

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

16-01-2019 09:00

MØDESTED

Amager Hospital, Italiensvej 1, 2300 København S. / Konferencelokale: Dragør, opgang 2, 2 sal.

MEDLEMMER

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

INDHOLDSLISTE

1. Drøftelse: Medicinsk fælles ambulatorium på Amager-matriklen
2. Orientering: Aktuelle orienteringer
3. Beslutning: Patienter med uspecifikke symptomer -"De 12 anbefalinger"
4. Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten
5. Beslutning: Ambitionsniveau for driftsmålet om udredningsretten
6. Drøftelse: Opfølgning på arbejdet med patientsikkerhedskultur
7. Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken
8. Orientering: Midtvejsevaluering af projekt om hjælp til at ophøre med unødigt medicin
9. Orientering: Status for aflyste hjerteoperationer
10. Eventuelt

1. DRØFTELSE: MEDICINSK FÆLLES AMBULATORIUM PÅ AMAGER-MATRIKLEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet godkendte den 24. oktober 2017, at der etableres to medicinske fælles ambulatorier på henholdsvis Amager-matriklen og Frederiksberg-matriklen. Fælles medicinske ambulatorier indgik i anbefaling 4 og 5 i udvalget for sammenhængende patientforløbs 12 anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb (bilag 1).

Sundhedsudvalget har som led i opfølgning på de 12 anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb ønsket at få en rundvisning på det fælles medicinske ambulatorium på Amager-matriklen samt et kort oplæg om de nuværende erfaringer med det fælles medicinske ambulatorium.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At udvalget på baggrund af oplægget drøfter implementeringen af det fælles medicinske ambulatorium på Amager-matriklen med henblik på at følge arbejdet.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Der er igangsat to projekter om fælles medicinske ambulatorier på henholdsvis Amager- og Frederiksberg-matriklen. Formålet med de to fælles medicinske ambulatorier er med patienten i centrum at skabe en organisering, der tilgodeser en enklere og mere effektiv vej for patienter med flere sygdomme og/eller ældre medicinske patienter.

Der vil på mødet være oplæg ved afsnitsansvarlig overlæge Jens Rasmussen, ledende overlæge Arne Cyron, ledende oversygeplejerske Annette Madsen og vicedirektør Janne Elsborg, der fortæller om overvejelserne ved implementering af det fælles medicinske ambulatorium på Amager-matriklen.

I denne sag præsenteres kort formål og fokusområde for det medicinske fælles ambulatorium på Amager-matriklen. Der henvises endvidere til bilag 2 og 3 for en nærmere projektbeskrivelse af både projektet på Amager- og Frederiksbergmatriklen.

Etablering af fællesambulatorium på Amager-matriklen - vejen til sammenhængende, involverende og effektive patientforløb

Fælles medicinske ambulatorier bygger på tankegangen om, at det stadig stigende antal patienter med flere kroniske sygdomme skal have mulighed for at møde op én gang for at drøfte sin samlede situation, frem for at møde op én gang pr. forløb i flere forskellige ambulatorier.

Amager og Hvidovre Hospital har på den baggrund iværksat en særlig indsats i Medicinsk Afdeling Amager for at forbedre patientforløbene.

Projektet har til formål at afprøve og implementere en ny organisation i Medicinsk Ambulatorium, som skal:

- Øge samarbejdet mellem patient/borger, hospital, kommune og almen praksis,
- Udvikle et sammenhængende og fleksibelt tilbud til patienterne.

Målet er, at:

- Opnå større tilfredshed hos borgere/patienter med tilbud og sammenhæng i forløb,
- Reducere antallet af ambulante besøg,
- Reducere antallet af genindlæggelser,

- ▮ Omlægge forebyggelige indlæggelser til akutte eller subakutte ambulante besøg,
- ▮ Mindske risici når der gives flere forskellige slags medicin til en patient (polyfarmaci).

Indsatsen er centreret omkring følgende tre patientkategorier:

Spor 1: Henviste patienter

Dette spor svarer til den nuværende dagshospital, og modtager patienter, der skal undersøges eller behandles for medicinske sygdomme, og som ikke har behov for at blive indlagt på et sengeafsnit.

Spor 2: Kronisk syge patienter med tilknytning til flere ambulatorier

Dette spor er et tilbud til kronisk syge patienter, der er tilknyttet to eller flere ambulatorier. Tilbuddet går ud på at samle de ambulante besøg i Fællesambulatoriet. Her vil patienten blive set af én læge, som har det samlede overblik over patientens sygehistorie og medicinske behandling i stedet for at blive set af forskellige læger på forskellige dage i forskellige ambulatorier. De koordinerede ambulatoriebesøg omfatter specialerne hormon- og stofskiftesygdomme, ældresygdomme, hjertemedicin og lungemedicin.

Spor 3: Patienter med sygdomme, der kræver subakut tilsyn ved speciallæge

Målgruppen for dette spor er patienter/borgere med uspecifikke symptomer, der kræver tilsyn ved speciallæge. Via egen læge og/eller kommunens Akutteam kan patienten tilbydes en subakuttid i Fællesambulatoriet med henblik på hurtig udredning, speciallægevurdering og behandlingsplan. Som udgangspunkt tilbydes tider til næstfølgende dag. Der er mulighed for telefonisk henvendelse døgnet rundt. Dette forventes at kunne omlægge forebyggelige indlæggelser til akut/subakut udredning og behandling.

Der er etableret en styregruppe for projektet med inddragelse af repræsentanter fra de omkringliggende kommuner, fra de praktiserende læger, praksiskonsulenter, Det Nære Sundhedsvæsen, faglige repræsentanter fra de medicinske og kardiologiske afdelinger på Amager og Hvidovre Hospital samt direktionen.

KONSEKVENSER

På baggrund af drøftelsen på mødet går administrationen videre med eventuelle opfølgninger.

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen behandles i sundhedsudvalget den 16. januar 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Camilla Lund-Cramer

JOURNALNUMMER

18059229

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. 12 Anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb 2017
- 📎 2. Bilag 1 - projektgrundlag fællesambulatorium Amager
- 📎 3. Bilag 2 - projektgrundlag fællesambulatorium Frederiksberg

2. ORIENTERING: AKTUELLE ORIENTERINGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

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

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

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

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

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

KONSEKVENSER

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

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen særlig kommunikationsindsats er planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges fast som første punkt på udvalgets møder fremadrettet.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Mette Kofod Kahr

JOURNALNUMMER

18000993

3. BESLUTNING: PATIENTER MED USPECIFIKKE SYMPTOMER - "DE 12 ANBEFALINGER"

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet vedtog den 19. december 2017 12 anbefalinger, der skal skabe mere sammenhængende forløb for patienterne. Sundhedsudvalget følger realiseringen af anbefalingerne af blandt andet anbefaling 2 og 3 om patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Hertil blev der givet 2,7 mio. kr. i 2017 og otte mio. kr. i 2018 og frem.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

- ▮ **At** godkende, at anbefalingerne 2 og 3 om at skabe mere sammenhængende forløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig godartet sygdom er implementeret, idet hospitalerne har etableret henholdsvis fællesambulatorie eller dagshospital til disse patienter i stedet for at integrere det i de diagnostiske enheder, som anbefalingerne foreskrev.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

I de 12 anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb er der formuleret to anbefalinger, som skal give en hurtigere adgang til diagnostik for de patienter, som ikke har kræft, men som har uspecifikke symptomer. For at sikre en hurtig ubrudt udredning er der udarbejdet følgende to anbefalinger:

- ▮ Anbefaling 2: Patienter, som egen læge vurderer, skal udredes i hospitalsregi, og som har uspecifikke symptomer, kan henvises direkte til diagnostisk enhed,
- ▮ Anbefaling 3: Læger på et ambulatorium skal viderehenvise patienter til en diagnostisk enhed, hvis de ikke kan finde en forklaring på de symptomer, patienten er henvist for. Det er en forudsætning, at der er konfereret med patientens egen læge.

Baggrunden for anbefalingerne er at understøtte gode forløb for patienterne, så de oplever et smidigt sundhedsvæsen, der hurtigt kan stille en diagnose og udrede patienten. De patienter, der henvises til hospital, skal sikres forløb, hvor de relevante kompetencer kommer til patienten, frem for at patienten skal bevæge sig mellem afdelingerne. Med de to anbefalinger var der lagt op til, at den praktiserende læge skulle kunne henvise alle typer af patienter med uspecifikke symptomer til diagnostisk enhed, så forløbene for patienterne forenkles. Samtidig skulle det være muligt for patienter, der er henvist til udredning på en hospitalsafdeling, at blive sendt til diagnostisk enhed, hvis afdelingen ikke kan diagnosticere patienten.

De diagnostiske enheder anvendes i dag til de patienter, hvor der er mistanke om kræft. Formålet med de diagnostiske enheder er at sikre afklaring af de patienter, som ikke passer til en konkret kræftpakke, så de også sikres hurtig udredning og diagnosticering. Diagnostisk enhed kan samle et udredningsforløb, således at patienterne er i et hurtigt forløb og modtager indkaldelser og tider hurtigere end andre patienter.

Nedsættelse af arbejdsgruppe

Til at se på realiseringen af de to anbefalinger, har der i efteråret 2018 været nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation fra de diagnostiske enheder, sundhedsfagligt råd for diagnostiske enheder, almen praktiserende læge, patientinddragelsesudvalget samt administrationen.

I dag er det sådan, at patienter med alvorlige og uspecifikke symptomer med mistanke om kræft, henvises fra den praktiserende læge til diagnostisk enhed. Af de henviste patienter er der en gruppe af patienter, som har kræft. Det drejer sig om ca. 20%, og de sendes i videre behandling. For den resterende gruppe fejler ca. 50% ikke noget, og de afsluttes af egen læge. For de sidste 50% er der en mindre andel, der har uspecifikke symptomer, som skal udredes nærmere. Den målgruppe, der skal udredes nærmere, har uspecifikke symptomer og udviser tegn på alvorlig sygdom, der kan have alvorlige

konsekvenser for den enkelte eller være invaliderende.

Målgruppen er vanskelig at beskrive, da der kan være tale om mange forskellige sygdomme, hvor patienterne i dag håndteres i de relevante specialer. Såfremt der er tale om patienter med funktionelle lidelser, tages der hånd om disse patienter i det tværgående center for komplekse symptomer. Centret er under opbygning, men en række specialer fx reumatologi (fibromyalgi) har også tilbud til disse patienter. Resten af målgruppen med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom (fx vægttab, træthed og perioder med feber) er vanskelig at opføre, men det vurderes, at den er lille.

Arbejdsgruppen har drøftet håndteringen af målgruppen, og om det er hensigtsmæssigt, at målgruppen henvises til diagnostisk enhed. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det organisatorisk ikke er hensigtsmæssigt at blande kræftpakkeforløb med andre sygdomme, hvilket der var lagt op til med anbefaling 2 og 3 fra det midlertidige politiske udvalg. Det vil fjerne fokus fra den diagnostiske enheds kerneopgave om at udrede ondartet sygdom hurtigst muligt, ligesom det er overordentligt vanskeligt at styre "blandede forløb".

Håndtering af patienter med uspecifikke symptomer

Intentionerne i anbefaling 2 og 3 er rigtige og meget væsentlige. Men der er samtidig det dilemma, at anbefalingerne vil svække og "afspecialisere" de diagnostiske enheder, som er målrettet kræft. Arbejdsgruppen har drøftet, hvordan anbefalingerne istedet kan imødegås. Arbejdsgruppen foreslår, at hospitalerne - som det allerede er ved at ske på flere hospitaler - organiserer indsatsen til patienter med uspecifikke symptomer via fællesambulatorium/udredningsenhed/daghospital med de nødvendige specialister. Her kan patienter med brede, uafklarede interne medicinske symptomer som træthed, blodmangel, saltmangel, unormale blodprøver og uspecifikke symptomer med tegn på alvorlig sygdom udredes. Patienterne henvises fra egen læge, fra akutmodtagelse, fra opfølgning efter indlæggelser og videre udredning efter forløb i diagnostisk enhed, hvor ondartet sygdom er afkræftet samt fra kommunale akutsygeplejersker.

De fire hospitaler med diagnostiske enheder har eller er igang med at etablere fællesambulatorium/udredningsfunktion/daghospital til patienter med uspecifikke symptomer herunder kroniske patienter for de midler, der er tilført med budget 2017 (2,7 mio.kr.) og 2018 og fremover (otte mio.kr.).

På Herlev og Gentofte Hospital er udredningsfunktionen til patienter med uspecifikke symptomer organiseret i et medicinsk daghospital med endokrinologer og infektionsmedicinere. Derudover er der etableret et geriatrik daghospital til ældre patienter. I udredningsfunktionen udredes patienter med brede, interne medicinske symptomer som træthed, blodmangel og saltmangel m.v.

På Amager og Hvidovre Hospital er der på Amager-matriklen etableret et fællesambulatorium, som håndterer patienter med uspecifikke symptomer, samler besøg for kroniske patienter og forebygger indlæggelse. Fællesambulatoriet er en del af medicinsk afdeling på Amager-matriklen, og praktiserende læger kan henvise patienter både akut/subakut samt modtage specialistrådgivning. Ambulatoriet er udviklet i et tæt samarbejde med lokale praktiserende læger og kommuner. Hospitalet er i gang med at udbrede denne tilgang til resten af hospitalet.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er igang med at etablere et medicinsk deldøgnsafsnit for at forebygge unødvendige genindlæggelser og styrke udredningen herunder til patienter med uspecifikke symptomer. Desuden er der netop oprettet et fælles medicinsk ambulatorium til patienter med multisygdom og åndenød, som skal udvides til andre sygdomsgrupper. Endelig oprettes et ambulatoriespor til ældre medicinske patienter med multisygdom.

På Nordsjællands Hospital arbejdes der i retning mod oprettelse af et fællesambulatorium, hvor patienter med uspecifikke symptomer kan udredes. Funktionen er dog ikke oprettet endnu.

Det er forventningen, af de tiltag om ændringer i organiseringen, som hospitalerne arbejder med, skal give hurtigere diagnostik og færre fremmøder for patienterne med mere sammenhængende forløb. Den anderledes måde at organisere indsatsen på, giver således mulighed for ambulant udredning af patienterne

og samling af undersøgelser, hvormed der opnås mere sammenhængende patientforløb. Endelig vil den endelige udrulning af patientansvarlig læge medføre, at der er én tovholder for disse patienter.

KONSEKVENSER

Konsekvensen af beslutningen er, at anbefaling 2 og 3 ikke implementeres via diagnostisk enhed, men via etablering af fællesambulatorium/udredningsenhed/dagshospital på de relevante hospitaler. Konsekvensen for patienterne er hurtig udredning i en enhed, fremfor henvisning til flere forskellige afdelinger. Herved opnår patienterne mere sammenhængende forløb, som det er intentionen med anbefaling 2 og 3.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen har ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Administrationen arbejder med generel orientering til de praktiserende læger og der vil løbende ske orientering blandt andet via PraksisNyt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 16. januar, forretningsudvalget den 29. januar og regionsrådet den 5. februar 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Hanne Rasmussen

JOURNALNUMMER

18012469

BILAGSFORTEGNELSE

1. Anbefalinger til sammenhængende patientforløb_2017

4. BESLUTNING: UDTALELSE TIL SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET OM RIGSREVISIONENS BERETNING OM UDREDNINGSRETEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Rigsrevisionen har gennemført en undersøgelse af udredningsretten og afgivet en beretning til Statsrevisorerne om den. Beretningen blev behandlet af Statsrevisorerne på et møde den 14. november 2018, hvor de afgav deres bemærkninger til beretningen.

Regionsrådet blev orienteret om beretningen pr. mail den 14. november 2018 og Sundhedsudvalget har drøftet beretningen på mødet den 28. november 2018. Beretningen er vedlagt som bilag 1.

Sundheds- og Ældreministeriet har efterfølgende bedt om en udtalelse fra regionsrådet, hvilket forelægges til godkendelse i indeværende sag. Udkast til udtalelse er vedlagt som bilag 2.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

- ▮ **At** godkende udtalelse i bilag 2 til sundhedsministeren om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsministeren er som følge af beretningen blevet bedt om at afgive en ministerredegørelse til Statsrevisorerne for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen giver anledning til.

Det fremgår af §18, stk. 3 i lov om revision af statens regnskaber, at ministeren skal indhente udtalelser fra regionsrådene. Ministerens kommentarer til regionsrådenes udtalelser skal indgå som en del af den endelige ministerredegørelse til Statsrevisorerne. Sundheds- og Ældreministeriet har på den baggrund anmodet om regionsrådets bemærkninger til beretningen.

Rigsrevisionen vurderer blandt andet, at regionerne ikke giver samme rettigheder til patienterne og at regionernes vurdering af, hvornår en patient er færdigudredt, ikke altid er i overensstemmelse med loven. Desuden bemærker Rigsrevisionen, at der er behov for, at Sundheds- og Ældreministeriet støtter regionerne mere. For at imødekomme Rigsrevisionen er regionerne ved at udarbejde en fælles fortolkning af rettighederne. Region Hovedstaden fortsætter med at have stort fokus på udredningsretten på hospitalerne og i administrationen.

Af bilag 2 fremgår udkast til regionsrådets udtalelse til Rigsrevisionens undersøgelse af udredningsretten.

I udtalelsen fra regionsrådet fremhæves, at statsrevisorerne såvel som Rigsrevisionen påpeger forhold, som er regionen bekendt, eksempelvis i forhold til definition af hvem der er udredningspatienter, og hvornår udredningen er afsluttet. Det er desuden Region Hovedstadens vurdering, at Rigsrevisionen har foretaget en grundig analyse af udredningsretten, og at dette giver et godt grundlag for det fremadrettede arbejde med udredningsretten og ensretning regionerne imellem.

KONSEKVENSER

Regionsrådets eventuelle bemærkninger sendes til Sundheds- og Ældreministeriet. Ministerens kommentarer til regionsrådenes udtalelser indgår som en del af den endelige ministerredegørelse til Statsrevisorerne.

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 16. januar, forretningsudvalget den 29. januar og regionsrådet d. 5. februar 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Kirsten Maria Lorentzen

JOURNALNUMMER

17035325

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Rigsrevisionens beretning 3-2018 om Udredningsretten
- 2. Udtalelse fra regionsrådet til Sundheds- og ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

5. BESLUTNING: AMBITIONSNIVEAU FOR DRIFTSMÅLET OM UDREDNINGSRETEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget drøftede på sit møde den 11. december 2018 kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer for 2019.

Administrationen havde indstillet at sænke ambitionsniveauet for "Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, psykiatriske patienter (børn og unge samt voksne) udredt inden for 30 dage" fra 100% overholdelse til 95% overholdelse.

Forretningsudvalget besluttede at bede sundhedsudvalget drøfte et ambitionsniveau for udredningsretten samt overfor forretningsudvalget og regionsrådet at anbefale et ambitionsniveau.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

1. **At** drøfte ambitionsniveauet for driftsmålet om udredningsretten,
2. **At** sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler,

A: at fastholde ambitionsniveauet på 100% som et udtryk for patienters ret til udredning inden for 30 dage,

B: at sænke ambitionsniveauet til 95% som et udtryk for, hvad der opleves som realistisk i den kliniske hverdag.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Regionsrådet godkender én gang årligt opdatering af kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer på baggrund af en samlet indstilling fra administrationen til forretningsudvalget.

Til forretningsudvalgets drøftelse den 11. december 2018 var en indstilling fra administrationen om at sænke ambitionsniveauet for driftsmålet for "Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, psykiatriske patienter (børn og unge samt voksne) udredt inden for 30 dage" fra 100% overholdelse til 95% overholdelse. Baggrunden for forslaget om at sænke ambitionsniveauet er, at det ofte ikke er muligt at overholde ambitionsniveauet på 100%, hvilket kan have en demotiverende effekt for medarbejderne på regionens hospitaler.

I bekendtgørelsen til Sundhedsloven er det fastsat, at personer, der er henvist til sygehus, har ret til udredning indenfor 30 dage. Der er imidlertid regionale forskelle i, hvordan udredningsretten fortolkes (blandt andet, hvornår den enkelte region vurderer, at en patient er færdigudredt). Og der er også forskellige regionale ambitionsniveauer for, hvor ofte udredningsretten skal være overholdt.

I Region Nordjylland er det politisk fastsat, at regionen selv skal udrede mindst 75% af patienterne inden for 30 dage. Derudover skal regionen overholde udredningsretten i overensstemmelse med reglerne i bekendtgørelsen i mindst 91% af udredningsforløbene.

I Region Syddanmark er det politisk besluttet, at regionen skal overholde udredningsretten i overensstemmelse med reglerne i bekendtgørelsen i mindst 85% af udredningsforløbene i 2018 stigende til 90% i 2019.

Region Midt har tidligere haft et politisk fastsat mål om 90% overholdelse af udredningsretten. I stedet arbejder regionen nu med udredningsretten som en 'fokusindikator', hvilket vil sige, at der er en politisk forventning om, at der løbende sker en forbedring af overholdelsen af udredningsretten.

I Region Sjælland er der ikke fastsat et politisk mål for overholdelsen.

KONSEKVENSER

Alle hospitaler i Region Hovedstaden bestræber sig på at overholde udredningsretten i samtlige patientforløb. Et ambitionsniveau på 95% overholdelse af udredningsretten vil i højere grad afspejle de udfordringer, som der er forbundet med at sikre en hurtig og korrekt udredning.

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION**TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

Sagen forelægges forretningsudvalget den 29. januar og regionsrådet den 5. februar.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver/Jakob Sidenius

JOURNALNUMMER

18057645

6. DRØFTELSE: OPFØLGNING PÅ ARBEJDET MED PATIENTSIKKERHEDSKULTUR

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet har i budget 2018-2021 afsat seks mio.kr. i 2018 og 5,5 mio.kr. i 2019 til en generel styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet.

Sundhedsudvalget, der har patientsikkerhed som ressortområde, fik på mødet den 28. november 2017 forelagt resultatet af en analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet og plan for udmøntning af midler.

Sundhedsudvalget ønskede at følge fremdriften af implementeringen af handlinger fra læringskulturanalysen.

Nærværende sag fremlægger en status for dette arbejde med henblik på drøftelse af, hvordan sundhedsudvalget vil involvere sig i det fremadrettede arbejde med læringskultur omkring patientsikkerhed på hospitalerne.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At drøfte de foreløbige resultater samt hvordan udvalget vil involvere sig i det fremadrettede arbejde med læringskultur omkring patientsikkerhed på hospitalerne.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet nogle ulykkelige tilfælde, hvor borgere, der har henvendt sig med symptomer på meningitis ikke er blevet diagnosticeret og behandlet i tide, og at borgerne derefter døde. Der har i den forbindelse også været en stor bevågenhed både politisk, administrativt og hos klinikerne omkring læringskulturen og håndtering af utilsigtede hændelser i Region Hovedstaden. Derfor har administrationen gennemført en analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet, der har haft fokus på ledelse, roller og kompetencer samt involvering af patient/pårørende.

Ved behandling af sagen i sundhedsudvalget vil Svend Hartling, koncerndirektør og Helle Søgaard Frappart, Center for Sundhed præsentere status og foreløbige resultater af implementeringen af handlinger fra analysen om læringskultur.

Resultat af analysen

Konklusionerne i denne analyse er, at en anerkendende læringskultur og ledelsesbevågenhed på arbejdet med patientsikkerhed er en grundlæggende forudsætning for at opnå forbedringer af patientsikkerheden og læringskulturen. Analysen har ligeledes understreget vigtigheden af, at ledelserne går forrest i arbejdet med patientsikkerhed med hospitalets kvalitetsorganisation og risikomanagere som stærke sparringspartnere.

Analysen har blandt andet identificeret at:

- Risikomanagerne har forskellige kompetencer, og at de har brug for kompetenceudvikling. Derfor skal der udarbejdes en formaliseret uddannelse af risikomanagere,
- Der er brug for kompetenceudvikling af ledere og patientsikkerhedskoordinatorer, så ledere og medarbejdere er klædt på til deres roller i arbejdet med patientsikkerhed. Endvidere er der fokus på at sikre, at arbejdet med patientsikkerhed kan foregå tæt på patienten og være drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende,
- Der skal fokus på at sikre en systematik i involveringen af og samarbejdet med patienter og pårørende. Dertil skal arbejdet med utilsigtede hændelser styrkes ved en højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller igennem udviklingsprojekt mellem

kvalitetsorganisationen og sundhedsprofessionelle.

Analysegruppen fremkom med ni handlinger indeholdende 18 konkrete indsatser, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. De ni handlinger komplimenterer hinanden. En af styrkerne ligger i, at der både er stærkt ledelsesfokus men også fokus på medarbejderdrevet patientsikkerhed og involvering af patienter og pårørendes bekymringer, samt at kompetencerne øges for såvel risikomanagere, ledelser og medarbejdere.

Rapporten er vedhæftet som bilag 2.

Der er nedsat en projektorganisering med projektejskab i koncernledelsen. I forbindelse med implementering af handlingerne er der aftalt kontinuerlige afrapporteringer til koncernledelsen efter 9, 12 og 24 måneder.

Implementeringen har nu været i gang i ni måneder, og der er en god fremdrift samt stor efterspørgsel på at følge udviklingen både nationalt og tværregionalt. Status på de ni handlinger forefindes i bilag 1.

Kort overblik over resultater efter ni måneder

- ▮ Der er planlagt en måling af patientsikkerhedskulturen den 13. – 27. marts. 2019. Der udarbejdes inspirationsmateriale til ledelser og opfølgningstilbud til hospitaler og virksomheder,
- ▮ Der er planlagt en fælles regional ledelsesudviklingsdag den 12. november 2018 med fokus på: Arbejdspladskultur, læring og patientsikkerhed. Alle 120 pladser er fyldt op,
- ▮ Kvalitet og Patientsikkerhed er planlagt som en del af undervisningen for ”Ledelse af medarbejdere for nye ledere”,
- ▮ Københavns Universitet er udvalgt til at indgå i samarbejde om mastermodul for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer – mastermodul starter september 2019,
- ▮ Der er udarbejdet generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagere,
- ▮ Der er udarbejdet materiale til at understøtte sundhedspersonale i at indgå i dialog med patienter og pårørende om utilsigtede hændelser,
- ▮ Der er udarbejdet forslag til nyt analysekoncept for alvorlige utilsigtede hændelser med beslutningsstøttende redskaber, som er i test på Nordsjællands Hospital og i Akutberedskabet til den 31. oktober 2018,
- ▮ Der er udviklet en model for læring af erstatningssager, som er i test på Rigshospitalet og Nordsjællands Hospital.

I de kommende måneder vil der være fokus på udarbejdelse af inspirationskatalog til ledelser med metoder og redskaber til at arbejde med patientsikkerhedskulturen i afdelingerne, forbedringsprojekter vedr. medarbejderdrevet patientsikkerhed og involvering af patienter og pårørende samt interaktive læringssæt til risikomanagere og ledere.

Trods denne indsats for at øge patientsikkerheden vil der forsat kunne ske utilsigtede hændelser. Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser afspejler ikke den reelle forekomst af utilsigtede hændelser, men i højere grad hvorvidt der er etableret en moden lærings- og rapporteringskultur, hvor hændelserne anvendes til læring og forbedringer, således at personalet finder, at det giver mening at bruge tid på at rapportere en utilsigtede hændelse. Endvidere øges antallet af rapporterede utilsigtede hændelser altid ved fokus på et område, og kan således stige samtidigt med, at der iværksættes en række effektive kvalitetsforbedringstiltag, der reducerer antallet af skader.

Udvikling af læringskulturen indenfor patientsikkerhed, tager tid og mange faktorer er involveret. Det kan derfor tage længere tid før effekten af handlingerne kan ses.

Effekten af handlingerne monitoreres over længere tid ved faste årlige målinger af patientsikkerhedskulturen, som kan bruges til opfølgning både lokalt og tværgående i regionen.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstilling indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser. Der blev i budgetforhandlingerne 2018 - 2021 afsat 11,5 mio. kr. til implementering af handlingsplanerne i analyserne af meningitis og læringskultur. I december 2017 godkendte regionsrådet udmøntningsplanen.

KOMMUNIKATION

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges sundhedsudvalget den 28. november 2018. Næste status forelægges i 2. kvartal af 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Anne Skriver

JOURNALNUMMER

17024676

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. 9 mdr. Status til KL på handlinger fra læringskulturanalysen november 2018
- 📎 2. Analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet 2017 - godkendt
- 📎 3. Driver diagram 13.11. 2017 - Endelig version

7. ORIENTERING: PATIENTSIKKERHED PÅ BØRNEOMRÅDET I SOMATIKKEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Karen Vitting Andersen, overlæge og klinikchef på Børne og Ungeklínikken på Rigshospitalet, har i en kronik (23. december 2018) skrevet om prioritering og ressourcer i klinikken (bilag 1).

Berlingske har efterfølgende skrevet en artikel "Ekstrem travlhed på sygehusene: Patienter får ikke deres medicin til tiden, og syge børn rammes af flere fejl" (28. december 2018), hvor uddrag fra kronikken er inddraget (bilag 2). Næstformand Leila Lindén (A) har på den baggrund bedt administrationen om en redegørelse, for det stigende antal utilsigtede hændelser og pres på patientsikkerheden på Rigshospitalets børneområde, til sundhedsudvalget.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- ▮ At orientering om patientsikkerhed på børneområdet på Rigshospitalet tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Karen Vitting Andersens kronik "Ressourcer og prioritering" i Ugeskriftet den 23. december 2018 (bilag 1) handler om ressourcer og prioritering, og at det vigtigste ikke er nye strukturer, men prioritering så ressourcerne matcher opgaverne og betrykker patientsikkerheden. Karen Vitting Andersen peger på flere udfordringer i sin kronik. De udfordringer, der peges på både i kronik og i Berlingskes efterfølgende artikel "Ekstrem travlhed på sygehusene: Patienter får ikke deres medicin til tiden, og syge børn rammes af flere fejl" fra den 28. december 2018, er udfordringer, som administrationen anerkender. Det er således også administrationens vurdering, at der er et tiltagende pres på børneafdelingerne i regionen, og at der er behov for at se nærmere på, hvordan udfordringer på området bedst løses.

Utilsigtede hændelser på børneområdet på Rigshospitalet

Karen Vitting Andersen peger blandt andet på, at antallet af utilsigtede hændelser er stigende på børneområdet, og at de på Børne- og Ungeklínikken er steget siden 2015. I 2015 blev der rapporteret 80 utilsigtede hændelser, i 2016: 115, i 2017: 183 og i 2018 var antallet af rapporterede hændelser: 151.

Administrationen har bedt Rigshospitalet om en udtalelse. Rigshospitalets udtalelse peger på, at der er fokus på sammenhængen mellem utilsigtede hændelser og travlhed. Rigshospitalet oplyser, at hospitalet gennem de sidste fire år har kategoriseret utilsigtede hændelser på forskellige årsager, herunder travlhed. På denne baggrund har det været muligt blandt andet at følge antallet af rapporterede hændelser, hvor årsagen til rapporteringen er begrundet med travlhed eller mangel på ressourcer.

Rigshospitalets direktion og centerledelser er løbende orienteret om det generelle billede og enkeltsager vedrørende travlhed/mangel på ressourcer. Det har fx været situationer med manglende lejekapacitet på operationsgange, for få opererende speciallæger i vagt eller travlhed på fødegangen. Opgørelserne er med til at sætte fokus på patientsikkerhedsrisici, og hvilke handlinger der skal til, fx at etablere flere operationslejer, have flere speciallæger i bagvagt, at omstrukturere eller andre tiltag, der højner patientsikkerheden.

Måling af patientsikkerhedskulturen

I Region Hovedstaden arbejdes der systematisk med de rapporterede utilsigtede hændelser for at understøtte læring og for at udvikle og forbedre sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at nævnte, at antallet af utilsigtede hændelser ikke nødvendigvis er et tegn på, at der sker flere fejl, men ligeså vel kan være udtryk for en god rapporteringskultur. Rapporteringssystemet til de utilsigtede hændelser medvirker ved sit fokus på systemfejl til at opbygge en sund lærings- og patientsikkerhedskultur. Region Hovedstaden foretager en måling af patientsikkerhedskulturen på alle regionens hospitaler i marts 2019 for at få en viden om temaer, der har indflydelse på patientsikkerheden.

Analyse af børneområdet

Det er i forbindelse med beslutningen om etablering af et nyt fødested på Bispebjerg Hospital aftalt, at der skal laves en analyse af børneområdet i somatikken i Region Hovedstaden. Samtidig har arbejdet med fødeanalyse og akutområdet peget på, at der er pres på dette område. I starten af 2019 igangsættes derfor en analyse, som blandt andet skal belyse strukturer, flow og patientforløb på børneområdet. Analysen skal også bruges som et delelement i forbindelse med fastlæggelse af de nye optageområder, når der fra 2023 etableres et ekstra kvinde-barn center i regionen. Analysen forventes færdig inden sommeren 2019.

Sundhedsudvalget vil være inddraget både i arbejdet med patientsikkerhedskulturen på regionens hospitaler og analysen af børneområdet.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer umiddelbart ingen konsekvenser. Administrationen følger udviklingen inden for patientsikkerheden, og udvalget inddrages i arbejdet med patientsikkerhedskulturen og analyse af børneområdet.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen har ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ingen økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt nogen informationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Charlotte Hosbond

JOURNALNUMMER

10001840

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Karen Vitting Andersen kronik Ressourcer og prioritering 23-12-2018
- 📎 2. Berlingske artikel Ekstrem travlhed på sygehusene 28-12-2018

8. ORIENTERING: MIDTVEJSEVALUERING AF PROJEKT OM HJÆLP TIL AT OPHØRE MED UNØDIG MEDICIN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet besluttede i budget 2017 at sætte fokus på patientgrupper, som med fordel kan få hjælp til at høre op med unødvendig medicin. I forbindelse med det foregående sundhedsudvalgs behandling af området ønskede udvalget af få forelagt en evaluering af et projekt på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital om udtrapning af medicin hos ældre medicinske patienter i et såkaldt polyfarmaci-ambulatorium. Der foreligger nu en midtvejsevaluering af projektet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At tage de foreløbige resultater og erfaringer fra midtvejsevaluering af projekt om polyfarmaci-ambulatorium til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Det at være i behandling med mange lægemidler er forbundet med øget risiko for medicineringsfejl, lægemiddelbivirkninger samt sygelighed førende til hospitalsindlæggelser og endda død. Det er ofte ældre medicinske patienter, som har flere kroniske sygdomme, der får mange lægemidler.

I Region Hovedstaden var der i 2016 i alt 83.663 patienter, der fik mere end otte lægemidler. Det er veldokumenteret, at polyfarmacipatienter ofte indtager medicin, der ikke er behov for, eller som er direkte skadelig i sammenhæng med patientens øvrige medicin/sygdomme. Det skyldes formentlig kompleksiteten i disse patienters sygehistorie samt mangel på sammenhæng og optimal kommunikation i sundhedsvæsenet omkring disse multisygte patienter.

Projektet forsøger derfor at afdække, om en model for oprydning i medicinen og bedre kommunikation mellem hospital og praktiserende læge kan øge patienternes livskvalitet og mindske hospitalsindlæggelser og dødelighed. Der arbejdes med løbende at tilpasse modellen, samt kortlægge (kvalitativt) temaer og eventuelt løsninger i forhold til udfordringer set fra patientens, de praktiserende lægers og den kommunale hjemmeplejes vinkler.

Model for oprydning i medicin

Projektet er et samarbejde mellem Klinisk Farmakologisk Afdeling og Geriatrisk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. I forbindelse med det geriatiske vurderings- og faldambulatorium på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, har de etableret et tværfagligt polyfarmaci-ambulatorium, hvor læger fra klinisk farmakologisk afdeling tre gange om ugen kan se ældre medicinske patienter, der er i behandling med mere end otte lægemidler. Projektet blev tildelt midler i forbindelse med Sundhedsaftale 2015-2018. Efter et pilotprojekt i 2016 startede ambulatoriet op med patientindtag i marts 2017.

Patienterne opspores primært via det geriatiske ambulatorium på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, men almen praksis i området kan også henvise til polyfarmaci-ambulatoriet. Forud for patientens første besøg laves en grundig gennemgang af patientens journal og medicin. I dialog med patienten og efterfølgende med patientens praktiserende læge lægges en plan for udtrapning af medicin, som er fundet unødvendig eller overdoseret.

Ofte kræver det en grundig forklaring for patienten. Der kan også, når det er relevant, være en dialog med kommunalt personale. Der er således afsat en del mere tid til forberedelse og efterbehandling, end der fx er i det almindelige geriatiske ambulatorium.

Patienten følges i polyfarmaci-ambulatoriet ind til planen for udtrapning er fuldendt. Herefter følges op pr. telefon efter fire måneder og et år.

Foreløbige resultater

Polyfarmaci-ambulatoriet har pr. medio september set 105 patienter, som fik mellem ni og 24 lægemidler. Målet er at se 200 patienter med henblik på videnskabeligt at kunne dokumentere en effekt. Grundet forskellige udfordringer vil det kræve længere tid end først antaget. Der har været planlagt flere patientforløb, men der opleves mange udeblivelser ved første besøg - særligt for patienter med mere end 16 lægemidler. Patienter fra det almindelige geriatriske ambulatorium indgår som kontrolpatienter.

De foreløbige resultater tyder på, at ambulatoriebesøg, hvor der udelukkende er fokus på lægemidler, er mere effektive til at rydde op i medicin hos polyfarmacipatienter. De deltagende patienter har i gennemsnit fået fjernet 20% af deres lægemidler (i gennemsnit 2,5 lægemiddel per patient) og fået reduceret dosis af 13% af lægemidlerne (i gennemsnit 1,6 lægemiddel per patient). Til sammenligning er der kun fjernet 3% og reduceret 4 % lægemidler hos patienterne i det almindelige geriatriske ambulatorium (figur 1 i rapporten, bilag 1). Fire måneder efter sidste ambulatoriebesøg er 90 % af de fjernede lægemidler stadig fjernet, hvilket tyder på, at samarbejdet med praktiserende læge fungerer efter hensigten.

Effekt på livskvalitet

Den helbredsrelaterede livskvalitet vurderes ved hjælp af et internationalt anerkendt spørgeskema (EQ-5D), hvor patienterne blandt andet vurderer eget helbred på en skala fra 0-100. De foreløbige resultater viser en gavnlig effekt på patienternes livskvalitet.

Udfordringer og perspektiver

I den udviklede model med polyfarmaci-ambulatoriet ses også en række udfordringer, som der bør arbejdes videre med:

- ▮ Udeblivelser er et stort problem og understreger skrøbeligheden af og det mangelfulde tilbud til patientgruppen,
 - ▮ Der vil i projektets resterende tid blive arbejdet med at finde metoder til at imødegå dette, blandt andet ved at have mere fokus på patienternes præmisser, fx med en udgående funktion,
- ▮ Det er en ret tidskrævende intervention, da det kræver en grundig journal- og medicingennemgang og kontakt til egen læge. Projektets tværfaglige og tværsektorielle tilgang har også vist, at det er svært at kommunikere på tværs af specialer og sektorer, hvilket gør det ekstra ressourcekrævende at lave indsatsen,
- ▮ Det er blevet tydeligt, at den måde behandlingssystemet er opbygget i dag med fokus på den enkelte sygdom, og hvor der arbejdes efter en stafetmodel i overgangene mellem sektorer, ikke tilgodeser den ældre medicinske patient med mange sygdomme og et stort medicinforbrug,
 - ▮ Der arbejdes på at føre de gode erfaringer fra polyfarmaci-ambulatoriet ind i nye tiltag om ændring af ambulatoriestruktur.

Alt i alt er der gjort mange gode erfaringer i projektet. Der er etableret en model for tværsektorielt samarbejde om polyfarmaci, som kan spille en rolle for fremtidens ambulatorier. På grund af de lovende resultater fortsætter projektet med at tage patienter ind også i 2019 med henblik på at opnå 200 patienter. Projektet afsluttes først endeligt i 2020, når der er lavet et års opfølgning på alle patienter. Det planlægges også at afprøve om modellen kan overføres til et andet ambulatorium, for at undersøge om modellen kan udbredes.

KONSEKVENSER

Da sagen er til orientering, vil en tiltrædelse af indstillingen ikke indebære nogen konsekvenser.

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen bemærkninger.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen følges parallelt i sundhedsudvalget og udvalget for forebyggelse og sammenhæng, hvor sidstnævnte behandlede sagen den 28. november 2018.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver/ Jean Hald Jensen

JOURNALNUMMER

[sagsnummer i Workzone]

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Midtvejsafrapportering - polyfarmaci-ambulatorium

9. ORIENTERING: STATUS FOR AFLYSTE HJERTEOPERATIONER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsudvalget har siden sommeren 2017 fulgt antallet af aflyste hjerteoperationer på Rigshospitalet, idet udvalget ikke fandt antallet af aflyste operationer acceptabelt for patienterne. Med denne sag forelægges status om udviklingen i aflyste operationer.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

- At status for aflyste operationer på Rigshospitalets Hjertecenter tages til efterretning.

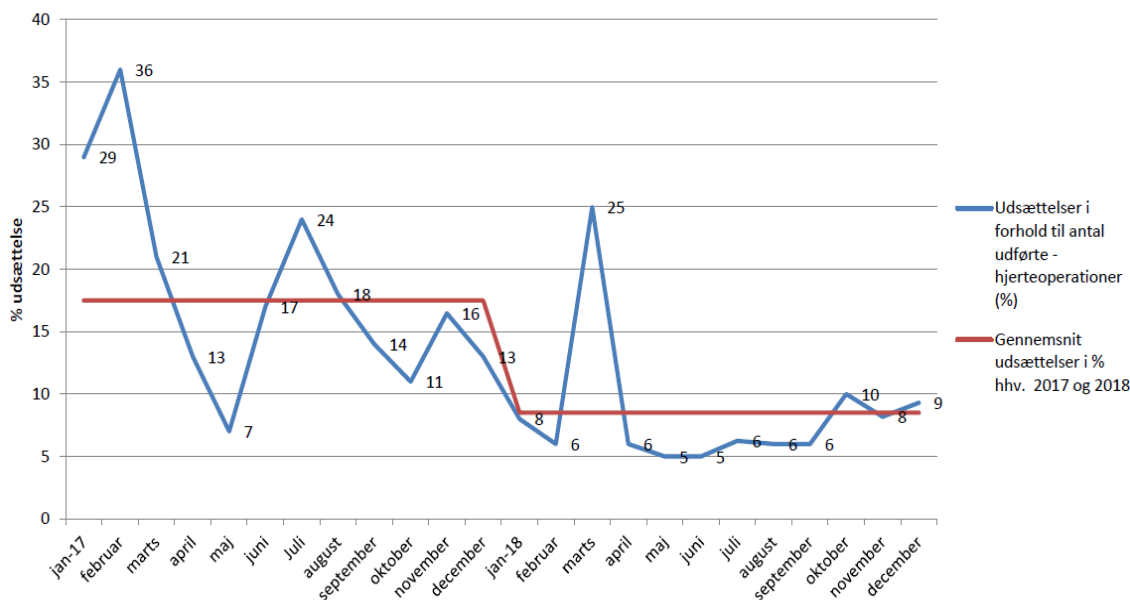
POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

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

Rigshospitalet har lavet en opgørelse over antallet af hjerteoperationer, som patienter har fået aflyst og udsat. På Rigshospitalets Hjertecenter er der i 2018 foretaget 1.711 hjerteoperationer, hvilket er på niveau med 2017. Antallet af aflyste hjerteoperationer udgjorde i 2017 i gennemsnit 17,5% af den samlede hjertekirurgiske aktivitet og var i 2018 faldet til 8,5 %. Som det ses, er der sket en stigning i marts, som dels skyldes influenzaepidemi hos personalet og dels et højt antal transplantationer og akutte patienter. Det er vurderingen, at der vil opstå udsving fra tid til anden.

Udsættelser i forhold til antal udførte hjerteoperationer - 2017-2018



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

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

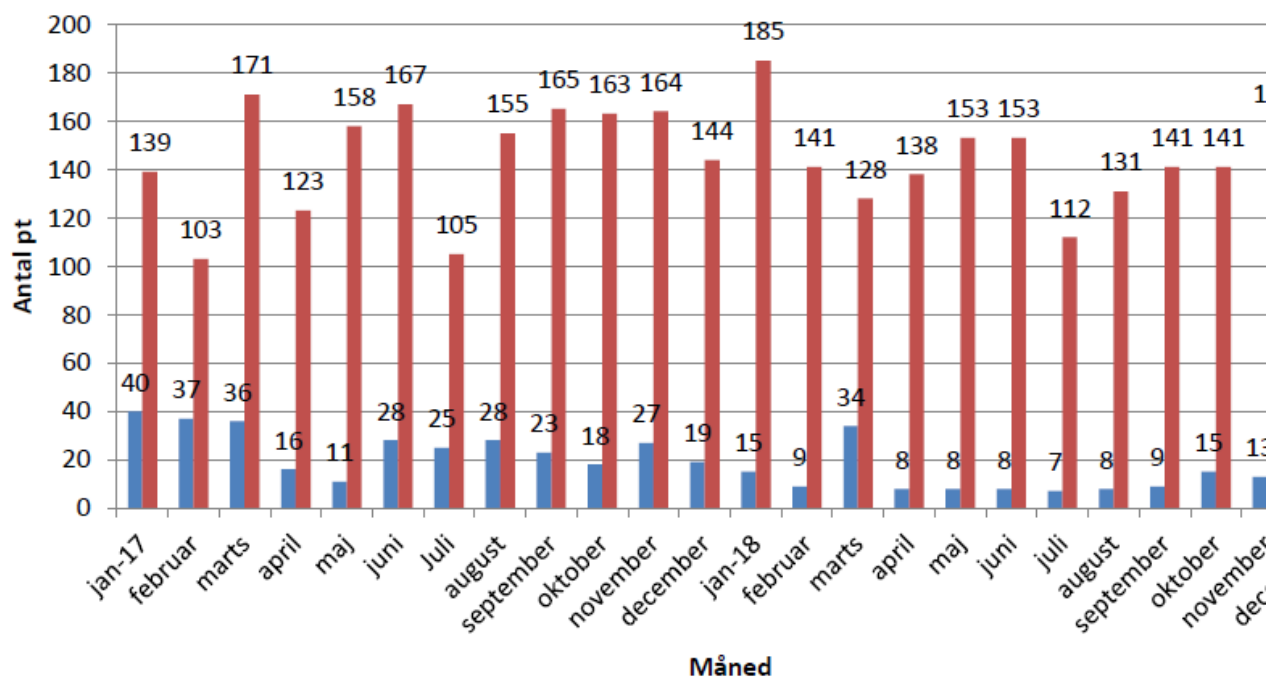
- 2018: 146 patienter
- 2017: 308 patienter
- 2016: 250 patienter
- 2015: 255 patienter
- 2014: 192 patienter

Årsagerne til de udsatte operationer falder i følgende kategorier:

- 44% skyldes andre akutte patienter,
- 8% skyldes at anden kirurgi trækker ud,
- 10% skyldes manglende personale - fx på grund af sygdom eller fordi der har været gennemført transplantationer om natten, og at der derfor mangler en frisk kirurg,
- 18% skyldes manglende intensiv kapacitet postoperativt,
- 2 % skyldes patientens egen tilstand – fx at patient har fået feber, som den væsentligste årsag til disse udsættelser.

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

Antal hjerteroperationer og antal udsatte hjerteroperationer - 2017-2018



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

- Øge kapaciteten i den fast track-enhed, der er dedikeret til de planlagte operationer. Dermed bliver de planlagte operationer mindre afhængige af udsving i antal akutte patienter. Øget kapacitet i fast track-enheden har krævet større organisatoriske ændringer med rekruttering, ansættelse og oplæring af nyt personale,
- En balanceret og fleksibel operationsplanlægning og booking-system. For at sikre et kontinuerligt patient-flow og undgå flaskehalse er det blandt andet nødvendigt, at operationsplanlægning tilrettelægges, så tyngden i den hjertekirurgiske patientpopulation fordeles jævnt. Herved kan det i højere grad forebygges, at operationer må aflyses, fordi andre operationer trækker ud,
- Øget fleksibilitet ved afvikling af operationsprogram. Ved behov for akut operationskapacitet i dagtid arbejder Hjertecentret på at øge den planlagte operationskapacitet - dels ved mere fleksibel

afvikling af det planlagte operationsprogram, dels ved optimeringer af arbejdsgange og vagtstrukturer for at undgå aflysninger i det planlagte operationsprogram,

- Endelig har Hjertecentret i april 2018 etableret et ekstra operationsleje til akutte patienter for at skabe bedre balance mellem den kapacitet, der er afsat til akutte og planlagte patienter. Det har skabt mere ro om håndteringen af de akutte patienter.

KONSEKVENSER

-

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges sundhedsudvalget igen til april og herefter, når der ønskes en ny status.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver Andersen/ Kirsten Maria Lorentzen

JOURNALNUMMER

17007861

10. EVENTUELT

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

16-01-2019 09:00

MØDESTED

Amager Hospital, Italiensvej 1, 2300 København S. / Konferencelokale: Dragør, opgang 2, 2 sal.

MEDLEMMER

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

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Status på hospitalers overbelægning i influenzaperioden
2. Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet
3. Meddelelser - Sundhedsudvalgets arbejdsplan

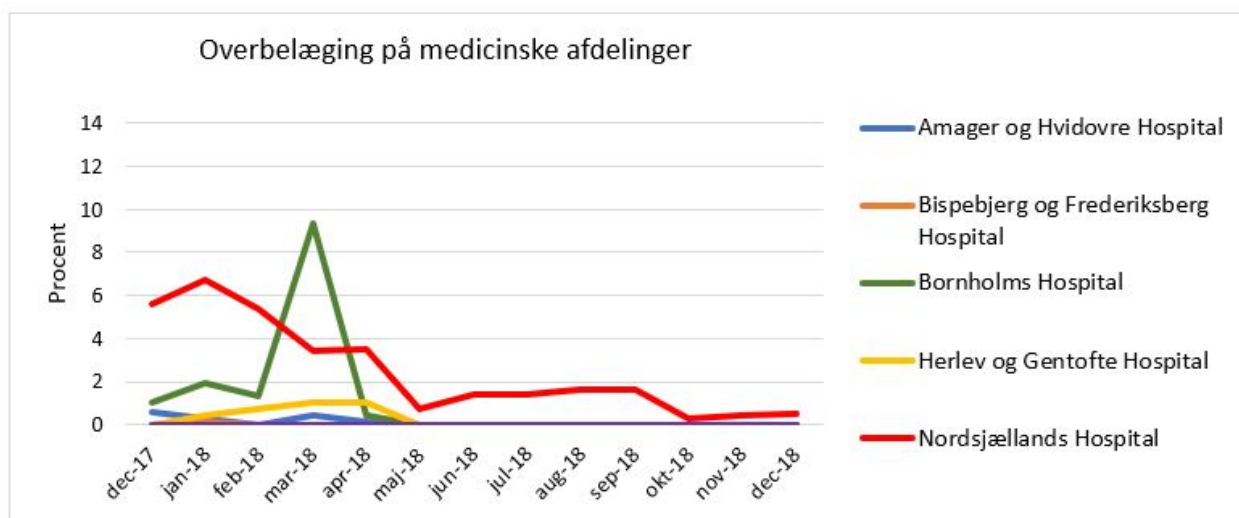
1. MEDDELELSER - STATUS PÅ HOSPITALERS OVERBELÆGNING I INFLUENZAPERIODEN

MEDDELELSER

Til sundhedsudvalgets møde den 28. november blev det besluttet, at udvalget ønsker at følge udviklingen i overbelægning på de medicinske afdelinger i vinterperioden.

Udviklingen i overbelægningen følges løbende som en del af regionens driftsmålsstyring for sundhedsområdet. I driftsmålsstyringen indgår der en overbelægningsindikator, som viser andel af patienter, der oplever overbelægning for hele den medicinske blok for hvert hospital opgjort pr. måned. Dagligt kl. 23 sammenholdes antallet af patienter med antallet af disponible senge. Hvis der er flere patienter end antal disponible senge er der overbelægning. Da indikatoren gælder for hele medicinsk blok pr. hospital kan den ikke sige noget om overbelægningen på de enkelte afdelinger. Den medicinske blok omfatter afdelinger såsom gastroenheder, lungemedicinske afdelinger og infektionsmedicinsk afdelinger. Regionens mål er, at der ikke er nogen overbelægning.

Opgørelsen for december 2018 viser, at den samlede overbelægning for hele regionen er 0,1% ligesom i november måned. Alle hospitaler med undtagelse af Nordsjællands Hospital har ikke nogen overbelægning i december. Nordsjællands Hospitals overbelægning er for december er 0,5%, hvilket er en stigning med 0,1% siden november. Set i forhold til resten af 2018 er hospitalets overbelægning i perioden mellem oktober og december på et lavt niveau også, hvis der sammenlignes med den tilsvarende periode i efteråret 2017.



JOURNALNUMMER

18050926

2. MEDDELELSER - SATSPULJEAFTALEN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET

MEDDELELSER

Satspuljepartierne indgik den 2. november 2018 en aftale om at afsætte 995 mio.kr. på sundhedsområdet i perioden 2019-2022. Fokus i aftalen er psykiatriområdet og derudover en række øvrige prioriteringer, hvoraf en del er inden for forebyggelsesområdet.

Der er inden for sundhedsudvalgets ansvarsområde ingen konkrete initiativer at søge puljemidler til, hvorfor udvalget blot får en meddelelse om aftalen. Selve aftalen er vedhæftet.

JOURNALNUMMER

18000993

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Aftale-satspulje-sundhed-2019-2022

3. MEDDELELSER - SUNDHEDSUDVALGETS ARBEJDSPLAN

MEDDELELSER

Tentativ arbejdsplan for sundhedsudvalget 2019:

Arbejdsplanen er vedlagt i bilag 1. Udvalgets medlemmer har naturligvis altid mulighed for at komme med forslag eller kommentarer til den vedlagte årsplan.

På sundhedsudvalgets møde den 28. november 2018 kom medlemmerne med input til årsplanen.

Digitaliseringsdagsordenen, herunder i læge-patientkontakten: Hører under forretningsudvalget.
Kommende behandlingsråd og prioritering i medicinering, herunder den svære samtale: Der planlægges temadrøftelse i sundhedsudvalget.
Palliation for patienter med anden dødelig sygdom end kræft: Sundhedsudvalget har palliation som ansvarsområde og behandler løbende sager.
Svangreudspil, herunder partnerskaber med eksterne: Sundhedsstyrelsen er i gang med at revidere Anbefalinger for svangreområdet. Sundhedsudvalget får forventeligt forelagt en sag i 2. kvartal 2019.
Servicetjek af tilbud til gravide, herunder fødende kvinders ønsker af tilbud: I forbindelse med lukning af Rigshospitalets patienthotel har budgetforligkredsen bedt sundhedsudvalget om at give tilbudene et servicetjek.
Jordmodermangel og arbejdsmiljø: Hører under forretningsudvalget.
Mad på hospitalerne, udvalg og servering, herunder fokus på de småtspisende patienter: I budget 2019 fremgår det at der skal gennemføres en tilfredshedsundersøgelse i forhold til mad på hospitalerne. Sundhedsudvalget forelægges en sag i 2. kvartal 2019.
Multisygdom: Sundhedsudvalget har opfølgning på de 12 anbefalinger om mere sammenhængende patientforløb, hvor målgruppen bl.a. er patienter med flere sygdomme. Udvalget får løbende forelagt sager.
Klinikkens opgaver skal give værdi for patienten: Hører under udvalget for værdibaseret styring.
Brobygger-sygeplejersker: Et kommende udspil fra Danske Regioner. Afventer og ser.
Misbrugsbehandling som regional opgave: Hører under kommunerne, og ellers under udvalget for forebyggelse og sammenhæng.
Rekruttering af læger i fremtiden: Hører under forretningsudvalget.
Det sundhedsfaglige møde med patienter/borgere med anden etnicitet/religion/sexualitet: Konkrete emner kan behandles, såfremt udvalg/administration finder det nødvendigt.

JOURNALNUMMER

18000993

BILAGSFORTEGNELSE

1. Sundhedsudvalgets tentative arbejdsplan for 2019_20190109

12

Anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb

Afreportering fra Udvalget for
Sammenhængende Patientforløb

INDHOLD

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

INDLEDNING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Udvalgets anbefalinger

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

Anbefalingerne er inddelt i tre afsnit:

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

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

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

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

UDREDNING OG DIAGNOSTIK

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

Direkte adgang til diagnostik fra almen praksis

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

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

ANBEFALING 1:

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

Bredere adgang til diagnostiske enheder fra almen praksis

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

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

ANBEFALING 2:

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

**Adgang til diagnostiske enheder fra
hospitalsafdelinger**

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

ANBEFALING 3:

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

Etablering af sammedagsudredning

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

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

ANBEFALING 4:

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

BEHANDLINGS- OG OPFØLGNINGSFORLØB

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

Bedre koordinerede og tilrettelagte besøg

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

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

ANBEFALING 5:

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

Sub-akutte tilbud

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

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

ANBEFALING 6:

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

Forebyggelse af akutte indlæggelser

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

ANBEFALING 7:

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

Faglig sparring til almen praksis

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

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

ANBEFALING 8:

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

KOMMUNIKATION OG PATIENTINDDRAGELSE

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

Bedre patientinddragelse

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

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

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

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

ANBEFALING 9:

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

Mere inddragelse af pårørende

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

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

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

ANBEFALING 10:

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

Bedre kommunikation mellem sektorer og afdelinger

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

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

ANBEFALING 11:

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

BEDRE PATIENTFORLØB I HELE REGIONEN

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

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

Lighed i sundhed

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

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

ANBEFALING 12:

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

Implementering

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

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

Udvalgets arbejde skal desuden indgå i den kommende hospitalsplan.

12 ANBEFALINGER

1

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

4

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

2

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

5

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

3

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

6

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

7

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

10

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

8

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

11

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

9

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

12

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



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden

Center for Sundhed
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

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

Kettegård Allé 30

Opgang Taghus 1
Afsnit 161

Direkte 38623159

Rev. dato: 6. juli 2018

Etablering af fællesambulatorium på Amager-matriklen - vejen til sammenhængende, involverende og effektive patientforløb?



Indledning

Regionsrådet godkendte 24. oktober 2017, at der på Medicinsk Afdeling på Amagermatriklen etableres et fælles medicinsk ambulatorium med henblik på at forbedre behandlingen af patienter med flere medicinske sygdomme. Projektet tager sit afsæt i Udvalget for sammenhængende patientforløbs 12 anbefalinger til, hvordan der kan skabes bedre sammenhæng i udrednings- og behandlingsforløb. Projektet har fokus på at afprøve en ny organiseringsform, hvorimod de takststyringsfrislatte områder skal afprøve en ny styringsform. Begge tiltag har til formål at øge værdien for patienten.

Projektbeskrivelsen er et dynamisk dokument, hvor indsatser og status løbende justeres og opdateres til brug for den lokale, tværsektorielle styregruppe.

Formål

Amager og Hvidovre Hospital iværksætter en særlig indsats i Medicinsk Afdeling Amager for at forbedre patientforløbene. Ambitionen er, at behandlingen i højere grad tager afsæt i patientens/borgerens behov for sundhedsydelser.

Dette skal ske gennem:

- Øget samarbejde mellem patient/borger, hospital, kommune og almen praksis
- Udvikling af sammenhængende og fleksible tilbud som understøtter lighed i sundhed, skaber værdi for den enkelte samt tager afsæt i LEON-princippet (Laveste Effektive OmkostningsNiveau)

Målene er:

- Større tilfredshed hos borgere/patienter med tilbud og sammenhæng i forløb
- Reduktion af ambulante besøg, som ikke skaber faglig eller patientrelateret værdi
- Reduktion i antal genindlæggelser
- Omlægning af forebyggelige indlæggelser til akut/subakut ambulant udredning og behandling
- Mindske risici ved polyfarmaci

Indsatser

Indsatsen sættes i værk som et implementeringsprojekt med etablering af et Fællesambulatorium i afdelingens eksisterende dagafsnit. Alle specialer og funktioner på Medicinsk Afdeling Amager samt det kardiologiske speciale, som er forankret ledelsesmæssigt i Medicinsk Enhed på Hvidovre-matriklen, indgår i projektet. Tiltag vil finde sted i et tæt koordineret samarbejde med kommuner og almen praksis.

Indsatsen er centreret om følgende tre patientkategorier:

- Spor 1: henviste patienter
- Spor 2: kroniske syge patienter med tilknytning til flere ambulatorier
- Spor 3: patienter med symptomer, der kræver subakut tilsyn ved special-læge

Projektet overvejer pt navngivningen af disse tre spor.

Spor 1: Henviste patienter

Dette spor svarer til det nuværende daghospital. Her modtages patienter, som skal undersøges eller behandles for medicinske sygdomme, og som ikke har behov for at blive indlagt på et sengeafsnit. Funktionen i dette spor fortsætter uændret, bortset fra oprettelse af et program/søjle med kontroltider til patienter, der har været i Fællesambulatoriets subakutte spor (spor 3). Kontrollen kan foregå som fremmøde eller telefonisk.

Status

Det overvejes pt, om dette spor skal integreres med spor 3 under en fælles betegnelse, når der sker formidling til patienter og samarbejdspartnere. Det er dog centralt, at patienterne fortsat registreres på to forskellige SOR-numre.

Spor 2: Kronisk syge patienter med tilknytning til flere ambulatorier

Dette spor er et tilbud til kronisk syge ambulante patienter, der er tilknyttet to eller flere ambulatorier.

Tilbuddet går ud på at samle de ambulante besøg i Fællesambulatoriet. Her vil man blive set af én læge, som har det samlede overblik over patientens sygehistorie og medicinske behandling i stedet for at blive set af forskellige læger på forskellige dage i forskellige ambulatorier. De koordinerede ambulatoriebesøg omfatter specialerne endokrinologi, geriatri, kardiologi og lunge-medicin.

Inden patientens aftale vil lægen i Fællesambulatoriet have koordineret patientens behandlingsplan med de andre specialister på baggrund af aktuelle prøver. Samtidig med indkaldelsen til Fællesambulatoriet, bliver patienten indkaldt til at få taget blodprøver.

Hvis patienten også er tilknyttet et sygeplejerskeambulatorium, vil aftalerne blive koordineret, så patienten samme dag, som der er tid hos lægen i Fællesambulatoriet, også kan få tid hos sygeplejersken i det specialambulatorium, patienten går fast i.

Fællesambulatoriet er et tilbud til patienten, og ikke et pålæg. Det kan opleves forskelligt fra patient til patient, om det er værdiskabende at samle ambulatoriebesøgene.

Forløb og arbejdsgange

- Skriftlig information om tilbudet placeres i ventearealer i ambulatorierne. Her informeres om muligheden for at få samlet sine kontroller ved at blive tilknyttet Fællesambulatoriet.
- Når patienter besøger et specialeambulatorium præsenterer lægen tilbuddet for patienten, hvis det vurderes, at det er relevant og kan give værdi for patienten. Patienten informeres

om, at speciallægerne indbyrdes vil diskutere vedkommendes sygdomme samt lægge en plan, og at patienten i Fællesambulatoriet vil møde én læge, som har det samlede ambulante besøg.

- Hvis patienten viser interesse, vil han/hun blive ringet op af en sygeplejerske/sekretær fra Fællesambulatoriet inden for en uge med henblik på afklaring af tilknytning til Fællesambulatoriet.
- Hvis patienten ønsker tilknytning til Fællesambulatoriet, undersøger sygeplejerske/sekretær, om patienten også har kontakt til et sygeplejeambulatorium. Patienten tilbydes, at besøg hos sygeplejerske også kan blive koordineret til samme dato som fremmøde i Fællesambulatoriet.
- Pt. informeres om indkaldelse til Fællesambulatoriet samt blodprøvetagning ca. 14 dage før fremmødet.
- Sygeplejerske/sekretær kontakter speciale-sygeplejeambulatoriet mhp. koordinering af besøg i sygeplejeambulatoriet ved specialesygeplejerske samtidig med besøget i Fællesambulatoriet.
- Patienterne får foretaget diverse relevante prøver ca. 14 dage inden fremmøde, så svar kan ligge klar til, at pt. er på Fællesambulatorium-konference ca. en uge før fremmøde.
- Relevante speciallæger, farmaceut, sygeplejerske og sekretær afholder Fællesambulatorium-konference i ½ time med minigennemgang af næste uges patienter i Fællesambulatoriet. Prøvesvar er tilgængelige på dette tidspunkt.
- Ved Fællesambulatorium-konferencen aftales en plan for patienten inkl. hvilken speciallæge/H-læge, som skal have patientkontakten ugen efter.
- Patienten kommer i fremmøde.

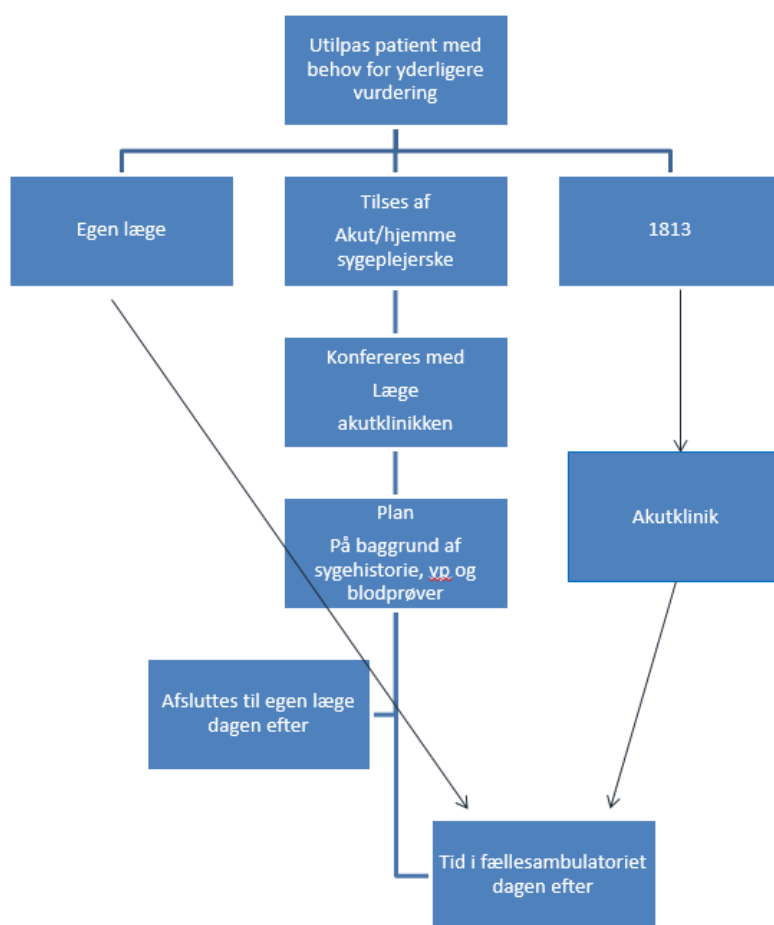
Status

I forbindelse med forberedelsesarbejdet er det blevet klart, at volumen i patientkategorien er mindre end først antaget. Tilbuddet er startet op fra 1. maj, og der visiteres gradvist til det. Relevante patienter bliver præsenteret for tilbuddet i forbindelse med deres næste planlagte aftale i et af specialambulatorierne. Desuden opfordres de praktiserende læger i området til at kontakte Fællesambulatoriet, hvis de har relevante patienter, hvor det vil være værdiskabende at samle ambulatoriebesøgene.

Spor 3: Patienter med symptomer, der kræver subakut tilsyn ved speciallæge

Målgruppen for dette spor er patienter/borgere med uspecifikke symptomer, der kræver tilsyn ved speciallæge. Via egen læge og/eller kommunens Akutteam kan patienten tilbydes en subakuttid i Fællesambulatoriet med henblik på hurtig udredning, speciallægevurdering og behandlingsplan. Som udgangspunkt tilbydes tider til næstfølgende dag. Der er mulighed for at telefonisk henvendelse døgnet rundt. Dette forventes at kunne omlægge forebyggelige indlæggelser til akut/subakut udredning og behandling.

Forløbet kan se ud som skitseret nedenfor:



Forløb og arbejdsgange

- Praksislæge/Akutteam kontakter bagvagts (ml. 8-18) eller mellemvagt (ml. 18-08) vedr. patient med uspecifikke symptomer, der kan have behov for subakuttid i Fællesambulatoriet.

Punkt nr. 1 - Drøftelse: Medicinsk fælles ambulatorium på Amager-matriklen

Bilag 2 - Side -6 af 10

- Bagvagt/mellemvagt får sekretær i Akutklinikken til at booke subakuttid i Fællesambulatoriet til næste dag og bestille transport til patienten.
- Når patienten ankommer modtages patienten af sekretær, som registrerer patienten og følger patienten til modtagelsesstue.
- Patienten registreres som et akut ambulant besøg.
- Sygeplejerske modtager patienten, måler EWS-værdier, tager blodprøver, EKG, urin stix og blærescanning. Endvidere laver sygeplejersken en sygeplejevurdering med fokus på anamnese, funktionsniveau og kontakt til primær sektor.
- Bagvagt foretager lægelig vurdering, tager stilling til supplerende undersøgelser samt udredning og plan for behandling.
- Fys-ergo-vurdering, Følge Hjem-team og socialsygeplejerske rekvireres ved behov
- Under opholdet i Fællesambulatoriet tilbydes patienten drikkevarer og mad ved måltider.
- Sygeplejerske afslutter besøget og kontakter kommunen mhp. plan og behov for hyppigere tilsyn af akutteam og kontroltid i Fællesambulatoriet.
- Sekretær bestiller transport til hjemmet/plejehjem/døgnophold.

Status

Tilbuddet er åbnet for praktiserende læger 1. maj 2018.

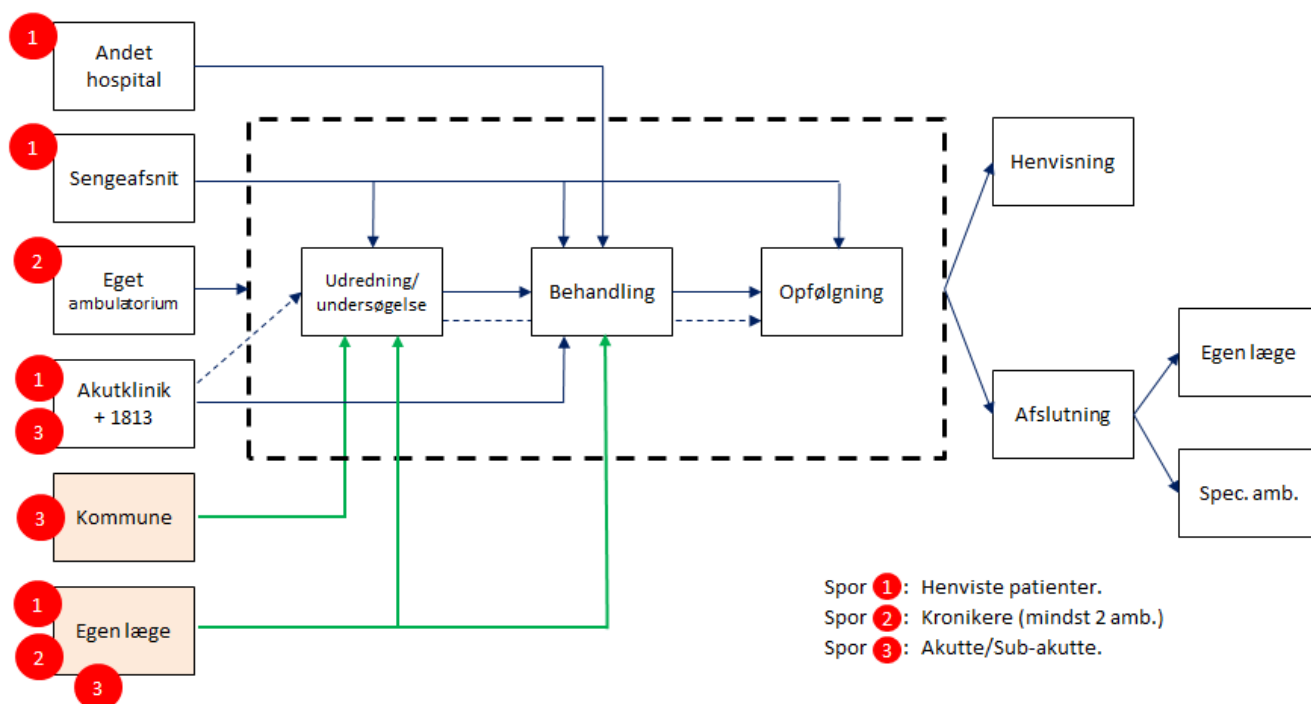
Der planlægges nu pilotafprøvning, hvor kommunerne i København, Tårnby og Dragør kommune også gives adgang til - uden for praktiserende lægers åbningstid - at kontakte Fællesambulatoriets medicinske bagvagt/mellemvagt med henblik på lægelig rådgivning om indlæggelse eller ej. Første skridt vil være afprøvning af tilbuddet i Tårnbys Kommunes Akutteam, hvor organiseringen er parat, og hvor Akutteamet er uddannet af Akutklinikken på Amager Hospital. I takt med at København og Dragør kommuner bliver organisatorisk parat til det, vil de også indgå i afprøvningen af tilbuddet.

Punkt nr. 1 - Drøftelse: Medicinsk fælles ambulatorium på Amager-matriklen

Bilag 2 - Side -7 af 10

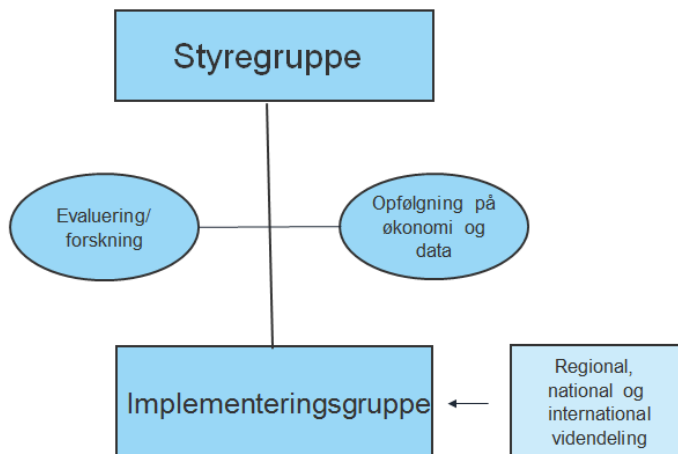
Samlet flowchart for alle tre spor

På flowchartet er illustreret indgange og udgange til Fællesambulatoriet for det tre spor.



Organisering

Der er etableret en styregruppe for indsatsen.



Formålet med styregruppens er i fællesskab at understøtte, at patientens/borgerens behov for sundhedsydelser udgør afsættet for behandlingen. Opgaverne indebærer bl.a.:

- Formulere, drøfte og beslutte tværgående indsatser for praksis, hospital og kommuner
- Følge, udvikle og justere de fælles indsatser, der igangsættes
- Koordinere den interne og eksterne kommunikation om Fællesmedicinsk Ambulatorium, herunder sikre kommunikation til ”baglandet” i alle sektorer
- Følge effekten af indsatsen

Styregruppens sammensætning:

- Janne Elsborg, vicedirektør, Amager Hvidovre Hospital (formand)
- Karen Toke, sundhedschef, Københavns Kommune
- Mette Rydholt Jakobsen, konst. ældrechef, Tårnby Kommune
- Thyra Pallesen, sundhedschef, Dragør Kommune
- Jan Værnet, praktiserende læge, Amagercentrets Læger
- Nicolay Torp, praksiskonsulent
- Lars Rytter, praksiskonsulent
- John Geil Sørensen, Tværsektoriel Enhed
- Pia Damm Frederiksen, patientrepræsentant
- Anette Sjø, specialeansvarlig overlæge, Kardiologi
- Annette Madsen, afdelingssygeplejerske, Medicinsk Afd.
- Jens Rasmussen, specialeansvarlig overlæge, Akutklinikken, Medicinsk Afd.
- Malou Frische, ledende oversygeplejerske, Medicinsk Afd.
- Arne Cyron, ledende overlæge, Medicinsk Afd.
- Maj Fagerberg, Direktionssekretariatet (sekretariat)

Styregruppen mødes en gang i kvartalet i 2018. De planlagte tidspunkter er:

- 27. februar kl. 15-17
- 16. maj kl. 15.30-17
- 4. september kl. 15-17
- 6. november kl. 15-17

Ved årets udgang vurderes behovet for fortsatte møder i 2019.

Arbejdsgrupper

På styregruppemødet 27. februar blev der nedsat to arbejdsgrupper.

Arbejdsgruppe for spor 2: Kronisk syge patienter med tilknytning til flere ambulatorier

Gruppens deltagere:

- Jan Værnet, praktiserende læge, Amagercentrets Læger
- Jens Brønnum-Schou, kardiologisk overlæge, Medicinsk Enhed
- Arne Cyron, ledende overlæge, Medicinsk Afdeling
- Morten Roos Nielsen, overlæge, Medicinsk Afdeling
- Annette Madsen, afdelingssygeplejerske, Medicinsk Afdeling

Arbejdsgruppe for spor 3: Patienter med symptomer, der kræver subakut tilsyn ved speciallæge

Gruppens deltagere:

- Karen Toke, sundhedschef, Københavns Kommune
- Signe Tholstrup, Københavns Kommune
- Thyra Pallesen, sundhedschef, Dragør Kommune
- Mette Rydholt Jakobsen, konst. ældrechef, Tårnby Kommune
- Nicolay Torp, praksiskonsulent
- Malou Frische, ledende oversygeplejerske, Medicinsk Afdeling
- Jens Rasmussen, specialeansvarlig overlæge, Medicinsk Afdeling
- Annette Madsen, afdelingssygeplejerske, Medicinsk Afdeling

Kommunespecifikke arbejdsgrupper

Da etablering og struktur for Akutteam/hjemmesygeplejersker i København, Tårnby og Dragør kommuner er forskellige, skal der udvikles en individuel samarbejdsmodel omkring patienter i Fællesambulatoriets subakutte spor for hver af de tre kommuner, hvis de skal have mulighed for at kontakte Fællesambulatoriet direkte uden for borgerens egen læges åbningstid. Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe i hver af de tre kommuner for at afklare den videre plan for at få hjemmesygeplejen klar til at kunne tilgå subakutte tider i Fællesambulatoriet.

Implementeringsgruppe

Implementeringsgruppen udgøres af afdelingsledelsen i Medicinsk Afdeling Amager samt den lokale ledelse for Fællesambulatoriets tre spor. Disse vil løbende inddrage og sikre dialog med relevante fagpersoner og samarbejdspartnere fra afdelingen, hospitalet, kommuner og almen praksis alt efter, hvilke temaer der drøftes, og hvilke faser projekter er i.

Effektmåling

Indsatserne i projektet har forskelligt sigte, og effektmålingen opdeles derfor i de forskellige spor. Indikatorer og datakilder er fortsat til drøftelse og afklaring.

Spor 1: henviste patienter

Der er få ændringer ift Daghospitalets funktion i dag. Derfor ingen særskilt effektmåling.

Spor 2: kroniske syge patienter med tilknytning til flere ambulatorier

Forventede effekter:

- Øget patienttilfredshed – spørgeskema til involverede patienter
- Færre ambulatoriebesøg pr. patient
- Færre udeblivelser
- Mindsket risici ved polyfarmaci gennem kvalificeret medicingennemgang – journalgen-nemgang

Spor 3: patienter med uspecifikke symptomer, der kræver subakut tilsyn ved speciallæge

Forventede effekter:

- Øget patienttilfredshed – spørgeskema til involverede patienter
- Færre unødvendige indlæggelser
- Færre genindlæggelser
- Mindsket risici ved polyfarmaci gennem kvalificeret medicingennemgang – journalgen-nemgang

Ud over det patientrettede outcome styrker projektet ligeledes samarbejdskulturen og sammenhængskraften mellem hospital, kommuner og almen praksis til gavn for patienter.

PROJEKT BESKRIVELSE

Dato: 3. juli 2018

Etablering af fælles medicinsk ambulatorium på Frederiksberg matriklen

Baggrund

Region Hovedstaden har i budgetaftalen for 2018 "På vej mod værdibaseret styring" besluttet at videreføre de eksisterende forsøg med takstfrisættelse og igangsætte yderligere forsøg med at ophæve takststyring.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) har derfor budt ind med et forslag om et fælles medicinsk ambulatorium på Frederiksberg matriklen, hvor tanken er at skabe en organisering, hvor patienten i ambulant udredning og forløb kan få samlet relevante undersøgelser fra forskellige specialer i en samlet pakke. På den baggrund ønsker Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) at afsøge hvilke organiseringsformer, der understøtter patientforløb, hvor klinikerne samler sig om patienten, både i udredning, behandling og løbende kontrol.

Som organiseringen er i dag arbejder specialerne adskilt i udredning og behandling. Ved at samles om patienten, der ofte lider af flere sygdomme (komorbiditet) undgår patienten, at skulle starte forfra hver gang en ny speciallæge skal undersøge et symptom kompleks. Den rette organisering vil skabe værdi i patientforløbet pga. hurtigere diagnostik (mindske bekymring) og færre fremmøder for patienten. Desuden vil den rette organisering skabe organisatorisk værditilvækst gennem en samlet frigørelse af speciallægeressourcer, når forløbene ikke skal "starte forfra" hver gang. Et fælles medicinsk ambulatorium antages også, at kunne understøtte den kroniske patients løbende forløb på en for både patient og klinik mere optimal måde. Dette ved i højere grad at kunne støtte patientens egenomsorg gennem f.eks. telemedicinsk rådgivning og monitorering, eller akuttider ved patientens bekymring, fremfor fastlagte kontroller (brugerstyret behandling).

Den rette organisering vil ligeledes være værdiskabende på mange andre måder i organisationen, idet der vil blive etableret et stærkt fagligt miljø, hvor der i højere grad vil være mulighed for at få sparring fra kollegaer fra andre specialer. Dette er altid stimulerende for arbejdsmiljø og trivsel, ligesom det vil have stor uddannelsesmæssig værdi.

Punkt nr. 1 - Drøftelse: Medicinsk fælles ambulatorium på Amager-matriklen

Bilag 3 - Side -2 af 4

Projektet taler desuden ind i de 12 anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb, som det politiske udvalg for sammenhængende patientforløb præsenterende i september 2017.

Projektets formål

Formålet med at etablere et Fælles Medicinsk Ambulatorium på Frederiksberg matriklen er at opbygge og afprøve en ny organisations- og arbejdsform, som også fremadrettet kan være model for det ambulante område i Nyt Hospital Bispebjerg.

Desuden er formålet at

- Skabe større værdi for patienterne ved at
 - Skabe fokus på patienternes samlede sundhedsproblem
 - Øge patientinddragelsen
 - Sikre entydigt ansvar og koordinering af patientens samlede behandling
- Skabe højere faglig kvalitet ved at
 - Samle specialer kompetencer i en enhed med fokus på patientens samlede sundhedsproblem
 - Øge samarbejdet med praktiserende læger og kommuner
- Skabe mere sundhed for pengene
 - Nedbringe antallet af ambulante besøg patienten har på hospitalet
 - Nedbringe antallet af indlæggelser

Konkret skal et fælles medicinsk ambulatorium give patienter i ambulant udrednings eller behandlingsforløb mulighed for at få samlet og koordineret deres forløb på tværs af lægefaglige specialer og på tværs af sektorgrænser.

Indsatser

Ambitionen er bredt at tilbyde udredning, behandling og opfølgning til patienter, der har brug for at få samlet deres forløb på tværs af specialer. Antallet af spor vil således undervejs blive udvidet, som der opnås erfaringer i ambulatoriet.

I første omgang etableres fælles medicinsk ambulatorium med to spor:

- **Spor 1:** Patienter med henvisningsdiagnoser, der kræver udredning i flere specialer, i første omgang dyspnø.
En gruppe af patienter, der henvises med mistanke om dyspnø, udredes i dag enten først i lungemedicinsk eller hjertemedicinsk regi. De viderehenvises herefter til andet speciale for videre udredning. Derfor etableres en dyspnø klinik, (åndenøds-klinik), hvor patienten ses af både speciallæge i kardiologi og i lungemedicin og får udført indledende undersøgelser samme dag. Der er fokus på en hurtig, fælles udredning af patienterne.
- **Spor 2:** Ældre medicinske patienter med multisygdom. Der oprettes et ambulatoriespor for ældre medicinske patienter (over 65 år) med to eller flere samtidige kroniske sygdomme mhp. at forbedre kvaliteten og optimere sammenhængende patientforløb med fokus på det samlede sygdomsbillede. Der vil i

ambulatoriesporet bl.a. være fokus på tværfaglige konference, medicinafstemning og koordinering på tværs af sektorer.

Forventede patientnære effekter

Som beskrevet under formålsbeskrivelsen forventes etableringen af et fælles medicinsk ambulatorium at skabe større værdi for patienterne ved bl.a. at sætte fokus på patienternes samlede sundhedsproblem og placere et entydigt ansvar for koordinering og samarbejde. Det endvidere bidrage til færre fremmøder og ambulante besøg for patienten på hospitalet, ligesom et godt samarbejde og koordinering internt og på tværs af sektorer kan være med til at nedbringe antallet af indlæggelser.

Styringsparametre

Projektet er ikke fritaget for takststyring, men det er væsentligt at følge effekten af tiltagene, ligesom projektet kan medføre korrektion mellem afdelingernes budgetter og aktivitet.

Der er på nuværende tidspunkt opstillet følgende forventede målepunkter og styringsparametre:

- Overholdelse af udredningsret og behandlingsgaranti
- Patientoplevet kvalitet ex kvalitative interviews med patienter
- Faglig kvalitet
- Ressourceforbruget

Organisering

Der er nedsat en arbejdsgruppe, hvori der deltager relevante afdelingsledelser og nøglepersoner på hospitalet samt brugerrepræsentanter samt repræsentanter fra praksis og Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune.

Fælles medicinsk ambulatorium er organiseret under medicinsk og geriatrisk afdeling Q på BFH. Der er pr. august 2018 ansat en sygeplejerske som teamkoordinator for det fælles medicinske ambulatorium.

Tidsplan

Der stiles mod opstart af fælles medicinsk ambulatorium ultimo september 2018. Projektet er for nuværende opdelt i følgende tre faser:

Fase 1: Forår og sommer 2018:

Overblik, målsætning, planlægning af projektspor mv.

Fase 2: August – oktober 2018:

Opstart og implementering af fælles medicinsk ambulatorium, herunder kommunikation til væsentlige interessenter.

Fase 3: November 2018-forår 2019:

Fortsat implementering, videreudvikling og evaluering.

Plan for erfaringsopsamling og evaluering

Center for klinisk forskning og forebyggelse involveres i projektet mhp. at opstille et evalueringsdesign for projektet og løbende indsamle erfaringer.

Desuden er multiambulatoriesporet blevet præsenteret i nationalt netværk for multisygdomsklinikker, hvor der løbende udveksles erfaringer, ligesom der pågår drøftelser om at indsamle data på tværs af projekter.

Hospitalet er endvidere løbende i dialog med Amager og Hvidovre Hospital mhp. at udveksle erfaringer og opnå læring på tværs omkring fælles medicinsk ambulatorium, ligesom hospitalet har haft kontakt til lignende projekter i de andre regioner.

12

Anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb

Af rapportering fra Udvalget for
Sammenhængende Patientforløb

Punkt nr. 3 - Beslutning: Patienter med uspecifikke symptomer - "De 12 anbefalinger"

Bilag 1 - Side -2 af 16

INDHOLD

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

INDLEDNING

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

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

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

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

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

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

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

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

Punkt nr. 3 - Beslutning: Patienter med uspecifikke symptomer - "De 12 anbefalinger"

Bilag 1 - Side -5 af 16

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

Udvalgets anbefalinger

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

Anbefalingerne er inddelt i tre afsnit:

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

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

- Hvordan der kan ske koordinering af undersøgelser og planlagte behandlinger, så de kan foretages samme dag.
- Hvordan de diagnostiske afdelinger kan følge det enkelte udredningsforløb til ende, særligt i de tilfælde, hvor de første undersøgelser ikke umiddelbart viser en klar diagnose. Det skal forhindre, at patienten sendes frem og tilbage mellem egen læge og skiftende hospitalsafdelinger.
- Hvordan patientforløb – især for ældre og patienter med flere sygdomme - kan foregå så smidigt som muligt for patienten og med inddragelse af de pårørende undervejs.
- Hvordan patientens situation kan styre forløbet, også for de patienter, der skal behandles på flere afdelinger. Samtidig skal princippet om nærhed, sammenhæng og kvalitet for borgeren altid sikres, og LEON-princippet om altid at behandle på laveste effektive omkostningsniveau overholdes.
- Hvordan de patientforløb, hvor patienterne ofte genindlægges eller hvor sygdomsbyrden er særlig stor kan forbedres så der behandles ud fra en helhedstænkning.

UDREDNING OG DIAGNOSTIK

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

Direkte adgang til diagnostik fra almen praksis

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

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

ANBEFALING 1:

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

Bredere adgang til diagnostiske enheder fra almen praksis

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

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

ANBEFALING 2:

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

Adgang til diagnostiske enheder fra hospitalsafdelinger

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

ANBEFALING 3:

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

Etablering af sammedagsudredning

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

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

ANBEFALING 4:

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

BEHANDLINGS- OG OPFØLGNINGSFORLØB

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

Bedre koordinerede og tilrettelagte besøg

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

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

ANBEFALING 5:

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

Sub-akutte tilbud

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

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

ANBEFALING 6:

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

Forebyggelse af akutte indlæggelser

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

ANBEFALING 7:

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

Faglig sparring til almen praksis

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

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

ANBEFALING 8:

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

KOMMUNIKATION OG PATIENTINDDRAGELSE

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

Bedre patientinddragelse

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

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

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

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

ANBEFALING 9:

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

Mere inddragelse af pårørende

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

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

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

ANBEFALING 10:

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

Bedre kommunikation mellem sektorer og afdelinger

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

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

ANBEFALING 11:

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

BEDRE PATIENTFORLØB I HELE REGIONEN

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

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

Lighed i sundhed

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

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

ANBEFALING 12:

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

Implementering

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

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

Udvalgets arbejde skal desuden indgå i den kommende hospitalsplan.

Punkt nr. 3 - Beslutning: Patienter med uspecifikke symptomer - "De 12 anbefalinger"

Bilag 1 - Side -13 af 16

12 ANBEFALINGER

1

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

4

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

2

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

5

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

3

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

6

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

7

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

10

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

8

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

11

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

9

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

12

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

Punkt nr. 3 - Beslutning: Patienter med uspecifikke symptomer - "De 12 anbefalinger"

Bilag 1 - Side -16 af 16



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden

Center for Sundhed
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

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

Møde i Sundhedsudvalget d. 16-01-2019



November 2018
– 3/2018

Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger

Udredningsretten

3/2018

Beretning om

udredningsretten

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2018

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i maj 2019.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2018, som afgives i februar 2020.

**Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om
Rigsrevisionens beretning om udredningsretten
Bilag 1 - Side -3 af 67**

**Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:**

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5987
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

**Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:**

Rosendahls Lager og Logistik
Vandtårnsvej 83A
2860 Søborg

Tlf.: 4322 7300
distribution@rosendahls.dk
www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN trykt 978-87-7434-584-8
ISBN pdf 978-87-7434-585-5

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om udredningsretten

Udredningsretten er en lovbunden patientrettighed, som sikrer en lægefaglig vurdering af, hvad en patient fejler, og hvilken behandling der eventuelt skal igangsættes. Udredningsretten forpligter regionerne til at udrede patienterne inden for 30 dage fra det tidspunkt, hvor sygehuset modtager henvisningen. Udredningsretten blev indført i 2013.

Folketinget styrkede udredningsretten i 2016 for at sikre, at flere patienter hurtigere fik afklaret deres behov for behandling. Sundheds- og Ældreministeriets monitorering af udredningsretten viser, at overholdelsen ikke er blevet forbedret siden, da udredningsretten fortsat ikke overholdes for 10-20 % af patienterne.

Statsrevisorerne finder det ikke tilfredsstillende, at regionerne i mange tilfælde ikke følger lovgivningen, når patienter udredes. Dette skyldes bl.a., at regionerne ikke har en ensartet forståelse af, hvornår udredningsretten er overholdt.

Konsekvensen er, at ikke alle patienter, der har ret til det, får et tilbud om hurtigere udredning et andet sted.

Statsrevisorerne bemærker:

- At regionerne efterspørger mere vejledning fra Sundheds- og Ældreministeriet om, hvornår udredningsretten er overholdt, men at ministeriet vurderer, at det nuværende regelsæt er tilstrækkeligt.
- At vejledning og information til patienter kan styrkes, så patienterne i højere grad forstår deres rettigheder, og så patienterne kan udredes hurtigere. Rigsrevisionens brugerundersøgelse viser, at Region Midtjylland indkaldelsesbreve fremhæves af patienterne som overskuelige, bl.a. fordi den første side indeholder alle nødvendige oplysninger.
- At Rigsrevisionens stikprøvegennemgang af 322 udredningsforløb indikerer, at overholdelsen af udredningsretten reelt kan være lavere, end Sundheds- og Ældreministeriets monitorering viser.

Statsrevisorerne

14. november 2018

Henrik Thorup*
Klaus Frandsen
Henrik Sass Larsen
Villum Christensen
Frank Aaen
Britt Bager

* Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.

**Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om
Statsrevisorernes bemærkning
Rigsrevisionens beretning om udredningsretten
Bilag 1 - Side -5 af 67**

Statsrevisorerne støtter Rigsrevisionens anbefaling om, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet sammen bør tilrettelægge den fortsatte implementering af udredningsretten, så patienter inden for alle specialer tilbydes hurtig udredning i overensstemmelse med lovgivningen.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion	1
1.2. Baggrund	3
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning.....	6
 2. Regionernes overholdelse af udredningsretten	 8
2.1. Identifikation og registrering af udredningspatienter	9
2.2. Hurtig udredning	13
2.3. Færdigudredning	17
2.4. Udredningsplaner	22
 3. Vejledning og information til udredningspatienter	 26
3.1. Informationskrav ved indkaldelsen	27
3.2. Patienternes forståelse af indkaldelsesbrevet	31
 Bilag 1. Metodisk tilgang.....	37
Bilag 2. Sundhedsdatastyrelsens monitorering.....	43
Bilag 3. Hjemmesiden mitsygehusvalg.dk	45
Bilag 4. Regionernes indkaldelsesbreve.....	46
Bilag 5. Ordliste.....	60

**Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om
Rigsrevisionens beretning om udredningsretten
Bilag 1 - Side -7 af 67**

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionen har revideret regnskaberne efter § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven.

Rigsrevisionen har gennemgået regnskaberne efter § 4, stk. 1, nr. 1, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Ældreministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Astrid Krag: oktober 2011 - februar 2014
Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015
Sophie Løhde: juni 2015 - november 2016
Ellen Trane Nørby: november 2016 -

Beretningen har i udkast været forelagt Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om retten til hurtig udredning (herefter udredningsretten), som er en lovbunden patientrettighed. Udredning er en lægefaglig vurdering af, hvad en patient fejler, og hvilken behandling der eventuelt skal igangsættes. Formålet med udredningsretten er, at alle patienter skal tilbydes udredning inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt, så de undgår unødigt ventetid. For patienten betyder et hurtigt udredningsforløb, at patienten hurtigt får klarhed over, hvad patienten i givet fald fejler, så behandling kan påbegyndes hurtigst muligt.

Udredningsretten forpligter regionerne til at udrede patienterne inden for 30 dage fra det tidspunkt, hvor sygehuset modtager henvisningen. Hvis regionen ikke selv kan tilbyde udredning inden for 30 dage, skal patienten tilbydes at få hele eller dele af sin udredning foretaget på et andet offentligt sygehus eller på et privathospital. Hvis regionen på grund af manglende kapacitet ikke kan tilbyde udredning inden for 30 dage på hverken egne eller andre offentlige sygehuse eller privathospitaler, får patienten ret til udvidet frit sygehusvalg og dermed ret til at vælge et privathospital, der kan udrede patienten hurtigere.

2. Siden udredningsretten blev indført i 2013, har den hvert år indgået i økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne. I 2015 evaluerede Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner udredningsretten. Evalueringen viste bl.a., at andelen af patienter, som regionerne udredte inden for 30 dage, var konstant og ikke var blevet forbedret. Folketinget ønskede, at flere patienter blev udredt hurtigt, og styrkede derfor udredningsretten i 2016, så patienterne fik udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen på grund af manglende kapacitet ikke kunne tilbyde udredning inden for 30 dage.

3. Sundheds- og Ældreministeriet har i 2016 med inddragelse af regionerne revideret vejledningen om, hvornår udredningsretten er overholdt. Derudover har ministeriet sammen med regionerne opstillet 5 principper for god information om patientrettigheder, som skal bidrage til, at regionernes information til patienterne bliver mere ensartet og lettere at forstå. Det fremgår af økonomiaftalen for 2019, at hurtig udredning og behandling af patienterne er centralt i sundhedsindsatsen. Hurtig udredning kommer sammen med behandling af høj, ensartet kvalitet og sammenhæng på tværs af aktører til at være én af de fremadrettede målsætninger i styringen af sundhedsområdet. Parterne er enige om, at regionernes pligt til at sikre patienterne en ensartet og tydelig information om rettighederne er centralt for overholdelsen af patientrettighederne.

Udredningsretten

Alle patienter, der er henvist og visiteret til udredning, er omfattet af udredningsretten. For patienter med mistanke om livstruende kræft- eller hjertesygdomme er der dog fastsat særlige bestemmelser. Akutte patienter, der ankommer til sygehuset uden forudgående henvisning, er ikke omfattet af udredningsretten.

Evaluering af udredningsretten

Det fremgår af økonomiaftalen for 2013, at resultaterne af udredningsretten skal evalueres 1 år efter ikrafttræden med henblik på at vurdere behovet for justeringer.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -9 af 67

4. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i november 2017. Baggrunden for undersøgelsen er, at antallet af udredningspatienter har været stigende, siden udredningsretten blev indført, men udredningsretten overholdes ifølge Sundheds- og Ældreministeriets monitorering stadig ikke i 10-20 % af de 500.000-600.000 udredningsforløb, som regionerne registrerer hvert år. Overholdelsen af udredningsretten har vist større regionale udsving, men på trods af et ønske om at sikre flere patienter hurtigere udredning viser monitoreringen, at andelen af patienter på landsplan, hvor udredningsretten er overholdt, har været uændret, siden rettigheden blev styrket i 2016.

5. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at patienter har lige adgang til hurtig udredning. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Følger regionerne lovgivningen, når patienter udredes?
- Bidrager vejledning og information til, at patienter udredes hurtigst muligt?



Konklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at patienter har lige adgang til hurtig udredning, og at Sundheds- og Ældreministeriet i højere grad kan understøtte regionerne i at implementere udredningsretten korrekt. Regionerne har ikke implementeret lovgivningen om ret til hurtig udredning ens. Konsekvensen er, at det er usikkert, i hvilket omfang patienter får de rettigheder, de har krav på, og om de kan gøre brug af dem.

Folketinget styrkede i 2016 udredningsretten for at sikre, at flere patienter hurtigt får afklaret deres behov for behandling. Sundheds- og Ældreministeriets monitorering af udredningsretten viser, at overholdelsen ikke er blevet forbedret siden, idet udredningsretten fortsat ikke overholdes for 10-20 % af patienterne. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at overholdelsen reelt kan være lavere, end monitoreringen viser.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i mange tilfælde ikke følger lovgivningen, når patienter udredes. Undersøgelsen viser, at regionerne ikke har den samme forståelse af, hvornår udredningsretten er overholdt, og derfor har implementeret udredningsretten forskelligt. Flere afdelinger fortsætter patienternes udredning efter, at patienten er registreret færdigudredt. Undersøgelsen viser, at det særligt inden for nogle specialer er vanskeligt for afdelingerne at vurdere, hvornår en patient er færdigudredt. Konsekvensen er, at det er usikkert, i hvilket omfang patienterne får opfyldt udredningsretten. Samtidig viser undersøgelsen, at regionerne i mange tilfælde kun forholder sig til, om patientens første tid ligger inden for 30 dage, og ikke, om det samlede udredningsforløb forventes at overstige 30 dage. Konsekvensen er, at ikke alle patienter, der har ret til det, får et tilbud om hurtigere udredning et andet sted. Undersøgelsen viser, at regionerne efterspørger mere vejledning fra Sundheds- og Ældreministeriet om, hvornår udredningsretten er overholdt, mens ministeriet vurderer, at det nuværende regelsæt er tilstrækkeligt til, at regionerne kan implementere udredningsretten korrekt.

Rigsrevisionen vurderer, at vejledning og information til patienter i endnu højere grad kan bidrage til, at patienterne udredes hurtigt. Det er væsentligt, at patienterne forstår deres rettigheder, og hvordan de skal gøre brug af dem. Undersøgelsen viser, at alle regionerne oplyser generelt om patientrettigheder i et indkaldelsesbrev. Derudover lever regionernes indkaldelsesbreve i overvejende grad op til Sundheds- og Ældreministeriets informationskrav om fx oplysninger om tid og sted, men 2 regioner oplyser ikke, hvor patienten kan blive udredt hurtigere, hvis det sygehus, patienten er henvist til, ikke kan overholde udredningsretten. Undersøgelsen viser videre, at indkaldelsesbrevene i højere grad kan opfylde ministeriets principper for god information om patientrettigheder. Rigsrevisionens brugerundersøgelse viser, at de fleste patienter ud fra indkaldelsesbrevet forstår, at de har mulighed for at blive udredt hurtigere, men at de ofte forveksler de forskellige patientrettigheder. Konsekvensen er, at det ikke i alle tilfælde er tydeligt for patienten, hvilke konkrete muligheder patienten kan gøre brug af for at blive udredt hurtigere.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet sammen bør tilrettelægge den fortsatte implementering af udredningsretten, så regionerne kan sikre, at patienter i alle regioner og inden for alle specialer tilbydes hurtig udredning i overensstemmelse med lovgivningen.

1.2. Baggrund

6. Udredningsretten blev vedtaget af Folketinget i 2012 og trådte i kraft i september 2013 for somatikken og i 2014 i psykiatrien. Da rettigheden blev styrket i 2016, blev der samtidig med finansloven for 2016 afsat 300 mio. kr. i 2016 og 450 mio. kr. årligt fra 2017 til opbygning af tilstrækkelig kapacitet i regionerne til at sikre patienterne rettidig udredning og behandling. Regionerne har i forbindelse med implementeringen af udredningsretten arbejdet med at tilpasse kapaciteten, så patienterne kan udredes hurtigt.

7. Sundhedsloven giver i dag patienter ret til hurtig udredning, frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg. Formålet med udredningsretten er at sikre, at patienterne udredes hurtigt, og at regionerne bruger andre regioners sygehuse og privathospitaler, når de ikke selv har kapacitet til at udrede patienten hurtigt. For patienterne betyder det, at de hurtigere får afklaret, om de har behov for behandling, og dermed også hurtigere kan modtage den relevante behandling, når det er nødvendigt. For regionerne betyder det, at kapaciteten bruges bedre på tværs af sygehusene.

Det frie sygehusvalg skal sikre patienterne valgfrihed til selv at vælge, hvilket sygehus, hvilken klinik mv. de gerne vil udredes eller behandles på. Når patienten benytter det frie sygehusvalg til at komme på et sygehus i en anden region end den region, patienten bor i, skal dette sygehus udrede patienten inden for 30 dage. Hvis sygehuset ikke kan nå det inden for 30 dage, skal patienten oplyses om, at patientens ret til hurtig udredning forudsætter, at patienten henvises tilbage til den region, patienten bor i.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -11 af 67

Aftalesygehus

Et aftalesygehus er et privat-hospital eller en klinik, som har en aftale med regionerne. For at benytte det udvidede frie sygehusvalg til at komme på et aftalesygehus kræves det, at der er mindst ét sygehus, der har indgået aftale med regionerne om den undersøgelse eller behandling, patienten skal have foretaget. Der er ikke aftalesygehuse på alle udrednings- og behandlingsområder.

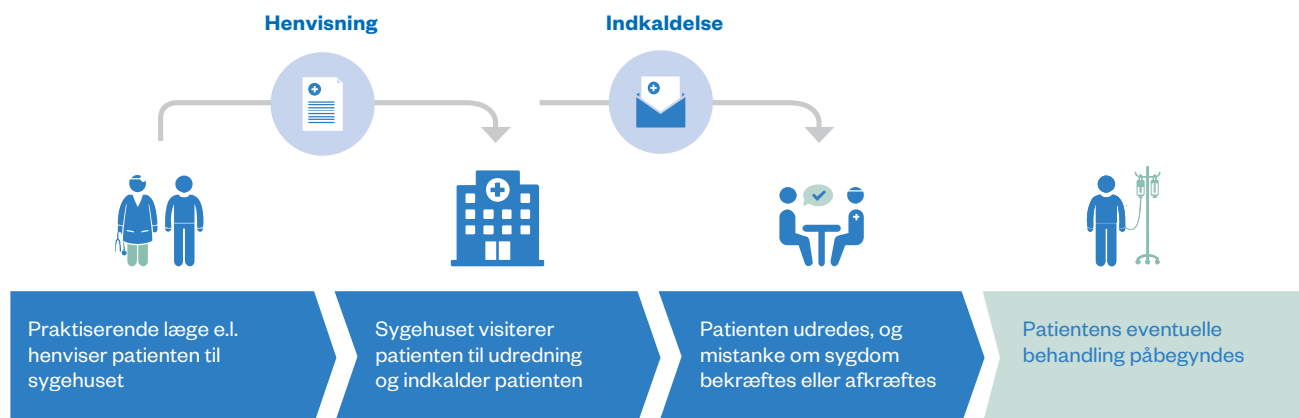
Det udvidede frie sygehusvalg træder først i kraft, når regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan udrede patienten inden for 30 dage. I disse tilfælde får patienten ret til at vælge et privathospital, som Danske Regioner har indgået aftale med – et såkaldt aftalesygehus.

8. Sundheds- og Ældreministeriet har beskrevet, hvordan rettighederne skal fortolkes og håndteres i *Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv.*, i *Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter* (herefter vejledning om frit sygehusvalg m.m.) og i pjecen *Når du er henvist til sygehus*. Regionerne har ansvaret for, at rettighederne overholdes i praksis.

Udredning

9. Et udredningsforløb begynder, når en patient henvises til udredning på et sygehus, og afsluttes, når patienten enten får afkræftet, at der er behov for behandling, eller tilbydes behandling. Figur 1 illustrerer dette.

Figur 1
Udredningsforløb



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af vejledningen om frit sygehusvalg m.m.

Udredning

Udredning er et undersøgelsesforløb, der har til formål enten at afkræfte mistanke om sygdom eller afdække patientens tilstand eller sygdommens karakter og på den baggrund vurdere, om og i givet fald hvilken behandling patienten skal tilbydes.

Figur 1 viser, at et udredningsforløb i sygehusregi begynder med en henvisning. Patienten bliver ofte henvist fra egen læge, men det kan også være andre enheder, fx en anden afdeling på sygehuset, der henviser patienten. Når sygehuset har modtaget henvisningen, vurderer sygehuset, om der er tale om en udredningspatient, og visiterer i så tilfælde patienten til udredning. Sygehuset sender et indkaldelsesbrev til patienten senest 8 hverdage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen.

I indkaldelsesbrevet skal patienten informeres om, hvor og hvornår patienten kan tilbydes udredning, og hvilke rettigheder patienten har og betingelserne herfor. Sygehuset skal udrede patienten inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. De 30 dage tæller fra den dag, sygehuset modtager henvisningen, til patienten er færdigudredt. Hvis patienten ikke forventes udredt inden for 30 dage på det oprindelige sygehus, skal patienten informeres om, hvor patienten ellers kan udredes inden for 30 dage, eller alternativt oplyses om, at patienten har ret til udvidet frit sygehusvalg. I de tilfælde, hvor patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, skal patienten have en udredningsplan, som er en plan for det videre forløb. Det gælder uanset årsagen til, at patienten ikke kan udredes inden for 30 dage.

Udredningen er afsluttet, når patienten enten har fået afkræftet mistanke om sygdom eller kan informeres om sygdommens karakter og behandlingsmuligheder. Regionen skal tilbyde patienten at påbegynde behandling inden for 30 dage. Kan regionen ikke det, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg til behandling.

Registrering af udredningsforløb

10. Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har siden 2014 fulgt overholdelsen af udredningsretten på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens monitorering af området. Monitoreringen er Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes redskab til at vurdere, om udredningsretten overholdes. Monitoreringen er baseret på regionernes registreringer. Det er derfor en forudsætning, at regionerne registrerer ensartet, hvis monitoreringen skal være retvisende.

11. I økonomiaftalen for 2016 blev Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne enige om at tilpasse Sundhedsdatastyrelsens monitoreringsmodel. Baggrunden var, at monitoreringen indtil da kun havde vist andelen af patienter, der ikke blev udredt inden for 30 dage, og ikke årsagerne hertil. Den nye monitoreringsmodel trådte i kraft den 1. oktober 2016.

Tilpasningen af monitoreringsmodellen betød, at regionerne nu skal registrere årsagen til, at udredningen overstiger 30 dage. I vejledningen om frit sygehusvalg m.m. skelnes der mellem gyldige årsager til, at udredningsforløbet strækker sig over mere end 30 dage, fx at patienten selv har ønsket at flytte sin tid, og årsager, hvor udredningsretten ikke er overholdt, fx manglende kapacitet. I den nuværende monitorering fremgår der forskellige årsager til, at udredningsretten er henholdsvis overholdt og ikke overholdt. Sundhedsdatastyrelsen har med input fra regionerne udarbejdet en registreringsvejledning, der angiver, hvordan regionerne skal registrere årsagen i de forskellige situationer.

Opfølgning på regionernes overholdelse af udredningsretten

12. Udredningsretten gælder som udgangspunkt for alle patienter, der er henvist til udredning, men det kan være vanskeligt at nå en overholdelse på 100 %. Det skyldes bl.a., at der er tilfælde, hvor regionen ikke kan finde et hurtigere udredningstilbud, og patienten i praksis ikke kan bruge det udvidede frie sygehusvalg, fordi der ikke er et aftalesygehus på området.

Årsager, hvor udredningsretten er overholdt, selv om udredningen overstiger 30 dage

- Faglige årsager
- Patientens ønske om senere udredning
- Patientens afslag på tilbud om hurtigere udredning et andet sted.

Årsager, hvor udredningsretten ikke er overholdt, og udredningen overstiger 30 dage

- Manglende kapacitet
- Udredningsplan givet efter 30 dage
- Ingen udredningsplan
- Andre årsager.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -13 af 67

Nationale mål for kvaliteten i sundhedsvæsenet

I 2016 blev regeringen, Danske Regioner og KL enige om 8 nye nationale mål for kvaliteten i sundhedsvæsenet.

13. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet generelt har stort fokus på regionernes overholdelse af udredningsretten og løbende følger udviklingen. Hurtig udredning indgår sammen med hurtig behandling som ét af 8 nationale mål for kvaliteten i sundhedsvæsenet. Målopfyldelsen vurderes ud fra, om den enkelte regions udvikling er positiv eller negativ, og hvordan regionens niveau ligger i forhold til landsgennemsnittet. Der er således ikke sat specifikke mål for, hvor høj regionernes målopfyldelse bør være, og der lægges med de nationale mål op til, at det er de enkelte regioners ansvar at forankre målene til lokalt definerede mål og indsatser. Samtidig har ministeriet dog oplyst, at udredningsretten er en lovbunden rettighed, som regionerne har pligt til at overholde. Alle regionerne følger ligeledes deres egen overholdelse af udredningsretten.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

Revisionskriterier

14. Undersøgelsens revisionskriterier tager udgangspunkt i sundhedslovens bestemmelser om ret til hurtig udredning, ret til frit sygehusvalg og ret til udvidet frit sygehusvalg, bekendtgørelse nr. 293 af 27. marts 2017 om ret til sygehusbehandling mv. og vejledning nr. 9955 af 22. september 2016 om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter. Endelig tager revisionskriterierne udgangspunkt i Sundhedsdatastyrelsens registreringsvejledning af 8. marts 2017 vedrørende monitorering af udredningsretten.

I *kapitel 2* undersøger vi, om regionerne følger lovgivningen, når patienter udredes. Det gør vi ud fra beskrivelsen af, hvornår udredningsretten er overholdt, som det er beskrevet i loven, bekendtgørelsen og vejledningen. Derudover har vi i en stikprøve af udredningsforløb gennemgået, om regionernes vurdering af, hvornår en patient er færdigudredt, er i overensstemmelse med lovgivningen, og om registreringen følger Sundhedsdatastyrelsens registreringsvejledning vedrørende monitorering af udredningsretten.

I *kapitel 3* undersøger vi, om regionernes vejledning og information bidrager til, at patienter udredes hurtigst muligt. Revisionskriterierne er i denne sammenhæng baseret på 7 informationskrav, som Sundheds- og Ældreministeriet i bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling mv. har opstillet for sygehusenes indkaldelsesbreve. Derudover er revisionskriterierne baseret på 5 principper for god information om patientrettigheder, som fremgår af vejledningen om frit sygehusvalg m.m.

Metode

15. I undersøgelsen indgår de 5 regioner og Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsdatastyrelsen. Undersøgelsen bygger på en gennemgang af dokumenter og en stikprøvegennemgang af 322 udredningsforløb. Vi har desuden holdt møder med alle regionerne og ministeriet. Endelig har vi fået udarbejdet en brugerundersøgelse af forsknings- og analyseenheden DEFACTUM, som via interviews har undersøgt patienternes forståelse af deres indkaldelse til udredning. DEFACTUM har interviewet 62 personer, som har været indkaldt til udredning inden for det kardiologiske speciale.

I undersøgelsen indgår en kardiologisk afdeling, en ortopædkirurgisk afdeling og en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling fra hver af de 5 regioner. Det svarer til i alt 15 afdelinger. Vi har indhentet materiale fra disse afdelinger samt besøgt og interviewet dem. Vores stikprøve, der består af 322 udredningsforløb, er udtrukket på de afdelinger, som indgår i undersøgelsen.

De 3 specialer er valgt i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne med henblik på at afspejle forskellige aspekter ved udredningsretten. De 2 somatiske specialer – ortopædkirurgi og kardiologi – er valgt, fordi vi i undersøgelsen vil afspejle de forskelle, der kan være i forståelsen af udredningsretten i både et kirurgisk og et medicinsk speciale. Derudover giver kapaciteten inden for netop disse 2 specialer patienterne en reel mulighed for at blive udredt på et andet sygehus. Vi har derfor afgrænset os yderligere til patienter, der kan udredes på sygehusenes hovedfunktionsniveau, for dermed at undgå de meget specialiserede områder, hvor mulighederne for hurtig udredning er mere begrænsede. Endelig er de 2 somatiske specialer valgt, da der er registreret mange udredningsplaner på disse specialer. Ortopædkirurgien er det speciale, hvor der registreres flest udredningsplaner. Børne- og ungdomspsykiatrien er valgt for at få et psykiatrisk speciale repræsenteret, da regionerne fremhæver psykiatrien som et speciale, hvor det kan være vanskeligt at skelne mellem udredning og behandling.

16. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

Afgrænsning

17. Undersøgelsen omhandler perioden 2016-2018. I 2016 trådte nye regler om ret til hurtig udredning i kraft. Vi har gennemgået en stikprøve af udredningsforløb, der primært er afsluttet i 2017, men nogle forløb er først afsluttet i 2018. DEFACTUMs brugerundersøgelse er foretaget i sommeren 2018.

Undersøgelsen omhandler patienter, der har ret til hurtig udredning, men vi har afgrænset undersøgelsen, så den ikke omfatter patienter, der er i et kræftpakkeforløb. Det skyldes, at der gælder særlige regler for disse patienter. Stikprøven er trukket på offentlige sygehuse og omfatter derfor heller ikke patienter, der har benyttet deres ret til at blive udredt hurtigere på et privathospital (aftalesygehus).

I kapitel 3 indgår resultaterne fra brugerundersøgelsen om patienternes forståelse af informationen i indkaldelsesbrevene. Brugerundersøgelsen er afgrænset til patienter, der er henvist til udredning inden for det kardiologiske speciale. Region Sjælland indgår ikke i denne del af undersøgelsen.

18. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. I bilag 2 fremgår den seneste opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen over regionernes overholdelse af udredningsretten. I bilag 3 er vist et indkaldelsesbrev fra hver region til patienter, der ikke kan udredes inden for 30 dage. I bilag 4 er vist et udsnit fra hjemmesiden mitsygehusvalg.dk, hvor de oplysninger om ventetid til udredning, der er tilgængelige for patienterne, fremgår. Bilag 5 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

Sygehusvæsenets funktionsniveauer

Sygehusvæsenets funktionsniveauer kan opdeles i specialfunktioner og hovedfunktioner. Specialfunktioner er de opgaver, som er særligt vanskelige på grund af sjældenhed eller kompleksitet, eller som er meget omkostningstunge. Hovedfunktioner udgør hovedparten af sygehusvæsenets funktioner.

2. Regionernes overholdelse af udredningsretten



Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i mange tilfælde ikke følger lovgivningen, når patienter udredes.

Undersøgelsen viser, at det er usikkert, om alle patienter, der har ret til hurtig udredning, får tilbud herom. Det skyldes for det første, at der på tværs af regionerne er væsentlig forskel på antallet af registrerede udredningspatienter. Fx har Region Sjælland - modsat de øvrige regioner - stort set ingen udredningspatienter inden for ortopædkirurgien. Det indikerer, at regionerne ikke identificerer og registrerer alle udredningspatienter. Det skyldes for det andet, at regionerne ikke i alle tilfælde oplyser patienterne korrekt om deres rettigheder, når de indkaldes til udredning, fordi de ved indkaldelsen som regel kun forholder sig til, om den første tid ligger inden for 30 dage, og ikke, om det samlede udredningsforløb forventes at overstige 30 dage. Derudover viser undersøgelsen, at der særligt på Region Sjællands kardiologiske område er udfordringer med at sikre patienternes udredningsret.

Undersøgelsen viser samtidig, at regionerne har en forskellig forståelse af, hvornår en patient er færdigudredt. Det påvirker regionens indledende vurdering af, om patienten har ret til et tilbud om hurtigere udredning et andet sted. Konsekvensen er, at nogle patienter, der har ret til hurtigere udredning, fordi deres samlede udredningsforløb strækker sig ud over 30 dage, ikke tilbydes det. Rigsrevisionens stikprøve viser, at den forskellige forståelse betyder, at 9 ud af 14 afdelinger i mange tilfælde registrerer patienter som færdigudredt, selv om udredningen fortsætter efterfølgende. Rigsrevisionens gennemgang af 322 udredningsforløb viser således, at 151 af patienterne gik videre til et behandlingsforløb. I 61 ud af de 151 tilfælde, svarende til 40 %, fortsatte udredningen af patienten, selv om udredningsforløbet var registreret som afsluttet. Det betyder, at udredningsforløbene fremstår kortere, end de egentlig er, og at overholdelsen af udredningsretten reelt kan være lavere, end monitoreringen viser.

Undersøgelsen viser, at regionerne har vanskeligt ved at vurdere årsagen til, at udredningsretten ikke er overholdt. Denne vurdering er vigtig, da det har betydning for, om patienterne skal tilbydes hurtigere udredning et andet sted. Endvidere har det betydning for, om udredningsretten betragtes som overholdt eller ej. Det er på baggrund heraf Rigsrevisionens vurdering, at Sundheds- og Ældreministeriets monitorering ikke giver et reelt billede af regionernes overholdelse af udredningsretten.

Undersøgelsen viser, at regionerne efterspørger mere vejledning fra Sundheds- og Ældreministeriet om, hvornår udredningsretten er overholdt, mens ministeriet vurderer, at det nuværende regelsæt er tilstrækkeligt til, at regionerne kan implementere udredningsretten korrekt.

Regionerne har pligt til at afsøge alternative udredningstilbud, hvis de ikke kan tilbyde patienterne udredning inden for 30 dage på grund af manglende kapacitet. Hvis det ikke er muligt at finde et alternativt udredningstilbud, skal patienten tilbydes udvidet frit sygehusvalg. Undersøgelsen viser, at der er forskel på, hvordan regionerne afsøger alternative udredningstilbud, og hvor mange de afsøger, før de tilbyder patienterne udvidet frit sygehusvalg. Konsekvensen er, at patienter stilles forskelligt på tværs af regionerne. Når regionen finder et alternativt udredningstilbud, skal patienten oplyses om navnet på dette i indkaldelsesbrevet. Undersøgelsen viser, at Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark som hovedregel oplyser et navngivent tilbud i indkaldelsesbrevet. Region Hovedstaden og Region Sjælland oplyser ikke et navngivent tilbud til patienten.

19. Dette kapitel handler om regionernes overholdelse af udredningsretten. Overholdelse af udredningsretten forudsætter, at udredningspatienter identificeres, så de kan oplyses korrekt om deres rettigheder. Kapitlet handler også om regionernes registrering af udredningsforløb, når udredning ikke kan tilbydes inden for 30 dage.

2.1. Identifikation og registrering af udredningspatienter

20. Vi har undersøgt, hvordan regionerne identificerer og registrerer udredningspatienter, da det er en forudsætning for, at de i givet fald kan oplyse patienterne om deres ret til hurtig udredning.

21. Når regionen modtager en henvisning, er det den visiterende enhed i regionen, der vurderer, om patienten er en udredningspatient. Ud fra informationerne i henvisningen vurderes det, om patienten skal indkaldes til udredning, behandling eller diagnostisk undersøgelse.

Undersøgelsen viser, at alle regionerne har retningslinjer for, hvad en henvisning skal indeholde, men ifølge de besøgte afdelinger er der alligevel stor forskel på kvaliteten i de henvisninger, afdelingerne modtager. Fx har den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling på Odense Universitetshospital foretaget en audit i efteråret 2017, der viser, at henvisninger i 70 % af tilfældene enten slet ikke eller kun i mindre grad lever tilfredsstillende op til kravene i retningslinjerne.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -17 af 67

Patienter, der henvises til sygehuset, kan inddeles i følgende kategorier:

- **Udredningspatient:**
Det er ukendt, hvad patienten fejler, og patienten kan derfor ikke informeres om behandlingsmuligheder.
- **Behandlingspatient:**
Det er kendt, hvilken type behandlingen patienten skal tilbydes.
- **Kontrolpatient:**
Patienten har en kendt lidelse, der skal følges op på.
- **Diagnostisk undersøgelse:**
Patientens egen læge henviser patienten til en undersøgelse, som lægen skal bruge i forbindelse med egen udredning af patienten.

22. Alle regionerne arbejder med at forbedre kvaliteten i henvisningerne fra de praktiserende læger. Flere afdelinger i undersøgelsen har arbejdet på at højne kvaliteten af henvisningerne ved at sende dem retur med anmodning om yderligere oplysninger. Afdelingerne oplever, at det på den ene side kan forbedre henvisningerne, idet den henvisende læge bliver opmærksom på, hvilke oplysninger der er nødvendige for, at sygehuset kan behandle henvisningen tilfredsstillende. Omvendt kan det for patienten betyde, at der går længere tid end nødvendigt, før udredning kan påbegyndes. De kardiologiske afdelinger på tværs af regionerne har oplyst, at de af den årsag generelt indkalder patienterne, selv om de vurderer, at henvisningen ikke er fyldestgørende. Det skyldes, at personer, der har henvendt sig med hjerteproblemer, potentielt kan være alvorligt syge. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger på tværs af regionerne oplever, at de afslutter en større andel af patienterne efter første samtale, fordi de ikke hører til i hospitalspsykiatrien.

Afdelingerne i Region Nordjylland har oplyst, at de sjældent sender henvisninger retur, da deres praktiserende læger generelt har mange patienter, og der er stor udskiftning blandt lægerne. Frem for at belaste de praktiserende læger yderligere indkalder afdelingerne patienterne for at vurdere dem.

23. Undersøgelsen viser, at det kan være svært at vurdere, hvornår udviklingen i en kontrolpatients sygdom betyder, at patienten skal overgå til enten at være udredningspatient eller behandlingspatient. Regionerne har oplyst, at det særligt skyldes, at der ikke er en national definition af kontrolpatienter, hvilket giver risiko for fortolkningsforskelle på tværs af specialer, sygehuse og regioner. Kontrolpatienter har – modsat udredningspatienter og behandlingspatienter – ingen rettigheder, der sikrer, at de kan komme hurtigt til. Vurderingen af, om en patient er en udrednings-, kontrol- eller behandlingspatient, kan dermed have væsentlig betydning for patientens muligheder for at undgå ventetid. Det skyldes, at regionerne har pligt til at søge patienterne hurtigt udredt, mens regionerne ikke er forpligtet til at hjælpe behandlingspatienter med at finde et sted, der kan behandle dem hurtigere.

Vores stikprøve viser flere tilfælde, hvor patienten er registreret som en udredningspatient, men hvor regionen selv har påpeget, at der ved nærmere eftersyn er tale om en kontrolpatient.

24. Antallet af registrerede udredningsforløb er siden 2016 steget fra ca. 124.000 i 4. kvartal 2016 til ca. 178.000 i 2. kvartal 2018. Tabel 1 viser antallet af udredningsforløb i denne periode.

Tabel 1

Registrerede udredningsforløb i perioden 4. kvartal 2016 - 2. kvartal 2018

	4. kvartal 2016	1. kvartal 2017	2. kvartal 2017	3. kvartal 2017	4. kvartal 2017	1. kvartal 2018	2. kvartal 2018
Region Nordjylland	11.192	17.968	19.357	18.731	22.691	21.687	21.970
Region Midtjylland	40.031	44.543	43.927	41.458	47.584	44.657	45.470
Region Syddanmark	38.176	50.657	51.033	50.143	59.102	54.582	53.902
Region Sjælland	14.527	17.834	16.655	17.151	16.061	14.731	16.175
Region Hovedstaden	19.833	23.816	19.541	25.840	38.282	39.246	40.069
Landsplan	123.759	154.818	150.513	153.323	183.720	174.903	177.586

Note: Ifølge Sundhedsdatastyrelsen kan implementeringen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra ultimo november 2017 have indflydelse på data.

Data er trukket den 28. september 2018. Der kan forekomme bagudrettede ændringer på grund af efterregistreringer.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens monitorering af udredningsretten.

Det fremgår af tabel 1, at særligt Region Nordjylland og Region Hovedstaden har registreret flere forløb i perioden. Region Nordjylland har således næsten fordoblet og Region Hovedstaden har mere end fordoblet antallet af registrerede udredningsforløb.

Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har oplyst, at stigningen i antallet af registrerede forløb er forventelig, da det erfaringsmæssigt tager tid at implementere nye registreringsordninger.

25. Undersøgelsen viser, at der ikke foreligger en kvalificeret forventning til, hvor mange patienter der bør være registreret som udredningspatienter. Forholdsmæssigt er der dog stor forskel på, hvor mange patienter der registreres i de enkelte regioner. Fx registrerer Region Syddanmark flere udredningsforløb end Region Midtjylland, selv om regionerne i forhold til indbyggertal er næsten lige store. Region Nordjylland har i størstedelen af perioden også registreret flere udredningsforløb end Region Sjælland, selv om Region Nordjylland målt på indbyggertal er 25 % mindre.

26. Der er flere forhold, som har betydning for, hvor mange udredningsforløb der er i de enkelte regioner. Fx har adgangen til privatpraktiserende læger betydning for, hvor mange patienter der udredes i sygehusregi. Udviklingen i og antallet af registrerede udredningsforløb på tværs af regionerne indikerer dog, at ikke alle udredningspatienter identificeres og registreres. Det kan – foruden varierende registreringspraksis – indikere, at der ikke er en ensartet forståelse af, hvornår en patient er en udredningspatient og dermed har ret til hurtig udredning.

27. Den enkelte afdelings forståelse af, hvornår en patient er en udredningspatient, har betydning for, hvor mange udredningspatienter der identificeres og registreres på afdelingerne. Det har stor betydning for patienterne, om de kategoriseres som udredningspatient eller behandlingspatient. For patienter, der er omfattet af udredningsretten, har regionerne pligt til at søge patienterne hurtigt udredt, mens regionerne ikke er forpligtet til at hjælpe behandlingspatienter med at finde et sted, der kan behandle hurtigere.

Regionernes indbyggertal

- *Region Nordjylland:*
ca. 600.000
- *Region Midtjylland:*
ca. 1,3 mio.
- *Region Syddanmark:*
ca. 1,2 mio.
- *Region Sjælland:*
ca. 800.000
- *Region Hovedstaden:*
ca. 1,8 mio.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -19 af 67

I Region Sjælland har den ortopædkirurgiske afdeling som den eneste af de 15 afdelinger i undersøgelsen ikke identificeret og registreret nogen udredningspatienter. I de øvrige 4 regioner vurderer de, at størstedelen af de henviste patienter er udredningspatienter. Region Sjælland har oplyst, at årsagen til, at regionen adskiller sig fra de andre regioner, er, at afdelingen gennem længere tid ikke har indkaldt patienter under udredningsretten, da det var afdelingens opfattelse, at det ville forkorte det samlede forløb for patienten.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Sjællands praksis på det ortopædkirurgiske område betyder, at regionen ikke har forholdt sig til, om de henviste patienter var omfattet af udredningsretten. Patienterne får derfor ikke samme hjælp til at finde et hurtigere udredningstilbud som patienter i de øvrige regioner.

Region Sjælland har oplyst, at regionen i forbindelse med Rigsrevisionens undersøgelse er blevet opmærksom på, at regionen ikke har efterlevet Sundheds- og Ældreministeriets vejledning korrekt. Regionen har igangsat en proces, der skal sikre, at flere patienter omfattes af udredningsretten.

28. I Region Syddanmark er den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling i forbindelse med Rigsrevisionens undersøgelse blevet opmærksom på, at børn og unge, der er henvist fra den psykiatriske akutmodtagelse, har ret til hurtig udredning.

29. Forskellene i afdelingernes forståelse af, hvornår en patient er en udredningspatient, betyder, at ikke alle udredningspatienter identificeres og derfor ikke oplyses om deres ret til at blive hurtigt udredt. Samtidig giver monitoreringen ikke et reelt overblik over overholdelsen af udredningsretten.

Resultater

Undersøgelsen viser, at det er usikkert, om regionerne identificerer og registrerer alle udredningspatienter.

Der er væsentlig forskel på antallet af registrerede udredningspatienter på tværs af regionerne, herunder den ortopædkirurgiske afdeling i Region Sjælland, der som den eneste i undersøgelsen ikke forholder sig til, om henviste patienter er omfattet af udredningsretten.

Henvisningerne, der er regionernes indledende mulighed for at vurdere, om en patient har behov for udredning i sygehusregi, opfylder ofte ikke regionernes retningslinjer for, hvad en henvisning bør indeholde.

Regionerne påpeger, at der mangler en tydelig national definition af, hvordan der skal skelnes mellem udredningspatienter, behandlingspatienter og kontrolpatienter.

2.2. Hurtig udredning

30. Vi har undersøgt, om regionerne tilbyder patienterne hurtig udredning i overensstemmelse med vejledningen om frit sygehusvalg m.m.

Regionernes vurdering af, om patienten kan udredes inden for 30 dage

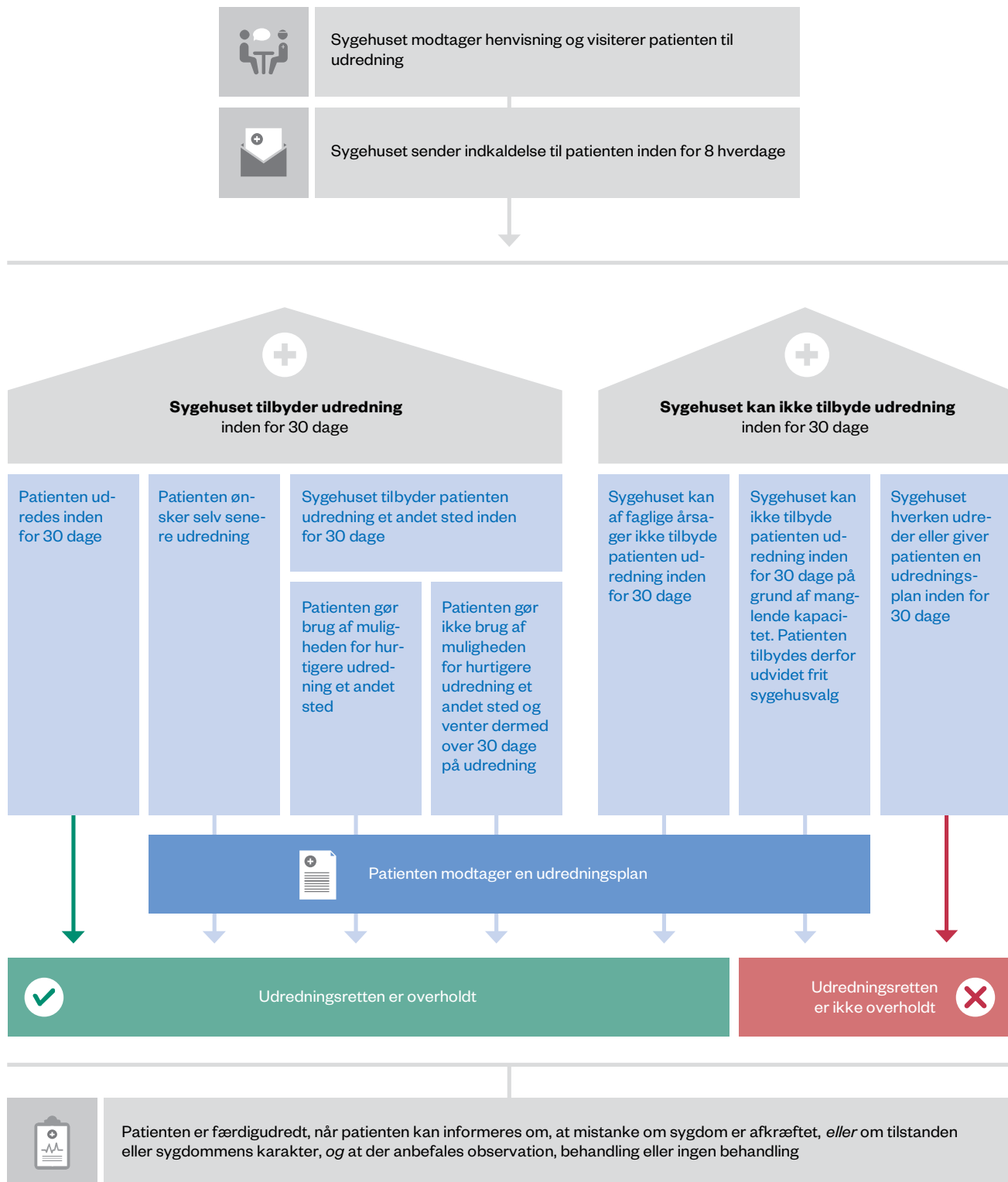
31. Når sygehuset har modtaget en henvisning og vurderet, at der er tale om en udredningspatient, skal sygehuset vurdere, om patienten kan udredes inden for fristen på 30 dage. Vurderes det, at patienten ikke kan udredes inden for 30 dage af kapacitetsmæssige årsager, er regionen forpligtet til at afsøge, om patienten kan udredes et andet sted inden for 30 dage. Figur 2 viser, hvordan en patients udredning kan forløbe.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -21 af 67

Figur 2

Mulige udredningsforløb



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af vejledningen om frit sygehusvalg m.m.

I figur 2 fremgår de forskellige muligheder for en patient, der henvises til udredning. Figuren viser, hvornår udredningsretten i et udredningsforløb kan betragtes som overholdt, og hvornår den ikke kan betragtes som overholdt. Som det fremgår, er det i de tilfælde, hvor sygehuset af kapacitetsmæssige årsager ikke kan tilbyde hurtig udredning, at udredningsretten ikke er overholdt. Derudover er udredningsretten ikke overholdt, hvis regionen hverken tilbyder udredning eller giver patienten en udredningsplan inden for 30 dage.

32. Undersøgelsen viser, at mange afdelinger i undersøgelsen ved indkaldelse af en patient kun forholder sig til, om den første tid, patienten tilbydes, ligger inden for 30 dage, fra regionen har modtaget henvisningen. Det betyder, at ikke alle afdelinger på forhånd tager stilling til, om udredningen eventuelt kræver flere og længerevarende undersøgelser. I praksis betyder det, at regionerne i nogle tilfælde – og uden at oplyse patienten om retten til at blive udredt hurtigere – lægger det første besøg så sent, at flere og længerevarende undersøgelser ikke gør det muligt at overholde udredningsretten på 30 dage, hvilket er tilfældet i eksemplet i boks 1.

Boks 1

Eksempel, hvor udredningsretten ikke kan overholdes

Gennemgangen af stikprøven viser et eksempel på et udredningsforløb, hvor en patient er indkaldt til første tid til udredning på dag 28, uden at patienten oplyses om at kunne blive udredt hurtigere et andet sted.

Patienten er indkaldt til en hjertemonitorering, der tager 1 uge. Det er således et tilfælde, hvor regionen på forhånd godt kunne vide, at udredning ikke ville kunne nås inden for 30 dage, når patientens første tid ligger på dag 28. Regionen burde derfor have oplyst patienten om, at patienten havde ret til at blive udredt hurtigere et andet sted.

Regionernes afsøgning af alternative muligheder for hurtigere udredning

33. Vi har undersøgt, hvordan regionerne afsøger mulighederne for at tilbyde patienterne hurtigere udredning.

Patienter skal have tilbud om hurtigere udredning et andet sted, når den afdeling, som patienten er henvist til, ikke har kapacitet til at tilbyde udredning inden for 30 dage. Regionen har i den forbindelse pligt til at søge patienten udredt et andet sted, fx på et af de andre regioners sygehuse eller på et privathospital eller en klinik. Hvis regionen ikke kan finde andre muligheder for patienten, skal regionen tilbyde patienten udvidet frit sygehusvalg. Det betyder, at patienten får ret til frit at vælge et aftale-sygehus.

34. Undersøgelsen viser, at det er forskelligt, hvordan regionerne afsøger alternative muligheder for patienterne, og hvor mange de afsøger, inden de i stedet tilbyder patienterne udvidet frit sygehusvalg.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -23 af 67

Garantiklinikker

Garantiklinikker er afdelinger på regionernes egne sygehuse, som er udvalgt til at kunne tage imod de patienter, som regionens andre sygehuse ikke kan nå at udrede inden for 30 dage. Garantiklinikkerne dækker fx både kardiologi og ortopædkirurgi.

Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden har afgrænset deres afsøgning af hurtigere udredningstilbud geografisk. Det betyder, at de kun finder tilbud til patienten, som enten ligger i regionen eller i umiddelbar nærhed heraf. Det varierer dog mellem de 4 regioner, hvor mange tilbud de afsøger, inden de tilbyder patienten udvidet frit sygehusvalg. Fx afsøger Region Syddanmark kun egne garantiklinikker.

Region Nordjylland har ikke afgrænset sin afsøgning geografisk og kan derfor næsten altid finde et alternativt udredningstilbud. Patienter i Region Nordjylland tilbydes som konsekvens heraf sjældent udvidet frit sygehusvalg. Sundheds- og Ældreministeriet henviser i denne sammenhæng til vejledningen om frit sygehusvalg m.m., hvor det fremgår, at udredning ikke må tilbydes i urimelig lang afstand fra patientens bopæl, medmindre der er tale om en speciel ydelse, der kun leveres få steder i landet.

35. I Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark oplyses patienten i indkaldelsesbrevet om tid og sted for udredning på den afdeling, som patienten er henvist til. Hvis tiden ikke ligger inden for 30 dage, oplyser de 3 regioner i indkaldelsesbrevet navnet på et alternativt udredningstilbud, som kan udrede patienten hurtigere. Hvis patienten ønsker at tage imod tilbuddet, skal patienten henvende sig til regionen.

Undersøgelsen viser, at Region Hovedstaden og Region Sjælland ikke angiver et navngivent alternativ i indkaldelsesbrevet, men oplyser patienten om, at patienten kan ringe til regionen, hvis patienten ønsker et alternativt udredningstilbud. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det ikke er i overensstemmelse med vejledningen om frit sygehusvalg m.m., når de 2 regioner ikke oplyser et navngivent alternativt udredningstilbud.

Region Hovedstaden har oplyst, at Sundhedsplatformen på nuværende tidspunkt ikke gør det muligt at angive et konkret udredningstilbud i indkaldelsesbrevet. Regionen arbejder på at finde en løsning. Region Sjælland har oplyst, at regionen vil ændre praksis, så snart Sundhedsplatformen gør det muligt.

Region Hovedstaden har oplyst, at regionen afsøger, om der er et alternativt udredningstilbud til patienten, inden indkaldelsesbrevet sendes. Region Sjælland afsøger først patientens muligheder for at blive hurtigere udredt, når patienten henvender sig for at gøre brug af sin rettighed.

Undersøgelsen viser, at den kardiologiske afdeling i Region Sjælland adskiller sig fra de andre afdelinger i undersøgelsen. Afdelingen sender ikke indkaldelsesbrev til de patienter, der ikke kan tilbydes en tid inden for 30 dage. Patienterne får dermed ikke den information om udredningsmuligheder, de ifølge vejledningen om frit sygehusvalg m.m. har krav på. I stedet kontakter afdelingen patienterne telefonisk med tilbud om at blive udredt på et privathospital. Hvis en patient ikke er interesseret i at blive sendt på privathospital, kan afdelingen ikke oplyse, hvornår patienten så kan få en tid. Afdelingen noterer i stedet, at patienten er på venteliste, indtil afdelingen har fået overblik over næste ledige tid.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne ikke i alle tilfælde tilbyder patienterne at blive hurtigt udredt i overensstemmelse med vejledningen om frit sygehusvalg m.m.

Når afdelingerne indledningsvis skal vurdere, om de kan overholde udredningsretten, tager de fleste stilling til, om patientens første tid ligger inden for 30 dage. En række patienter tilbydes således ikke retten til at vælge et andet sygehus, på trods af at udredningsforløbet ender med at overstige 30 dage. Konsekvensen i begge tilfælde er, at patienten ikke gøres bekendt med – og dermed heller ikke kan benytte – sin ret til at blive hurtigt udredt.

Regionernes praksis for, hvor mange alternative udredningstilbud der afsøges for patienten, hvis afdelingen ikke kan udrede patienten inden for 30 dage, varierer. Det betyder, at udredningspatienter er forskelligt stillet på tværs af regionerne. Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark giver så vidt muligt et navngivent alternativ i indkaldelsesbrevet til patienter, der ikke kan tilbydes en tid inden for 30 dage. Det varierer dog, hvor meget de 3 regioner afsøger, og dermed hvor ofte patienter i disse regioner tilbydes udvidet frit sygehusvalg.

Region Sjælland og Region Hovedstaden oplyser ikke patienterne om et navngivent alternativ i indkaldelsesbrevet. Regionerne oplyser først et konkret navngivent alternativ, når patienten selv henvender sig om det. Dette er ikke i overensstemmelse med vejledningen om frit sygehusvalg m.m. Derudover modtager patienter på den kardiologiske afdeling i Region Sjælland ikke et indkaldelsesbrev og får dermed ikke den information om udredningsmuligheder, som de har krav på.

2.3. Færdigudredning

36. Vi har undersøgt, om regionerne vurderer patienter som færdigudredt i overensstemmelse med vejledningen om frit sygehusvalg m.m. Vi har ligeledes undersøgt, om overholdelsen af udredningsretten er registreret i overensstemmelse med registreringsvejledningen.

37. Ifølge vejledningen om frit sygehusvalg m.m. skal regionerne udrede patienterne inden for 30 dage, når det er fagligt muligt. En patient betragtes som færdigudredt, når patienten har gennemgået et udredningsforløb, der følger anerkendt klinisk praksis, og som har afklaret de indikationer, patienten er henvist med, i en sådan grad, at patienten kan informeres om:

- at mistanke om sygdom er afkræftet *eller*
- tilstanden eller sygdommens karakter *og*
- at der anbefales observation, behandling eller ingen behandling.

Hvis udredningsforløbet afsluttes med en anbefaling om behandling, kan patienten først betragtes som færdigudredt, når patienten kan informeres om behandlingsmulighederne.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -25 af 67

Overgang fra udredning til behandling

38. Det fremgår af vejledningen om frit sygehusvalg m.m., at det kan være fagligt velbegrundet at iværksætte en vis behandling, samtidig med at patienten udredes, men at patienten først er færdigudredt, når patienten kan oplyses om, hvorvidt patienten skal tilbydes behandling og i så fald hvilken behandling.

39. Vi har undersøgt, om patienterne i stikprøven er færdigudredt, når afdelingerne vurderer og registrerer dem færdigudredt. Vi har undersøgt det ved først at identificere de udredningsforløb i stikprøven, hvor afdelingerne har vurderet, at patienterne gik fra at være i et udredningsforløb til at være i et behandlingsforløb. Det drejer sig om 151 patienter ud af 322 patienter i stikprøven. Tabel 2 viser de tilfælde, hvor afdelingerne har vurderet og registreret patienterne færdigudredt, men hvor vores gennemgang viser, at udredningen er fortsat efterfølgende.

Tabel 2

Udredningsforløb, hvor patienterne er vurderet og registreret færdigudredt, men hvor udredningen er fortsat efterfølgende

	Speciale	Udredningspatienter, der er registreret færdigudredt og overgået til behandling	Heraf patienter, hvor udredningen er fortsat efter, at de er registreret færdigudredt
Region Nordjylland	Ortopædkirurgi	6	1
	Kardiologi	3	0
	Børne- og ungdomspsykiatri	13	11
Region Midtjylland	Ortopædkirurgi	10	1
	Kardiologi	12	8
	Børne- og ungdomspsykiatri	18	12
Region Syddanmark	Ortopædkirurgi	13	0
	Kardiologi	3	2
	Børne- og ungdomspsykiatri	11	2
Region Sjælland	Ortopædkirurgi	Ikke relevant	Ikke relevant
	Kardiologi	2	0
	Børne- og ungdomspsykiatri	15	11
Region Hovedstaden	Ortopædkirurgi	8	0
	Kardiologi	17	13
	Børne- og ungdomspsykiatri	20	0
Landsplan		151	61

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af en stikprøve på 322 udredningsforløb, svarende til 20-25 forløb pr. afdeling.

Det fremgår af tabel 2, at i alt 61 patienter ikke var færdigudredt, da afdelingerne registrerede dem som overgået til behandling og dermed vurderede patienterne som færdigudredt.

På 9 af de 14 afdelinger fortsatte udredningen under behandlingen. Det er særligt inden for børne- og ungdomspsykiatrien og til dels inden for kardiologien, at udredningen fortsætter efter, at patienten er registreret færdigudredt. Den videre udredning under behandlingen er fx tests, der skal være med til at afklare patientens eventuelle sygdom og behandlingsbehov. Undersøgelsen viser således, at der på tværs af afdelingerne er stor forskel på, hvornår en patient betragtes som færdigudredt. Den forskellige forståelse har betydning for afdelingernes forventning til et udredningsforløbs varighed og dermed også, hvordan de forholder sig til, om patienterne har ret til hurtigere udredning et andet sted. Når forståelsen er, at de fleste patienter kan registreres færdigudredt ved første besøg, tages der ved den indledende vurdering kun stilling til, om den første tid ligger inden for 30 dage.

40. Ud over de 61 tilfælde, der fremgår af tabel 2, har vi i stikprøven konstateret 7 tilfælde, hvor udredningen er fortsat efter, at patienten er registreret færdigudredt uden at være overgået til behandling. I disse tilfælde har patienten enten fået foretaget flere undersøgelser eller er først på et senere tidspunkt blevet informeret om, at udredningen er afsluttet, på trods af at udredningen er registreret som afsluttet. Konsekvensen er, at udredningsforløbene fremstår kortere, end de egentlig er.

Ortopædkirurgi

41. Stikprøven viser, at de ortopædkirurgiske afdelinger – med ganske få undtagelser – følger vejledningen om frit sygehusvalg m.m., når de registrerer patienterne færdigudredt. Region Sjællands ortopædkirurgiske afdeling indgår dog ikke i denne vurdering, da afdelingen generelt betragter henviste patienter som behandlingspatienter. Undersøgelsen viser, at det generelt er enklere at vurdere, hvornår en patient er færdigudredt inden for de kirurgiske specialer, da udredningen typisk afsluttes med en konkret vurdering af, om patienten skal tilbydes operation eller ej. De ortopædkirurgiske afdelinger kan som regel allerede ved første besøg vurdere, om patienten skal tilbydes operation, konservativ behandling i form af træning eller ikke har behov for behandling i sygehusregi.

Psykiatri

42. Stikprøven viser, at der særligt i børne- og ungdomspsykiatrien er mange tilfælde, hvor patienterne registreres færdigudredt, selv om udredningen fortsætter. Dette gælder i overvejende grad i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland. Afdelingerne i Region Nordjylland og Region Midtjylland har oplyst, at de ved den første samtale med patienten tager stilling til, om patienten hører til i psykiatrien, og eventuelt hvilken diagnosegruppe patienten tilhører, men den endelige diagnose stilles først i løbet af behandlingsforløbet. Tilsvarende har afdelingen i Region Sjælland oplyst, at afdelingen opfatter udredningen som afsluttet, når der ikke længere er berettiget tvivl om, at patienten bør have et tilbud i psykiatrien. Det kan afdelingen som regel tage stilling til ved patientens første besøg.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -27 af 67

Regionernes overholdelse af udredningsretten

I Region Syddanmark og Region Hovedstaden registreres patienterne i stikprøven generelt først som færdigudredt, når de enten vurderes ikke at skulle have behandling i sygehusregi eller kan tilbydes reel behandling. I disse 2 regioner betyder dette, at patienternes udredning kommer til at strække sig over mere end 30 dage. I Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland opfattes de samtaler, tests mv., der følger efter patientens første tid, som en del af et behandlingsforløb. Patienter i disse 3 regioner vil derfor være registreret færdigudredt inden for 30 dage, hvis den første tid ligger inden for 30 dage. Patienternes udredningsforløb fortsætter imidlertid efterfølgende.

Alle de besøgte børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i undersøgelsen har påpeget, at det kan være svært for et barn eller en ung at kapere alt for mange samtaler, tests m.m. på samme dag eller inden for et kort tidsinterval. Derfor kan patienter inden for børne- og ungdomspsykiatrien ofte ikke udredes inden for 30 dage.

Kardiologi

43. Stikprøven viser, at 3 af de kardiologiske afdelinger vurderer og registrerer patienterne som færdigudredt, før udredningen er afsluttet. Alle de besøgte kardiologiske afdelinger har oplyst, at der inden for de medicinske specialer er en glidende overgang mellem udredning og behandling, idet behandling ofte påbegyndes, samtidig med at udredning pågår. Afdelingerne har imidlertid oplyst, at de vurderer og registrerer en patient som færdigudredt, når de igangsætter den første behandling. I boks 2 fremgår et eksempel, hvor en patient er registreret færdigudredt, selv om det fremgår, at udredningen fortsat pågår.

Boks 2

Eksempel, hvor patienten er registreret færdigudredt, men hvor udredningen er fortsat efterfølgende

I stikprøven indgår en patient, som henvises til kardiologisk afdeling på grund af brystsmerter. Patienten indkaldes til første tid den 1. november 2017, som er inden for 30 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen. Patienten registreres færdigudredt den 1. november, men får samtidig tilbudt CT-skanning af hjertet den 23. november. CT-skanningen viser ikke noget, og patienten henvises videre til lungemedicinsk afdeling.

Regionernes forståelse af, hvornår en patient er færdigudredt

44. Undersøgelsen viser, at alle regionerne har arbejdet med at videreformidle vejledningen om frit sygehusvalg m.m. og registreringsvejledningen, så afdelingerne får den samme forståelse af, hvornår en patient må vurderes og registreres som færdigudredt. Alle regionerne har holdt informationsmøder, stormøder e.l. i forbindelse med, at den nye monitoreringsmodel trådte i kraft i 2016. Derudover har regionerne haft forskellige indsatser i form af fx undervisning, netværksmøder, arbejdsgrupper og nyhedsbreve med henblik på at sikre en ensartet implementering af udredningsretten.

Region Nordjylland og Region Midtjylland har oplyst, at de har haft en forståelse af, at de måtte registrere patienterne færdigudredt, når der blev igangsat indledende behandling, hvilket de har undervist afdelingerne i. De har fået forståelsen ved møder mellem Sundheds- og Ældreministeriet og repræsentanter fra regionerne i forbindelse med udarbejdelsen af vejledningen om frit sygehusvalg m.m., og de har efterfølgende foreslået det uddybet i selve vejledningen. Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at ministeriet ikke medtog ændringsforslaget, da det netop var intentionen, at patienterne skulle være færdigudredt, og at igangsættelse af indledende behandling således ikke var tilstrækkeligt til at registrere en patient som færdigudredt.

Undersøgelsen viser, at kommunikationen mellem Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne ikke har sikret, at alle regionerne har fået den samme forståelse af, hvornår en patient er færdigudredt. Regionerne har derfor undervist deres afdelinger ud fra forskellige definitioner. Regionerne har dog generelt oplyst, at der i praksis er tilfælde, hvor det er vanskeligt at håndtere udredningsretten ud fra ministeriets bekendtgørelse og vejledning, så den passer ind i de enkelte afdelingers kliniske virkelighed. Særligt inden for nogle specialer er det vanskeligt at vurdere, hvornår en patient kan betragtes som færdigudredt, hvilket stikprøven også afspejler. Regionerne efterspørger på den baggrund mere specialespecifik vejledning, som de kender det fra kræftpakkerne. Ministeriet anerkender, at regelsættet for udredningsretten er komplekst, men vurderer, at det er et tilstrækkeligt grundlag til at sikre korrekt og ensartet implementering af udredningsretten i regionerne.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne i mange tilfælde ikke vurderer og registrerer patienter som færdigudredt i overensstemmelse med vejledningen om frit sygehusvalg m.m. og registreringsvejledningen.

Rigsrevisionens gennemgang af 322 udredningsforløb viser, at 151 af patienterne gik videre til et behandlingsforløb. I 61 ud af de 151 tilfælde, svarende til 40 %, fortsatte udredningen af patienten, selv om udredningsforløbet var registreret som afsluttet. Gennemgangen viser, at der på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er mange tilfælde, hvor patienten registreres færdigudredt ved første besøg, selv om patientens udredning fortsætter efterfølgende. På de kardiologiske afdelinger er der tilfælde, hvor patienten registreres færdigudredt ved den indledende behandling, selv om patientens udredning fortsætter efterfølgende.

Det er Region Nordjyllands og Region Midtjyllands opfattelse, at en patient kan betragtes og registreres som færdigudredt, så snart den indledende behandling igangsættes. Dette er ifølge Sundheds- og Ældreministeriet ikke korrekt. Forståelsen af, hvornår en patient er færdigudredt, har indflydelse på, hvordan regionen indledningsvis vurderer, hvor lang tid regionen forventer, at udredningsforløbet tager, og dermed også for, hvordan regionen forholder sig til, om patienten har ret til hurtigere udredning et andet sted.

Regionerne efterspørger mere vejledning fra Sundheds- og Ældreministeriet om, hvornår udredningsretten er overholdt, mens ministeriet vurderer, at det nuværende regelsæt er tilstrækkeligt til, at regionerne kan implementere udredningsretten korrekt.

2.4. Udredningsplaner

45. Vi har undersøgt, om regionerne udleverer en udredningsplan for det videre forløb til patienterne, når udredningsforløbet varer mere end 30 dage, og om regionerne vurderer årsagen til, at en plan udleveres, korrekt.

Udredningsplan for det videre forløb

46. Vi har undersøgt, om regionerne giver patienterne en udredningsplan, der opfylder kravene i bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling mv. og vejledningen om frit sygehusvalg m.m., hvis de ikke kan udredes inden for 30 dage.

47. Det fremgår af vejledningen om frit sygehusvalg m.m., at patienten skal have en plan for det videre udredningsforløb i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage. Dette gælder uanset årsagen til, at udredningen ikke kan afsluttes inden for fristen. Udredningsplanen skal udleveres til patienten inden for 30 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen. Udredningsplanen skal redegøre for den eller de kommende undersøgelser, som patienten forventes at skulle gennemgå, og skal som minimum indeholde oplysninger om tid og sted for de forventede kommende undersøgelser.

Vores stikprøve viser, at størstedelen af udredningsplanerne enten er det første indkaldelsesbrev med tid og sted for første undersøgelse eller et nyt indkaldelsesbrev, hvis tiden er blevet ændret som følge af, at enten sygehuset eller patienten selv aflyser tiden, eller patienten udebliver. Regionernes udredningsplaner lever således op til minimumskravet om en plan i form af tid og sted for næstkommende undersøgelse.

48. Det fremgår endvidere af vejledningen om frit sygehusvalg m.m., at det i mange tilfælde vil være muligt at give patienten en fyldestgørende plan for det videre undersøgelsesforløb. I en fyldestgørende plan får patienten så vidt muligt overblik over det samlede udredningsforløb. I andre tilfælde kan usikkerheden om patientens symptomer og sygdom medføre, at det ikke er muligt at udarbejde en plan længere end én undersøgelse frem.

Stikprøven viser videre, at der sjældent udarbejdes fyldestgørende udredningsplaner inden for kardiologien og ortopædkirurgien. Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er planerne, der indgår i stikprøven, generelt udarbejdet fyldestgørende.

I boks 3 fremgår et eksempel på en plan, hvor det fremgår, hvilke undersøgelser, samtaler mv. patienten og patientens forældre skal gennemgå i løbet af udredningsforløbet.

Boks 3

Eksempel på en plan fra en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling

Dato og tid		Undersøgelse
8. september 2017	kl. 08.45	WAIS testing (1. del)
20. september 2017	kl. 13.00	ADI-R (1. del) (kun forældre)
21. september 2017	kl. 08.45	WAIS testning (2. del)
28. september 2017	kl. 08.30	ADOS undersøgelse
28. september 2017	kl. 08.45	Forældresamtale
28. september 2017	kl. 13.00	Kiddie-SADS interview (1. del) (kun patienten)
4. oktober 2017	kl. 13.00	Kiddie-SADS interview (2. del) (kun patienten)
5. oktober 2017	kl. 10.30	ADI-R (2. del) (kun forældre)
-	-	Somatisk undersøgelse – endnu uvist
-	-	Skoleudtalelse
-	-	SAS-spørgeskema
13. oktober 2017	kl. 10.45	Tilbagemeldingssamtale (patient og forældre)

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af en konkret udredningsplan fra stikprøven.

Som det fremgår af boks 3, giver den fyldestgørende plan et tydeligt overblik over indholdet i udredningen og tilbage melding om resultatet.

På de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Region Hovedstaden og Region Syddanmark betegnes disse planer som udredningsplaner. De øvrige 3 regioners børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger udarbejder tilsvarende planer til patienterne, men da afdelingerne typisk betragter patienten som færdigudredt ved første besøg, betegnes planerne som behandlingsplaner, selv om indholdet i planerne er videre udredning.

Vores gennemgang af de fyldestgørende udredningsplaner viser, at de typisk registreres udleveret, når patienten orienteres mundtligt ved det første besøg. Først ved det næste besøg udleveres udredningsplanen skriftligt, efter den er gennemgået og eventuelt tilpasset på en lægekonsference. Patienten modtager som følge heraf typisk ikke sin udredningsplan inden for 30 dage, hvilket ikke er i overensstemmelse med udredningsretten.

Vurdering og registrering af årsag til udredningsplan

49. Når regionerne udleverer en udredningsplan til en patient, fordi patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, skal regionen tage stilling til, hvad den primære årsag er til, at udredningsplanen udleveres, og registrere årsagen. Ved registreringen kan regionerne vælge mellem 5 forskellige årsager, der skal afspejle deres vurdering. Registreringen har betydning for, hvordan regionernes overholdelse af udredningsretten fremstår. Årsagerne fremgår af boks 4.

Boks 4

Årsager til udlevering af udredningsplan, når udredningen overstiger 30 dage

Årsager, hvor udredningsretten er overholdt

- Faglige årsager
- Patientens ønske om senere udredning
- Patientens afslag på tilbud om udredning på et andet sygehus.

Årsager, hvor udredningsretten ikke er overholdt

- Manglende kapacitet
- Andre årsager.

50. Undersøgelsen viser, at det særligt er sondringen mellem de 2 årsager ”faglige årsager” og ”manglende kapacitet”, der kan være vanskelig for regionerne. Samtidig er vurderingen afgørende i forhold til patientens muligheder for hurtig udredning, da patienten ved manglende kapacitet skal tilbydes udvidet frit sygehusvalg, mens det ikke er tilfældet ved faglige årsager. Faglige årsager kan fx være undersøgelser, analyser og prøver, der overstiger 30 dage.

51. Den primære årsag til, at udredningsforløbet overstiger 30 dage, kan ændre sig under et udredningsforløb. Regionernes vurdering af den primære årsag har væsentlig betydning for, hvordan regionens målopfyldelse fremstår.

Vi har i forbindelse med gennemgangen af stikprøven konstateret, at 70 ud af 322 udredningsforløb, svarende til ca. 22 %, var fejlvurderede eller fejlregistrerede. I nogle tilfælde var det ikke blevet registreret, at der var udleveret en udredningsplan, mens regionen i andre tilfælde ved en nærmere gennemgang selv har vurderet, at planen fx var udleveret på grund af afbud fra patienten og ikke af kapacitetsmæssige årsager. Vi har endvidere i tilknytning til de udredningsforløb, som var korrekt registreret, erfaret, at det har været kompliceret og tidskrævende for afdelingerne at beregne den primære årsag til, at udredningen oversteg 30 dage.

52. Undersøgelsen viser videre, at regionerne kontinuerligt har haft et udtalt ønske om at få uddybet registreringsvejledningen med flere eksempler. Dette har Sundheds- og Ældreministeriet imidlertid ikke ønsket at efterkomme. Regionerne har i stedet selv udarbejdet en oversigt med svar på forskellige fortolkningsspørgsmål af udredningsretten, som regionerne har bedt ministeriet om at godkende.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det hverken er hensigtsmæssigt eller i overensstemmelse med lovens intention, at ministeriet skal godkende oversigten, men at ministeriet står til rådighed for at understøtte regionerne i mere korrekt implementering af udredningsretten og løbende besvarer de regionale henvendelser om fortolkningsspørgsmål, som ministeriet modtager. Regionerne har i den forbindelse oplyst, at de oplever, at ministeriet er længe om at besvare deres spørgsmål.

Rigsrevisionen kan konstatere, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet er uenige om, hvorvidt vejledningen om frit sygehusvalg m.m. imødekommer regionernes behov for at implementere udredningsretten fyldestgørende. Samtidig er det Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne har behov for mere generel vejledning til at implementere udredningsretten ensartet, og at det således ikke er tilstrækkeligt, at regionerne kan få afklaret enkeltstående fortolkningsproblemer.

53. Undersøgelsen viser, at den kardiologiske afdeling i Region Sjælland har fortolket årsagerne "faglige årsager" og "manglende kapacitet" forkert. Konsekvensen er, at patienter i Region Sjælland, der havde ret til hurtigere udredning et andet sted, ikke er blevet tilbudt det. Stikprøven viser videre, at mange udredningspatienter inden for kardiologien i Region Sjælland tilbydes udredning på et privathospital. Når disse udredningspatienter sendes tilbage til regionens egne sygehuse, registreres dette som et nyt udredningsforløb, selv om der er tale om videre udredning. Patientens ret til at blive udredt inden for 30 dage begynder således forfra. Dette er efter Rigsrevisionens opfattelse ikke i overensstemmelse med lovgivningen.

Region Sjælland har oplyst, at undersøgelsens resultater giver anledning til en fornyet indsats og fokus på at håndtere patientrettighederne korrekt.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne udleverer en udredningsplan for det videre forløb til patienten, når udredningsforløbet varer mere end 30 dage, men udredningsplanen er sjældent fyldestgørende, og det er ofte vanskeligt for regionerne at vurdere, hvilken årsag de skal registrere som baggrund for at udlevere planen.

Udredningsplanen er i størstedelen af tilfældene et indkaldelsesbrev med en tid til det første besøg, hvilket ikke giver et overblik over indholdet i udredningsforløbet.

I stikprøven var 70 ud af 322 udredningsforløb, svarende til ca. 22 %, fejlvurderede eller fejlregistrerede. I nogle tilfælde var det ikke blevet registreret, at der var udleveret en udredningsplan, mens der i andre tilfælde var registreret den forkerte årsag til udleveringen af planen. Rigsrevisionen har ved gennemgangen af stikprøven erfaret, at det kan være kompliceret og tidskrævende at beregne den primære årsag til, at udredningen overstiger 30 dage.

Stikprøven viser, at Region Sjællands kardiologiske afdeling har fortolket udredningsretten forkert, og derfor har ikke alle patienter, der har ret til det, fået et tilbud om hurtigere udredning.

3. Vejledning og information til udredningspatienter



Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at vejledningen og informationen til udredningspatienterne i endnu højere grad kan bidrage til, at patienterne udredes hurtigt.

Undersøgelsen viser, at patienterne i de fleste tilfælde forstår, at de har ret til at blive hurtigt udredt. Indkaldelsesbrevene kan dog forbedres, så de i højere grad understøtter, at patienterne bruger muligheden for at blive hurtigt udredt.

Regionerne har hver især udarbejdet en skabelon til indkaldelsesbreve ud fra en række krav og principper, som Sundheds- og Ældreministeriet har opstillet i samarbejde med regionerne. Undersøgelsen viser, at regionernes indkaldelsesbreve til udredningspatienter i næsten alle tilfælde lever op til de krav, som ministeriet har fastsat. Rigsrevisionens stikprøve viser dog, at patienten i ca. 10 % af de udredningsforløb, hvor regionen ikke kunne tilbyde udredning inden for 30 dage, ikke var blevet oplyst korrekt om sine rettigheder i indkaldelsesbrevet, da regionen ikke havde sendt den rette version af brevet.

Undersøgelsen viser videre, at regionerne i varierende grad lever op til Sundheds- og Ældreministeriets principper for god information om patientrettigheder. Rigsrevisionen har fået foretaget en brugerundersøgelse, der viser, at patienterne generelt forstår deres indkaldelsesbrev, men at ca. 1/3 af patienterne oplever brevet som overvældende eller uoverskueligt. Endvidere viser brugerundersøgelsen, at mange patienter forveksler de forskellige rettigheder, fx ret til frit sygehusvalg og ret til hurtig udredning. Patienterne oplever dog ikke, at det er et problem, da de forstår, at de kan ringe, hvis de ville vide mere. Brugerundersøgelsen og Region Sjællands patientvejlederrapport viser imidlertid eksempler på, at patienter i 2 regioner har fået forkerte oplysninger ved henvendelse til regionen.

Brugerundersøgelsen viser, at halvdelen af patienterne primært forholder sig til indkaldelsesbrevets første side, hvilket betyder, at det er væsentligt, at de vigtige informationer fremgår her. Flere patienter fra Region Midtjylland fremhæver regionens indkaldelsesbrev, fordi alle relevante informationer, inkl. et alternativt sygehus, tydeligt fremgår af den første side. Rigsrevisionens gennemgang af regionernes skabeloner til indkaldelsesbreve viser, at flere regioner ikke har samlet alle vigtige informationer på den første side.

Sundheds- og Ældreministeriet har oprettet hjemmesiden mitsygehusvalg.dk, der skal hjælpe patienter og patientvejledere med at finde retvisende ventetidsoplysninger. Undersøgelsen viser dog, at oplysningerne på hjemmesiden hverken er dækkende eller opdaterede. Det betyder, at patienterne i praksis ikke kan få et fuldstændigt overblik over, hvor de kan udredes hurtigst muligt, men må henvende sig til regionen for at få oplysninger herom. Sygehusene bruger som følge heraf resurser på at skabe overblik over andre sygehuses ventetider.

54. Dette kapitel handler om, hvorvidt vejledningen og informationen til udredningspatienter bidrager til, at de i videst muligt omfang kan udredes hurtigt.

For at patienter kan benytte sig af deres ret til hurtig udredning og ret til udvidet sygehusvalg, forudsætter det, at patienterne forstår, at de har disse rettigheder, og hvordan de skal gøre brug af dem. Vi har derfor undersøgt, om regionernes indkaldelsesbreve følger Sundheds- og Ældreministeriets informationskrav og principper for god information om patientrettigheder. De handler om, hvorvidt patienterne forstår deres indkaldelsesbrev, og om patienterne har adgang til retvisende oplysninger om ventetider på udredning.

3.1. Informationskrav ved indkaldelsen

55. Vi har undersøgt, om regionernes indkaldelsesbreve til udredningspatienter lever op til Sundheds- og Ældreministeriets informationskrav. Regionerne skal leve op til informationskravene, men det er op til den enkelte region, hvordan indkaldelsesbrevene udformes, og hvordan de layoutmæssigt sættes op. Hver region har sin egen standardskabelon, som alle afdelinger i den pågældende region skal bruge. Vi har gennemgået de enkelte regioners standardskabeloner. Et eksempel på et indkaldelsesbrev fra hver region er vist i bilag 4.

Vi har endvidere undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriets informationskrav om, at ventetid til udredning skal oplyses, understøttes tilstrækkeligt af hjemmesiden mitsygehusvalg.dk. Her kan man undersøge, hvor der på tværs af landet er kortest ventetid.

Krav til indkaldelsesbreve

56. Sundheds- og Ældreministeriet har i bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling mv. opstillet 7 krav til information til patienter, der indkaldes til udredning. Informationskravene fremgår af boks 5.

Boks 5

Sundheds- og Ældreministeriets 7 informationskrav

1. Indkaldelsesbrevet skal sendes senest 8 hverdage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen, og skal oplyse patienten om:
2. Dato og sted for undersøgelse eller behandling.
3. Retten til frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg.
4. Ventetiden på den diagnostiske undersøgelse, udredning eller behandling, som patienten er henvist til (ifølge vejledningen om frit sygehusvalg m.m. er det normalt tilstrækkeligt at henvise til mitsygehusvalg.dk).
5. At patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal diagnostiske undersøgelser, udredninger og behandlinger, der foretages på de enkelte sygehuse.
6. At sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus.
7. Hvorvidt patienten kan tilbydes udredning inden for 30 dage.

Kilde: Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv.

Krav 1: Afsendelse af indkaldelsesbrev inden for 8 hverdage

57. Vi har gennemgået de indkaldelsesbreve, der indgår i vores stikprøve af udredningsforløb. Vi har sammenholdt indkaldelsesbrevets afsendelsesdato med datoen for, hvornår regionen har modtaget henvisningen. Stikprøven viser, at der i 305 ud af de 322 udredningsforløb blev sendt et indkaldelsesbrev. I 287 af de 305 udredningsforløb er brevet sendt inden for 8 hverdage, fra regionen har modtaget henvisningen.

58. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger sender indkaldelsesbrevene med posten, fordi patienter under 15 år ikke har e-Boks. De afdelinger, vi har besøgt, har oplyst, at brevene ofte kommer sent frem med posten, selv om de betaler for hurtig udbringning. Regionerne har i nogle tilfælde oplevet, at indkaldelsesbrevet kan være op til 2 uger undervejs. Det betyder, at afdelingerne bliver nødt til at give patienter under 15 år en tid, der ligger unødigt langt ude i fremtiden, og at afdelingerne så efterfølgende har tilsvarende kortere tid til at udrede patienten for at kunne overholde fristen om udredning inden for 30 dage.

Krav 2-7: Oplysninger i indkaldelsesbrevet

59. Regionerne sender forskellige indkaldelsesbreve, alt efter om de vurderer, at en patient kan udredes inden for 30 dage eller ej. Vi har gennemgået regionernes standardskabeloner til de indkaldelsesbreve, som regionerne sender til patienterne, når de ikke kan tilbyde udredning inden for 30 dage. Det har vi gjort, fordi det i disse tilfælde er væsentligt, at patienterne informeres om, hvilke muligheder de har, hvis de gerne vil udredes hurtigere. Informationskravene gælder dog alle indkaldelsesbreve, dvs. uanset om udredning kan nås inden for 30 dage eller ej.

60. Vores gennemgang viser, at Region Syddanmarks indkaldelsesbreve lever op til alle informationskravene i bekendtgørelsen. Region Nordjyllands, Region Midtjyllands, Region Sjællands og Region Hovedstadens indkaldelsesbreve lever op til næsten alle kravene. Det eneste krav, de ikke lever op til, er kravet om, hvorvidt antallet af undersøgelser, der foretages på de enkelte sygehuse, kan oplyses, jf. krav 5 i boks 5.

Derudover viser vores stikprøve dog, at regionerne ikke har sendt den rette version af indkaldelsesbrevet til 16 ud af 175 patienter, svarende til ca. 10 %. Disse patienter har derfor ikke været korrekt oplyst om deres ret til at blive udredt hurtigere, på trods af at den første tilbudte tid lå efter 30 dage. Konsekvensen for disse patienter er, at de ikke har haft mulighed for at benytte retten til at blive hurtigt udredt.

Information om ventetid på udredning

61. Det 4. krav til indkaldelsesbrevene er, at patienten oplyses om ventetiden på udredning. Det fremgår af vejledningen om frit sygehusvalg m.m., at det normalt vil være tilstrækkeligt at give de oplysninger, som kan findes på mitsygehusvalg.dk. Det fremgår videre, at det som hovedregel vil være tilstrækkeligt at henvise hertil i indkaldelsesbrevet, forudsat at det tydeligt fremgår, hvor patienten kan henvende sig, hvis patienten ikke ønsker at søge information på mitsygehusvalg.dk.

Vi har undersøgt, om patienterne har adgang til retvisende oplysninger om, hvor de kan blive hurtigt udredt. Særligt patienter, der bliver tilbudt udvidet frit sygehusvalg, er afhængige af at have adgang til opdaterede og korrekte oplysninger om sygehuses ventetid til udredning, da de ikke tilbydes et navngivent alternativ i indkaldelsesbrevet.

62. Gennemgangen viser, at alle regionerne har enheder, som patienterne kan kontakte for at få oplysninger om ventetid på udredning. Herudover har Sundheds- og Ældreministeriet oprettet hjemmesiden mitsygehusvalg.dk med henblik på, at patienter og sygehuspersonale kan undersøge, hvor der på tværs af landet er kortest ventetid til den undersøgelse (både udredning og behandling), patienten er indkaldt til. Ifølge vejledningen om frit sygehusvalg m.m. er det normalt tilstrækkeligt, at regionerne i indkaldelsesbrevene henviser til mitsygehusvalg.dk i stedet for at oplyse om ventetider i selve brevet.

63. På mitsygehusvalg.dk guides brugeren gennem en række trin, der fører til en oversigt over ventetider på forskellige offentlige og private sygehuse. Af oversigten fremgår også, hvilke sygehuse der tilbyder udredning, men som ikke har indberettet ventetider inden for den seneste måned. Det er ikke obligatorisk for sygehuse at indberette ventetider til mitsygehusvalg.dk. Et eksempel på søgeresultater fremgår af bilag 3.

Vi bad i august 2018 Sundhedsdatastyrelsen om at lave et udtræk på en tilfældig dato for at kortlægge omfanget af manglende oplysninger på mitsygehusvalg.dk. Udtrækket viste, at ca. 900 ud af ca. 6.500 ventetidsoplysninger var over 1 måned gamle og derfor ikke nødvendigvis retvisende. Det svarer til 14 % af de tilgængelige oplysninger. Herudover har Sundhedsdatastyrelsen oplyst, at styrelsen ikke har tal på de sygehuse, som ikke indberetter ventetider. Patienter og patientvejledere, der benytter mitsygehusvalg.dk, kan derfor ikke være sikre på, at alle muligheder for hurtigere udredning fremgår af hjemmesiden.

Herudover har patientvejledere i flere regioner oplyst, at oplysningerne på mitsygehusvalg.dk ofte ikke er brugbare, og at ventetidsoplysningerne ikke er reelle. Endvidere opleves hjemmesiden som ustabil og ikke brugervenlig, ligesom der er behov for at tilpasse de undersøgelser og behandlinger, der kan søges på. I alle regionerne har enten regionen, sygehusene eller afdelingerne derfor egne – ofte tidskrævende – procedurer, hvor de fx ringer rundt og udarbejder lister over, hvor der er ledig kapacitet. Kapaciteten på tværs af regioner og sygehuse kan således kun bruges optimalt, hvis patienten eller regionen aktivt ringer rundt til afdelinger og hører, hvor der er plads.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at mitsygehusvalg.dk er et væsentligt værktøj for patienternes mulighed for at finde afdelinger, der kan udrede dem hurtigere. Hjemmesiden kan også bidrage til at forbedre brugen af kapaciteten på tværs af sygehusene. Hjemmesidens brugbarhed begrænses dog væsentligt af, at oplysningerne ikke dækker alle sygehuse, kun er vejledende og ikke i alle tilfælde er opdaterede. Konsekvensen er, at patienterne ikke selv kan finde de nødvendige oplysninger om ventetider, men må kontakte regionen herom. For regionerne betyder det, at de må bruge resurser på at holde sig opdaterede om ventetider, fx ved at ringe eller skrive rundt til andre sygehuse.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionernes indkaldelsesbreve til udredningspatienter i overvejende grad lever op til Sundheds- og Ældreministeriets informationskrav. Region Syddanmarks indkaldelsesbreve lever op til alle 7 informationskrav. De 4 øvrige regioner lever op til alle kravene undtagen kravet om, at antallet af undersøgelser, som sygehuset foretager, skal oplyses. Samtidig viser Rigsrevisionens stikprøve dog, at regionerne i ca. 10 % af 175 udredningsforløb ikke har sendt den rette version af indkaldelsesbrevet til patienterne. Disse patienter har derfor ikke været oplyst korrekt om deres ret til at blive hurtigere udredt et andet sted.

Sundheds- og Ældreministeriets informationskrav om, at ventetid til udredning skal oplyses, er ikke understøttet tilstrækkeligt via hjemmesiden mitsygehusvalg.dk. Det skyldes, at brugbarheden begrænses væsentligt af, at oplysningerne på mitsygehusvalg.dk ikke dækker alle sygehuse, kun er vejledende og ikke i alle tilfælde er opdaterede. Fx var 14 % af ca. 6.500 ventetidsoplysninger på en tilfældig dag i august 2018 mere end 1 måned gamle.

3.2. Patienternes forståelse af indkaldelsesbrevet

64. Vi har undersøgt, om regionernes information til patienter bidrager til, at patienterne forstår – og kan bruge – deres muligheder for hurtigere udredning. Det har vi gjort ved at undersøge, om regionernes indkaldelsesbreve følger Sundheds- og Ældreministeriets principper for god information om patientrettigheder. Derudover har vi via en brugerundersøgelse undersøgt patienternes forståelse af indkaldelsesbrevet.

65. Regionerne har oplyst, at det er en vanskelig opgave at informere patienter om deres rettigheder på en letforståelig måde. Der er rigtig mange – og indimellem modsatrettede – hensyn, som regionerne skal tage, når de formulerer indkaldelsesbrevene. Det kan være svært at finde en balance mellem at oplyse patienten om alle patientrettigheder og samtidig sikre, at patienten er opmærksom på væsentlige forhold i forbindelse med undersøgelsen, fx om patienten skal have taget en blodprøve inden undersøgelsen, eller om patienten skal faste inden undersøgelsen.

66. For at sikre, at patienterne forstår deres indkaldelsesbrev, har Sundheds- og Ældreministeriet i vejledningen om frit sygehusvalg m.m. opstillet 5 principper for god information om patientrettigheder. Principperne er udarbejdet på baggrund af anbefalinger fra en arbejdsgruppe, der bestod af repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Patienter, Danske Regioner og Sundhed Danmark. De 5 principper for god information om patientrettigheder fremgår af boks 6.

Boks 6

Sundheds- og Ældreministeriets 5 principper for god information om patientrettigheder

1. Informationen skal være letforståelig og tage udgangspunkt i patientens perspektiv.
2. Informationen skal være ensartet.
3. Informationen skal være tilstrækkelig og relevant.
4. Informationen skal være handleanvisende.
5. Den vigtigste information skal stå først.

Kilde: Vejledningen om frit sygehusvalg m.m.

67. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet ikke har evalueret de 5 principper for god information om patientrettigheder. Det samme er tilfældet for de standardformuleringer, der også fremgår af vejledningen. Det er således ikke blevet afprøvet, hvordan patienterne forstår informationen ud fra de principper og de eksempler på formuleringer, som ministeriet har udarbejdet for at understøtte regionerne i at formidle forståeligt til patienterne.

Regionernes efterlevelse af de 5 principper for god information om patientrettigheder

68. Vi har gennemgået regionernes indkaldelsesbreve for at vurdere, om de følger de 5 principper for god information om patientrettigheder. Det har vi gjort med udgangspunkt i de indkaldelsesbreve, som regionerne har sendt til patienterne i vores stikprøve, omfattende alle 3 specialer, hvor patienten ikke kunne tilbydes udredning inden for 30 dage.

Vi har endvidere fået foretaget en brugerundersøgelse af patienternes forståelse af indkaldelsesbrevet. Brugerundersøgelsen omfatter patienter, der har været indkaldt til udredning på en kardiologisk afdeling, og som ikke har kunnet tilbydes en tid inden for 30 dage.

Princip 1: Letforståelig information med udgangspunkt i patientens perspektiv

69. Informationen i indkaldelsesbrevet skal være letforståelig og tage udgangspunkt i patientens perspektiv. I vejledningen om frit sygehusvalg m.m. uddybes informationsprincippet, hvoraf det fremgår, at sproget skal være letforståeligt i form af hverdagsdansk. Begreberne skal dog også være letgenkendeligt og gøre patienten i stand til at søge videre efter mere information. Det er således væsentligt, at patienterne er opmærksomme på, at de er udredningspatienter og derfor er omfattet af udredningsretten. Vi har derfor undersøgt, om ordet "udredning" optræder tydeligt i indkaldelsesbrevene.

Vores gennemgang viser, at alle regionerne nævner udredning eller udredt i indkaldelsesbrevene, men at der mellem regionerne er forskel på, hvor informationen om udredning er placeret. I flere regioner nævnes ordet udredning under overskrifter, som ikke nødvendigvis læses af alle patienter, fx i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvor overskriften hedder "Vil du aflyse eller ændre tiden?". Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det ikke kan forventes, at patienterne bliver opmærksomme på deres rettigheder, hvis de nævnes under en overskrift, som ikke synes at have en logisk sammenhæng til rettighederne.

I brugerundersøgelsen oplyser størstedelen af patienterne, at de ikke oplever vanskeligheder i forhold til at forstå indkaldelsesbrevet, hverken med hensyn til det anvendte sprog eller informationsmængden. De giver således udtryk for at forstå, at de har mulighed for at blive udredt hurtigere. Dog oplyser ca. 1/3 af patienterne, at brevet kan virke overvældende, og at layoutet og rækkefølgen af informationerne kan medføre, at brevet opleves uoverskueligt, ligesom visse ord og sætninger besværliggør læsningen og skaber tvivl.

Princip 2: Ensartet information

70. Det fremgår af vejledningen om frit sygehusvalg m.m., at informationen både inden for den enkelte region og på tværs af regionerne skal være ensartet.

Vores gennemgang viser, at regionerne i varierende grad gør brug af Sundheds- og Ældreministeriets standardformuleringer, og informationen om patientrettigheder er således ikke ensartet på tværs af regionerne. Herudover er indkaldelsesbrevene i Region Sjælland ikke ens på tværs af de udvalgte specialer. Regionerne følger således ikke princippet fuldstændigt.

Princip 3: Tilstrækkelig og relevant information

71. Informationen om patientrettigheder skal være så kort, klar og præcis som muligt. Samtidig skal informationen i videst muligt omfang målrettes den enkelte patient.

Brugerundersøgelsen viser, at det primære for patienterne er information om tid og sted for deres undersøgelse. Undersøgelsen viser videre, at der ofte forekommer en forveksling af de forskellige former for patientrettigheder. Patienterne nævner således i flæng ret til hurtig udredning, ret til frit sygehusvalg og ret til udvidet frit sygehusvalg. Flere patienter er endvidere i tvivl om, hvorvidt man stadig har ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis man vælger at blive omvisiteret. Dette tyder på en sammenblanding af ret til hurtig udredning og ret til frit sygehusvalg. Derfor kan indkaldelsesbrevene forbedres i forhold til at sikre, at patienterne tydeligt forstår, hvilke rettigheder de er omfattet af.

Princip 4: Handleanvisende information

72. Informationen skal give patienten forudsætning for så nemt som muligt at handle på sit valg. Det betyder fx, at der skal være et telefonnummer, som patienten kan ringe til for at gøre brug af sin ret til hurtigere udredning.

Brugerundersøgelsen viser, at flere patienter har været forvirrede over de forskellige telefonnumre, der nævnes i indkaldelsesbrevet. I brevet fremgår typisk op til 3 telefonnumre: nummeret til afdelingen, der har indkaldt patienten, nummeret til en patientvejleder og nummeret til den enhed, der kan omvisitere patienten til en hurtigere udredning. Det er ikke altid klart for patienterne, hvilket telefonnummer de skal benytte. De ringer derfor blot til et tilfældigt nummer og bliver herefter vejledt eller viderestillet. Undersøgelsen viser, at 2 patienter i Region Hovedstaden er blevet fejlinformeret, fordi de kontaktede afdelingen, der oplyste, at de kom bag i køen, hvis de valgte at benytte deres ret til at blive omvisiteret.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hvis patienten skal kunne handle på sit valg, er det afgørende, at patienten informeres korrekt, når patienten kontakter regionen. Det bør således tydeligt fremgå i indkaldelsesbrevet, hvilket telefonnummer patienten skal ringe til for at bruge retten til hurtigere udredning.

73. Patientvejledningen i Region Sjælland har oplyst, at de oplever en stigning i antallet af henvendelser fra patienter, hvor vejlederne kan konstatere, at patienten er blevet fejlinformeret om sine rettigheder. Fx har en afdeling oplyst, at udredningsretten er suspenderet på grund af implementeringen af Sundhedsplatformen. I Region Sjælland udarbejder Patientvejledningen en årsberetning, hvor de i 2017 har beskrevet det stigende problem med fejlinformation. Et uddrag heraf fremgår af boks 7.

Boks 7

Uddrag fra Patientvejledningens årsberetning for 2017 i Region Sjælland

"Patientvejledningen oplever et stigende antal henvendelser fra patienter, hvor det kan fastslås, at grundlæggende patientrettigheder ikke er overholdt. Personalet oplyser, at sygehusene generelt er presset på at kunne levere undersøgelse og behandling inden for de frister, der følger af udrednings- og behandlingsretten. Mangel på speciallæger på udvalgte områder, kravet om hjemtag fra private og hertil Sundhedsplatformen betyder, at mange patienter får tider til undersøgelse og behandling, som ligger mange måneder frem i tiden. De fleste patienter accepterer ventetiden, men Patientvejledningen oplever, at de patienter, der ønsker at gøre brug af deres rettigheder, nu i stigende grad mødes med afvisning og fortolkninger af regler, som er på kanten eller i strid med gældende lov".

Princip 5: Det vigtigste først

74. Den vigtigste information skal stå først. Det betyder ifølge vejledningen om frit sygehusvalg m.m., at informationen om retten til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg bør anføres i sammenhæng med information om tid og sted og så vidt muligt i starten af indkaldelsesbrevet.

Brugerundersøgelsen viser i overensstemmelse med vejledningen om frit sygehusvalg m.m., at patienterne vurderer, at information om tid og sted for deres undersøgelse er det vigtigste. Ca. halvdelen af patienterne forholder sig primært til den side i indkaldelsesbrevet, hvor disse informationer fremgår, og orienterer sig i mindre grad i bilagene. Det kan derfor ikke forventes, at patienterne bliver opmærksomme på deres rettigheder, hvis de ikke står på den første side.

Vores gennemgang af indkaldelsesbrevene viser, at brevene i alle 5 regioner består af en side med informationer om tid, sted mv. samt en række bilag, der bl.a. uddyber de forskellige patientrettigheder, som gælder for alle patienter, og giver en række praktiske informationer om parkering mv. Region Sjællands og Region Hovedstadens indkaldelsesbreve indeholder endvidere en forside inden selve indkaldelsen, hvor der bl.a. står, at det er vigtigt at læse brevet grundigt.

Gennemgangen viser, at alle regionerne nævner patientrettighederne på samme side som teksten om tid og sted, men rettighederne fremgår mere eller mindre tydeligt, da de nævnes under forskellige overskrifter.

Alternativt tilbud

75. Region Midtjylland og Region Syddanmark oplyser et alternativt tilbud i umiddelbar nærhed af tid og sted for undersøgelsen. Region Midtjylland har informationen i en sideboks, mens Region Syddanmark oplyser alternative tilbud lige under oplysningen om tid og sted. Flere patienter i Region Midtjylland fremhæver specifikt boksen med oplysninger om et alternativt sygehus som en hensigtsmæssig markering, der gør det overskueligt og nemt at bruge muligheden for at blive hurtigere udredt. I Region Sjælland og Region Hovedstaden oplyses ikke, på hvilket sygehus det alternative tilbud er, men at patienten kan henvende sig, hvis patienten ønsker at få undersøgt muligheden for at blive hurtigere udredt.

I Region Nordjyllands indkaldelsesbreve fremgår det alternative tilbud først i et efterfølgende bilag og er således ikke i forlængelse af tid og sted for undersøgelsen. Regionen har oplyst, at regionen af tekniske årsager ikke har kunnet nævne det alternative tilbud på den første side. Det skyldes, at regionen har et brevkoncept, der består af en række brevskabeloner, som skal redigeres manuelt på den enkelte afdeling. Ved ændringer i indkaldelsesbrevets første side skal regionen rette de ca. 8.000 versioner af brevet, der findes, individuelt. Regionen estimerer, at det kræver ca. 1 årsværk. Regionen forsøger derfor i videst muligt omfang at undgå at tilpasse brevskabelonerne. Ud over at alle væsentlige informationer ikke fremgår på den første side, betyder de mange brevversioner også, at der er risiko for, at patienterne ikke får den rette version af indkaldelsesbrevet. Vores stikprøve viser således, at 7 ud af de 43 patienter, som var indkaldt efter 30 dage, ikke fik et brev med tilbud om at blive udredt hurtigere et andet sted, på trods af at de var berettiget til det.

Patienternes strategi for valg af brug eller ikke brug af ret til hurtigere udredning

76. Sundheds- og Ældreministeriets monitorering af udredningsretten viser, at mange patienter ikke benytter regionernes tilbud om at blive udredt hurtigere et andet sted.

Brugerundersøgelsen viser, at særligt 2 forhold har betydning for patienternes valg. Det første er ventetiden. Fx nævner de patienter, der kun skulle vente 2 uger ud over de 30 dage, at de valgte ikke at bruge tilbuddet, når ventetiden ikke var længere, mens de patienter, der havde en ventetid på flere måneder, syntes, at det var for længe at vente.

Det andet er patienternes oplevelse af sygdommens karakter. Nogle er fx blevet direkte opfordret af deres praktiserende læge til at bruge muligheden for hurtig udredning. Andre er ikke blevet oplyst direkte om, hvorvidt lægen vurderer, at de har behov for hurtig udredning, men har selv ud fra samtalen med lægen konkluderet, at det ikke er alvorligt, og de derfor sagtens kan vente, mens andre er blevet bekymret og derfor gerne vil udredes hurtigt. Det er således ikke kun regionens vejledning og information, der har betydning for, om patienten bruger muligheden for hurtigere udredning, men også bl.a. patientens tolkning af informationen fra den praktiserende læge.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne i varierende grad lever op til Sundheds- og Ældreministeriets 5 principper for god information om patientrettigheder.

Brugerundersøgelsen viser, at patienterne på tværs af regionerne overordnet set forstår deres indkaldelsesbrev. Ca. 1/3 af patienterne oplever dog informationen som uoverskuelig, og mange patienter oplyser, at de som følge heraf primært forholder sig til den første side. Imidlertid fremgår alle væsentlige oplysninger ikke af den første side i alle regionernes indkaldelsesbreve. Region Midtjyllands indkaldelsesbreve fremhæves af patienterne som overskuelige, hvor den første side indeholder alle de nødvendige oplysninger, og hvor det alternative tilbud tydeligt fremgår i nærheden af oplysningerne om tid og sted.

**Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om
Rigsrevisionens beretning om udredningsretten**
Bilag 1 - Side -43 af 67

Brugerundersøgelsen viser også, at mange patienter forveksler de forskellige rettigheder, fx ret til frit sygehusvalg og ret til hurtig udredning. Patienterne oplever dog ikke, at det er et problem, da de ved, at de kan ringe til regionen, hvis de vil vide mere. Vi er imidlertid stødt på eksempler fra 2 regioner fra henholdsvis brugerundersøgelsen og fra Region Sjællands patientvejlederrapport, hvor patienterne har ringet til regionen og fået forkert vejledning om ret til hurtig udredning.

Brugerundersøgelsen viser videre, at patienternes eventuelle brug af muligheden for at blive hurtigere udredt ikke kun påvirkes af deres forståelse af indkaldelsesbrevet. Patienternes valg influeres bl.a. af ventetiden og den praktiserende læges anbefaling.

Rigsrevisionen, den 7. november 2018

Lone Strøm

/Claus Vejlb Thomsen

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at patienter har lige adgang til hurtig udredning. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Følger regionerne lovgivningen, når patienter udredes?
- Bidrager vejledning og information til, at patienter udredes hurtigst muligt?

I undersøgelsen indgår de 5 regioner og Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsdatastyrelsen.

Undersøgelsen omhandler perioden 2016-2018. I 2016 trådte nye regler om ret til hurtig udredning i kraft. Vi har foretaget en stikprøvegennemgang af udredningsforløb, som er afsluttet i 2. halvår 2017 og 1. halvår 2018.

Undersøgelsen bygger på en gennemgang af dokumenter og en stikprøvegennemgang af 322 udredningsforløb. Vi har desuden holdt møder med Sundheds- og Ældreministeriet og alle regionerne. Endelig har vi fået udarbejdet en brugerundersøgelse af DEFACTUM, som har undersøgt patienternes forståelse af regionernes indkaldelsesbreve til udredning.

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- lovgivningen om retten til hurtig udredning og retten til udvidet frit sygehusvalg, herunder bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling mv.
- vejledningen om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter
- regionernes høringssvar til lovgivningen, bekendtgørelsen og vejledningen
- Sundhedsdatastyrelsens registreringsvejledning
- regionernes retningslinjer og vejledninger om registrering af udredningspatienter og om, hvilke rettigheder udredningspatienten har
- korrespondance mellem Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne
- regionernes indkaldelsesbreve til udredningspatienter.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været at afdække regionernes rammer for at implementere udredningsretten. Vi har på den baggrund udledt revisionskriterier for og undersøgt regionernes implementering af udredningsretten, herunder samspillet med Sundheds- og Ældreministeriet.

Formålet med gennemgangen af indkaldelsesbrevene har været at undersøge, om brevene lever op til Sundheds- og Ældreministeriets informationskrav og principper for god information om patientrettigheder. Vi har valgt kun at gennemgå regionernes indkaldelsesbreve til patienter, som regionerne af kapacitetsmæssige årsager ikke kunne udrede inden for 30 dage på den afdeling, patienten først var henvist til. Det har vi gjort, fordi det er disse breve, hvor patienterne selv skal handle ved at kontakte regionen for eventuelt at gøre brug af deres muligheder for at blive hurtigere udredt.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -45 af 67

Møder

Vi har holdt møder med:

- Sundheds- og Ældreministeriet
- Sundhedsdatastyrelsen
- de 5 regioner, herunder 3 sygehusafdelinger i hver region, patientvejledere og visitationsenheder samt administrativt personale.

Formålet med møderne med Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsdatastyrelsen har været at forstå lovgivningen og arbejdet med monitoreringen af overholdelsen af udredningsretten.

Formålet med møderne med regionerne har været at få en forståelse af regionernes forvaltningsramme, og hvordan den omsættes i praksis på sygehusafdelingerne. Formålet med møderne på sygehusafdelingerne har derudover været at forstå baggrunden for udredningsforløbene i stikprøven. Vi har i samarbejde med regionerne udvalgt de sygehusafdelinger, som vi besøgte, og som indgår i stikprøven, jf. tabellen nedenfor.

Sygehusafdelinger, som Rigsrevisionen har holdt møder med om udredningsretten

	Sygehus	Afdeling
Region Nordjylland	Regionshospital Nordjylland, Frederikshavn	Ortopædkirurgi
	Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Kardiologi
	Psykiatrien, Region Nordjylland	Børne- og ungdomspsykiatri
Region Midtjylland	Regionshospitalet Silkeborg	Center for Planlagt Kirurgi
	Regionshospitalet Viborg	Hjertesygdomme
	Aarhus Universitetshospital	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
Region Syddanmark	Sygehus Lillebælt	Ortopædkirurgisk Afdeling, Vejle
	Sygehus Lillebælt	Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle
	Odense Universitetshospital	Børne- og ungdomspsykiatri, Odense
Region Sjælland	Næstved Sygehus	Center for Planlagt Ortopædkirurgi
	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Kardiologisk Afdeling
	Psykiatrien, Region Sjælland	Afdeling for børne- og ungdomspsykiatri, Roskilde
Region Hovedstaden	Nordsjællands Hospital	Ortopædkirurgisk afdeling, ambulatorium, Hillerød
	Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Kardiologisk ambulatorium, Frederiksberg
	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center	Ambulatorium for børn Ambulatorium for unge

Stikprøve af udredningsforløb

Formålet med stikprøven har været at undersøge, om udredningspatienterne er blevet oplyst korrekt om deres rettigheder, og om udredningsforløbene er registreret korrekt. Formålet har endvidere været at afdække, hvornår patienterne ifølge regionerne er færdigudredt.

Vi har udtaget en stikprøve på 322 udredningsforløb. Udgangspunktet har været 25 udredningsforløb pr. afdeling for hver af de 2 somatiske specialer og 20 udredningsforløb fra hver afdeling i børne- og ungdomspsykiatrien. På nogle afdelinger var der tilfælde, hvor der ikke var nogen udredningsforløb i alle monitoreringskategorierne. Dette afspejler, at afdelingerne ikke bruger kategorierne særligt ofte, og i disse tilfælde udtog vi flere udredningsforløb fra de øvrige monitoreringskategorier. Der er derfor ikke lige mange udredningsforløb fra hver monitoreringskategori pr. afdeling. Hvert udredningsforløb omfatter alt materiale og alle registreringer, der er relevante i forhold til udredningsretten og eventuelt tilbud om behandling. Det betyder, at et udredningsforløb strækker sig fra, at patienten henvises til sygehuset, til patienten er færdigudredt og eventuelt tilbydes behandling. Et udredningsforløb indeholder således dokumenter såsom henvisning, patientjournal, registrering til monitorering af udredningsretten, indkaldelsesbrev, udredningsplan og registrering af brug af retten til frit sygehusvalg eller udvidet frit sygehusvalg.

Stikprøven af udredningsforløb er i udgangspunktet udtrukket på de afdelinger, som vi har holdt møder med. Stikprøven er udtrukket ved, at Sundhedsdatastyrelsen på de pågældende afdelinger har identificeret udredningsforløb, der er registreret som afsluttet den 1. november 2017 eller derefter. For Region Sjælland var datoen 15. september 2017 for at undgå udredningsforløb, der var afsluttet de dage, hvor Sundhedsplatformen blev implementeret i regionen. Hvis der ikke var det efterspurgte antal udredningsforløb den 1. november 2017, fortsatte Sundhedsdatastyrelsen til den næstfølgende dag, indtil det ønskede antal udredningsforløb var opnået. Stikprøven blev udtrukket i februar 2018, og de fleste udredningsforløb i stikprøven er afsluttet i 2017. De udredningsforløb, som Sundhedsdatastyrelsen havde udtrukket, blev herefter kvalificeret af regionerne for at sikre, at der var tale om den rigtige afdeling. I Region Nordjylland foregik processen omvendt, idet regionen først selv udtrak udredningsforløbene, som herefter blev kvalificeret af Sundhedsdatastyrelsen.

Patienter, der har benyttet udvidet frit sygehusvalg under deres udredning, indgår som udgangspunkt ikke i stikprøven. Det skyldes, at stikprøven er udtrukket på offentlige sygehuse. I stikprøven af udredningsforløb fra den kardiologiske afdeling i Region Sjælland indgår dog nogle udredningspatienter, der har benyttet muligheden for at blive hurtigere udredt på et privathospital. På den ortopædkirurgiske afdeling i Region Sjælland var der i alt kun registreret 6 udredningsforløb. Vi har gennemgået dem, men de indgår ikke i den samlede sagsgennemgang, da Region Sjælland havde sendt patienterne til behandling i Region Hovedstaden, som efterfølgende vurderede, at der var tale om udredningspatienter. Udredningsforløbene giver således ikke udtryk for afdelingens registreringspraksis.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -47 af 67

Metodisk tilgang

Vi har anmodet Sundhedsdatastyrelsen om at finde udredningsforløb inden for alle monitoreringskategorierne på baggrund af regionernes registreringer af udredningsforløb. Stikprøven er dermed formålsbestemt og ikke repræsentativ. Vi har udvalgt udredningsforløb med udgangspunkt i de registreringer, som den enkelte region har indberettet til Sundhedsdatastyrelsen. Monitoreringskategorier med få udredningsforløb vil imidlertid være repræsenteret i større omfang i vores stikprøve, end de ville have været, hvis vi havde udvalgt en tilfældig stikprøve. Årsagen til vores valg er, at vi gerne vil kunne udtale os om alle monitoreringskategorierne, som dækker over forskellige årsager til, at udredning ikke kan nås inden for 30 dage. Fordelingen af udredningsforløbene på de forskellige monitoreringskategorier i vores stikprøve fremgår af nedenstående tabel.

Stikprøvens udredningsforløb fordelt på monitoreringskategorier

	Udredningsforløb i stikprøven	Udredt inden for 30 dage	Faglige årsager	Afslag på tilbud	Ønske om senere udredning	Manglende kapacitet	Udredningsplan givet efter 30 dage	Ingen udredningsplan
Region Nordjylland	68	12	4	24	7	2	6	13
Ortopædkirurgi	25	4	0	10	4	0	2	5
Kardiologi	23	4	4	7	3	2	0	3
Børne- og ungdomspsykiatri	20	4	0	7	0	0	4	5
Region Midtjylland	69	23	4	8	11	8	7	8
Ortopædkirurgi	25	4	2	4	3	4	4	4
Kardiologi	25	5	1	4	5	4	3	3
Børne- og ungdomspsykiatri	19	14	1	0	3	0	0	1
Region Syddanmark	71	14	11	8	15	8	10	6
Ortopædkirurgi	31	4	6	4	4	4	5	4
Kardiologi	20	4	0	4	4	4	3	1
Børne- og ungdomspsykiatri	21	6	5	0	7	0	2	1
Region Sjælland	44	8	12	4	10	0	4	7
Ortopædkirurgi	-	-	-	-	-	-	-	-
Kardiologi	25	3	6	4	4	0	4	4
Børne- og ungdomspsykiatri	19	5	6	0	6	0	0	3
Region Hovedstaden	70	10	10	4	11	14	11	10
Ortopædkirurgi	25	3	4	4	3	5	3	3
Kardiologi	25	5	0	0	5	6	5	4
Børne- og ungdomspsykiatri	20	2	6	0	3	3	3	3

Kilde: Rigsrevisionen.

Stikprøverne er gennemgået med udgangspunkt i patientens indkaldelsesbrev(e) og oplysninger i patientjournalen. I vores gennemgang af de enkelte udredningsforløb har vi sammenholdt registreringerne om patientens forløb med de oplysninger, der fremgår af patientjournalen. Endvidere har vi haft fokus på, om patientens udredning er fortsat efter, at sygehuset har vurderet og registreret patienten som færdigudredt. Denne del af gennemgangen er foretaget ud fra den definition af færdigudredt, som fremgår af *Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter*. Dvs. at patienten kan registreres færdigudredt, når patienten kan informeres om, at mistanke om sygdom er afkræftet, *eller* patienten kan informeres om tilstanden eller sygdommens karakter, *og* patienten kan informeres om, at der anbefales observation, behandling eller ingen behandling. Hvis forløbet afsluttes med en anbefaling om behandling, kan patienten først betragtes som færdigudredt, når patientens tilstand er afklaret i en sådan grad, at patienten kan informeres om behandlingsmuligheder, jf. vejledningens afsnit 2.1.1. Hvis der i patientjournalen stod "udredning", "videre udredning" eller formuleringer om, at videre undersøgelser bør foretages for at afklare symptomer efter, at patienten er registreret færdigudredt, har vi vurderet, at udredning er fortsat efterfølgende. Vi har ved gennemgangen endvidere lagt vægt på, at igangsættelse af indledende behandling ikke er tilstrækkelig til, at patienten kan vurderes færdigudredt, jf. vejledningens afsnit 2.1.3, hvor det fremgår: *"Behandling kan også iværksættes som led i udredning, for eksempel ved vurdering af behandlingsrespons på given specifik behandling i forbindelse med diagnostisk afklaring. Selvom der i sådanne tilfælde er iværksat en vis behandling, er udredningen uafsluttet, og patienten vil derfor fortsat være under udredning og derfor omfattet af reglerne efter sundhedslovens § 82 b og § 87, stk. 1."*

Resultaterne af stikprøven er forelagt den enkelte region og afdeling, der har haft mulighed for at kommentere på vores resultater og fremlægge yderligere dokumentation i de tilfælde, hvor det ikke umiddelbart har fremgået, hvordan patientens udredningsforløb har udviklet sig.

Ekstern konsulent

Vi har til en del af undersøgelsen gjort brug af DEFACTUM, der er en uafhængig forsknings- og analyseenhed i Region Midtjylland. DEFACTUM har foretaget en kvalitativ brugerundersøgelse af patienters forståelse af sygehusenes indkaldelsesbreve med fokus på ret til hurtig udredning. Undersøgelsen er foretaget blandt udredningspatienter inden for det kardiologiske speciale og omfatter patienter fra 4 af de 5 regioner. Region Hovedstaden og Region Sjælland bruger begge Sundhedsplatformen, hvilket betyder, at de 2 regioners indkaldelsesbreve overordnet set er ens. Vi har på den baggrund valgt kun at medtage én af de 2 regioner i brugerundersøgelsen. Da den kardiologiske afdeling i Region Sjælland i undersøgelsesperioden ikke har sendt indkaldelsesbreve, der følger regionens egne retningslinjer for indkaldelse af udredningspatienter, er det Region Hovedstaden, der indgår i brugerundersøgelsen.

DEFACTUMs undersøgelse består af en gennemgang af de 4 regioners skabeloner til indkaldelsesbreve og gennemførelse af 62 telefoninterviews med udredningspatienter, hvoraf 25 har gjort brug af retten til at blive hurtigere udredt.

**Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om
Rigsrevisionens beretning om udredningsretten**
Bilag 1 - Side -49 af 67

Standarderne for offentlig revision

Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision. Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

Bilag 2. Sundhedsdatastyrelsens monitorering

Overholdelse af udredningsretten i 2. kvartal 2018 fordelt på årsager og regioner (somatik)

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden	Landsplan
Udredningsforløb i alt	20.734	43.069	51.418	15.210	38.306	168.737
Udredt inden for 30 dage	60 %	64 %	54 %	47 %	47 %	55 %
Udredt efter 30 dage:						
- Faglige årsager	4 %	1 %	5 %	7 %	4 %	4 %
- Afslag på tilbud	26 %	15 %	18 %	9 %	16 %	17 %
- Ønske om senere udredning	4 %	4 %	4 %	3 %	4 %	4 %
Udredningsret overholdt	94 %	84 %	81 %	66 %	71 %	80 %
- Manglende kapacitet	1 %	9 %	16 %	9 %	19 %	12 %
- Andre årsager	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
- Udredningsplan givet efter 30 dage	1 %	1 %	1 %	4 %	2 %	1 %
- Ingen udredningsplan	5 %	6 %	2 %	21 %	9 %	7 %
Udredningsret ikke overholdt	7 %	16 %	19 %	34 %	30 %	20 %

Note: Ifølge Sundhedsdatastyrelsen kan implementeringen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra ultimo november 2017 have indflydelse på data. Derudover kan regionale forskelle i registreringspraksis have indflydelse på de opgjorte indikatorer. Det gælder særligt indikatorer for overholdelse af udredningsretten, som er nye fra 4. kvartal 2016 og derfor under indfasning. Tallene i tabellen summerer ikke i alle tilfælde til 100 % på grund af afrunding.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens monitorering af udredningsretten.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 1 - Side -51 af 67

14 L Sundhedsdatastyrelsens monitorering

Overholdelse af udredningsretten i 2. kvartal 2018 fordelt på årsager og regioner (psykiatri)

	Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark		Region Sjælland		Region Hovedstaden		Landsplan	
	Børn og unge	Voksne	Børn og unge	Voksne	Børn og unge	Voksne	Børn og unge	Voksne	Børn og unge	Voksne	Børn og unge	Voksne
Udredningsforløb i alt	359	876	1.115	1.286	948	1.536	540	425	1.013	750	3.975	4.873
Udredt inden for 30 dage	43 %	74 %	88 %	77 %	83 %	79 %	62 %	64 %	27 %	75 %	64 %	76 %
Udredt efter 30 dage:												
- Faglige årsager	1 %	1 %	1 %	4 %	3 %	4 %	3 %	19 %	10 %	6 %	4 %	5 %
- Afslag på tilbud	46 %	13 %	2 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	5 %	3 %
- Ønske om senere udredning	4 %	7 %	6 %	8 %	11 %	12 %	2 %	7 %	5 %	4 %	6 %	8 %
Udredningsret overholdt	94 %	95 %	97 %	90 %	97 %	96 %	67 %	91 %	42 %	85 %	79 %	92 %
- Manglende kapacitet	0 %	1 %	2 %	7 %	0 %	2 %	1 %	2 %	46 %	5 %	12 %	4 %
- Andre årsager	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
- Udredningsplan givet efter 30 dage	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	2 %	2 %	3 %	3 %	1 %	1 %
- Ingen udredningsplan	5 %	3 %	2 %	2 %	2 %	1 %	29 %	6 %	10 %	6 %	8 %	3 %
Udredningsret ikke overholdt	5 %	4 %	4 %	10 %	3 %	3 %	32 %	10 %	59 %	14 %	21 %	8 %

Note: Ifølge Sundhedsdatastyrelsen kan implementeringen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra ultimo november 2017 have indflydelse på data. Derudover kan regionale forskelle i registreringspraksis have indflydelse på de opgjorte indikatorer. Det gælder særligt indikatorer for overholdelse af udredningsretten, som er nye fra 4. kvartal 2016 og derfor under indfasning.

Tallene i tabellen summerer ikke i alle tilfælde til 100 % på grund af afrunding.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens monitorering af udredningsretten.

Bilag 3. Hjemmesiden mitsygehusvalg.dk

Udsnit fra hjemmesiden mitsygehusvalg.dk for CT-skanning af hjertet i Region Hovedstaden, august 2018

Sygehus/klinik (5)	✓ Ventetid til undersøgelse ✓	✓ Antal patienter pr. år ✓	✓ Overordnet patienttilfredshed ✓	✓ Tilfredshed med personalet ✓
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler Hjerteamb. afsnit 1, FRH (Frederiksberg) > Adresse m.m	1 uge(r)		4.3	4.3
Aleris-Hamlet Hospitaler Aleris-Hamlet, Søborg (Søborg) > Adresse m.m	1 uge(r)	65	4.6	4.6
Hospitalerne i Nordsjælland HI Billeddiagnostisk Overafd. (Hillerød) > Adresse m.m	2 uge(r)	691		
Herlev og Gentofte Hospital Radiologisk overafd. X (Herlev) > Adresse m.m	13 uge(r)	876		
Herlev og Gentofte Hospital Hjertemedicinsk afdeling S, GE (Hellerup) > Adresse m.m			4.3	4.1
Sygehuse/klinikker der ikke har opdateret ventetider de seneste 30 dage (1)				
Herlev og Gentofte Hospital Hjertemedicinsk ambulatorium SA53S1 (Herlev) > Adresse m.m			4.3	4.3

Bilag 4. Regionernes indkaldelsesbreve

Region Nordjyllands indkaldelsesbrev



REGIONSHOSPITAL NORDJYLLAND
– i gode hænder

Regionshospitalet Nordjylland, Bispensgade 37, 9800 Hjørring

Klinik Medicin
Hjertemedicinsk
Henviseenheden

Direkte: 97 64 24 42
Telefontid: 08.00–15.30
www.rhnordjylland.dk

Sagsnummer:

28. september 2017

Indkaldelse til hjerteundersøgelser

Du er blevet henvist til os. Vi vil derfor gerne se dig

Mandag d. 23.10.2017 kl. 11.00
hjerterytm-optagelse i 5 døgn (R-test-monitorering)

Mandag d. 06.11.2017 kl. 11.30
hjertereskanning
og svar på hjerterytm-optagelse ved læge

Medicinsk Ambulatorium, indgang 4, afsnit 202B, stueplan
Regionshospitalet Nordjylland
Bispensgade 37
9800 Hjørring

Forbered dig til aftalen – se siden "Husk"

For at vi kan behandle dig, er det vigtigt, at du forbereder dig korrekt. På 'Husk'-siden har vi skrevet, hvad du skal forberede og medbringe til aftalen. Vær opmærksom på, at der kan være forberedelser, som du skal foretage i god tid inden.

Ring, hvis du ikke kan komme

Jo før, vi har dit afbud, jo bedre. Det giver os mulighed for at give din tid til en anden og finde en ny tid til dig snarest. Du finder telefonnummer og telefontid øverst i brevet.

Andre muligheder i sundhedsvæsenet

Vi har modtaget henvisningen fra din læge/afdeling den 26. september 2017. Vi kan ikke udrede/undersøge dig inden for 30 dage. Du har derfor ret til at blive udredt/undersøgt på et andet offentligt hospital eller hos visse private hospitaler (ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg). Se på siden "Dine rettigheder som patient", hvilke hospitaler der kan udrede/undersøge dig, og kontakt Enheden for Sygehusvalg

hurtigst muligt på tlf. 97 64 80 20, hvis du ønsker at gøre brug af denne mulighed.

Med venlig hilsen

Hjertemedicinsk Afsnit



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

Dine rettigheder som patient

HER KAN DU LÆSE OM NOGLE AF DE GENERELLE PATIENTRETTIGHEDER. IKKE ALLE RETTIGHEDER GÆLDER I ALLE SITUATIONER.

Du har ret til hurtig udredning

Region Nordjylland skal udrede dig (undersøge hvad du fejler) inden for 30 dage fra den dato, hospitalet har modtaget din henvisning. Vi kan ikke udrede dig inden for 30 dage, men det kan **Aleris-Hamlet Hospitaler, Aalborg**. Hvis du ønsker at benytte dig af denne mulighed, skal du hurtigst muligt kontakte Enheden for Sygehusvalg. Vær opmærksom på, at ventetiden kan ændre sig, fra du har modtaget dette brev. Der kan desuden være særlige forhold i din situation, som betyder, at Enheden for Sygehusvalg vil anviser dig et andet hospital.

Du har som udgangspunkt ret til frit sygehusvalg

Du har som udgangspunkt ret til frit at vælge mellem alle offentlige hospitaler i hele landet. Vil du benytte dig af dit frie sygehusvalg, så kontakt Enheden for Sygehusvalg.

Du kan have ret til udvidet frit sygehusvalg

Hvis der er mere end 1 måneds ventetid på udredning/undersøgelse eller behandling, kan du have mulighed for at vælge et andet offentligt hospital eller visse private hospitaler. Vil du undersøge muligheder for udvidet frit sygehusvalg, så kontakt Enheden for Sygehusvalg.

Du har ret til viden om ventetider

På www.mitsygehusvalg.dk kan du se ventetider på de offentlige hospitaler.

VIL DU UNDERSØGE DINE MULIGHEDER FOR BEHANDLING ET ANDET STED?

Enheden for Sygehusvalg

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
Tlf. 97 64 80 20
Telefontid: Mandag – fredag 9.00 – 12.00

Bor du ikke i Region Nordjylland, skal du henvende dig til din hjemregion.

Kørsel til og fra hospitalet

Som udgangspunkt skal du selv sørge for kørsel til og fra hospitalet og selv betale kørselsudgifterne. I enkelte tilfælde kan du have ret til at få tilskud til dine kørselsudgifter eller blive kørt til hospitalet.

Benytter du frit sygehusvalg eller udvidet frit sygehusvalg til et offentligt eller privat hospital, som ikke er en del af Region Nordjyllands behandlingstilbud, skal du selv sørge for og selv betale kørslen.

Du kan eventuelt være berettiget til kørselsgodtgørelse. Hvis du er berettiget, skal du bede om en kørselsblanket på den afdeling, hvor du har været til undersøgelse eller behandling.

Hvis du er berettiget til kørsel ind til hospitalet, skal du ringe til Kørselskontoret.

Region Nordjyllands Kørselskontor

Fyrkildevej 7
9220 Aalborg Øst
Tlf. 97 64 80 30
Telefontid: Mandag – fredag 8.00 – 12.00

HAR DU SPØRGSMÅL TIL DINE RETTIGHEDER?

Patientkontoret

Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
Tlf. 97 64 80 10
Telefontid: Mandag – fredag 9.00 – 12.00



Læs mere om kørsel og dine rettigheder som patient på www.patientrettigheder.rm.dk

Region Midtjyllands indkaldelsesbrev

Regionshospitalet Viborg
Heibergs Allé 4, DK-8800 Viborg

Regionshospitalet Viborg
Hjerteklinik

midt
regionmidtjylland

Kære

1. marts 2018

Vi har 22. februar 2018 modtaget en henvisning fra Lægehuset i
Vi kan derfor tilbyde dig tid til hjertemedicinsk vurdering i vores
Hjerteklinik:

U SI

onsdag d. 6. juni 2018 kl. 9.00
Hjerteklinik Viborg, 6. etage
Regionshospitalet Viborg
Heibergs Allé 4, 8800 Viborg

Andre muligheder

Se hospitalernes ventetider på
www.mitsygehusvalg.dk

Mulighed for at vælge et andet hospital

Du har ret til at få undersøgt, hvad du fejler, inden for 30 dage fra den dato, hvor vi modtog din henvisning. Det kan vi desværre ikke her på hospitalet.

Du kan blive udredt inden for 30 dage på **Regionshospitalet Silkeborg**.

Hvis du ønsker at benytte denne mulighed, skal du hurtigst muligt kontakte os.

Så vil vi sørge for at kontakte Regionshospitalet Silkeborg, som herefter vil sende dig en ny indkaldelse.

Fordi Regionshospitalet Silkeborg kan undersøge dig inden for 30 dage, har du ikke ret til at vælge et privathospital (udvidet frit sygehusvalg).

Læs om dine rettigheder

Læs mere om dine rettigheder som patient på www.info-udredning.rm.dk

Det skal du gøre inden undersøgelsen

- Medbring en medicinliste, hvorpå du har noteret præparatnavn og dosis, såfremt du får medicin.

Sådan foregår undersøgelsen

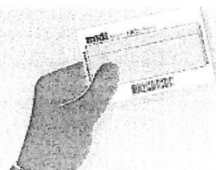
Informationer om undersøgelsen er vedlagt dette brev, såfremt vi har informationsmateriale, som vil være relevant for dig. Konsultationen vil tage ca. 45 minutter. Du skal være forberedt på, at der kan være ventetid før undersøgelsen.

Sådan gør du, når du kommer til hospitalet

Vejledning til hvordan du finder hjerteklinikken og hvor du kan parkere, kan du se på vedhæftede oversigtskort.

Ved indgangen til venteværelset i Hjerteklinikken skal du registrere din ankomst ved ankomst-skanneren.

Skan sundhedskortet, når du kommer hen på afdelingen. Så ved vi, du er kommet.



Giv besked, hvis du ikke kan komme

Hvis du ikke kan komme til aftalen, så ring til os så hurtigt som muligt på telefon 7844 8210. Så kan vi tilbyde tiden til en anden patient.

Med NemID kan du logge ind på booking.rm.dk og se dine kommende og tidligere tider. Det fremgår tydeligt på booking.rm.dk, hvis du selv kan flytte en tid.

Sådan kommer du til hospitalet

Hovedreglen er, at du selv skal sørge for at komme til og fra hospitalet. I særlige tilfælde kan du få et tilskud til dine kørselsudgifter eller blive kørt med Region Midtjyllands patientbefordring.

Hvis du ikke har adgang til offentlig transport, giver det dig ikke automatisk ret til kørsel og/eller kørselsgodtgørelse.

Du kan læse mere i pjecen "Kørsel til og fra hospitalet" på www.ph.rm.dk/borger/korsel-til-og-fra-hospitalet/

Ring til os, hvis du har spørgsmål

Du er altid velkommen til at ringe til os på telefon 7844 8210.

Vi træffes mellem klokken 08.00 og 12.00.

Får du det dårligere før aftalen, så kontakt din egen læge.

Med venlig hilsen

Lægesekretær

Udredning

Dine rettigheder som patient

Få stillet en hurtig diagnose (ret til hurtig udredning)

Som patient har du ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis du ikke kan blive udredt på et hospital i Region Midtjylland eller på ét af de private hospitaler, vi samarbejder med, kan du vælge at komme på privathospital (udvidet frit sygehusvalg).

Hvis det ikke er muligt at udrede dig inden for 30 dage, skal du have en udredningsplan.

Læs mere på www.udredning.rm.dk.

For at du kan vælge et privathospital, skal der være en aftale mellem regionerne og privathospitalet om behandlingen. Og ventetiden til behandlingen må ikke overstige ventetiden på Region Midtjyllands hospitaler eller på ét af de private hospitaler, vi samarbejder med.

Det er den region, du bor i, der har ansvaret for at udrede dig. Hvis du vælger at komme på et hospital i en anden region, kan du ikke være sikker på at blive udredt inden for 30 dage.

Vælg et andet offentligt hospital (frit sygehusvalg)

Som patient kan du som udgangspunkt frit vælge mellem alle offentlige hospitaler i hele landet. En hospitalsafdeling kan dog afvise patienter, hvis afdelingen har væsentligt længere ventetid end andre lignende afdelinger.

Det er den region, du bor i, der har ansvaret for at udrede dig hurtigt. Hvis du vælger at komme på et hospital i en anden region, kan du derfor ikke være sikker på at blive udredt inden for 30 dage.

Hvis du ønsker at vælge et andet offentligt hospital, kan du kontakte afdelingen/hospitalet på det telefonnummer, du har fået oplyst i indkaldelsesbrevet.

Læs mere på www.valgafsygehus.rm.dk.

Kørsel

Hvis det er nødvendigt at henvise dig til et andet hospital for at kunne udrede dig inden for 30 dage, vil du have ret til kørsel eller kørselsgodtgørelse. Du skal selvfølgelig stadig opfylde de almindelige betingelser. Dem kan du læse mere om i pjecen "Kørsel til og fra hospitalet" på www.befordring.rm.dk.

Hvis ingen hospitaler kan overholde fristen på 30 dage og du vælger at komme på privathospital (udvidet frit sygehusvalg), er hovedreglen, at du selv skal sørge for at komme til og fra hospitalet.

Patientkontoret i Region Midtjylland

Har du brug for råd og vejledning om dine rettigheder som patient, kan du ringe til Patientkontoret på 7841 0444. Læs mere på www.patientkontoret.rm.dk, hvor du også kan sende en sikker mail.

Hvis du ikke bor i Region Midtjylland, skal du kontakte patientkontoret i den region, du bor i, for at få information om dine muligheder: www.andreregioner.rm.dk.

Patientkontoret, oktober 2016

regionmidtjylland **midt**

Region Syddanmarks indkaldelsesbrev

Sygehus Lillebælt

Returadresse: Patient- og Serviseekretariat K1, Sygehusvej 24, 6000 Kolding

SLB Hjerterednings Ambulatorium (Vejle)

Beriderbakken 4, 7100 Vejle
Telefon: 79406417

Send sikker mail via afdelingens hjemmeside
CPR-nr.:
23. oktober 2018

Vi har modtaget din henvisning den 22-10-2018, og har givet dig en tid:

mandag den 19. november 2018 kl. 08:15
Mødested, Hjertemedicinsk Ambulatorium

Beriderbakken 4, 7100 Vejle

Som patient har du ret til at få undersøgt, hvad du fejler (ret til udredning) inden for 30 dage, fra vi har modtaget din henvisning. Her i afdelingen kan vi ikke leve op til den frist, men det kan Hjertemedicinsk Afdeling, Friklinikken, Grindsted.

Hvis du ønsker at blive undersøgt på Hjertemedicinsk Afdeling, Friklinikken, Grindsted, i stedet for hos os, skal du hurtigst muligt ringe og aftale det med os på telefon 79406417.

Læs mere på siden *Patienters Rettigheder*.

Før du kommer

Det er vigtigt, at du - eller en af dine nærmeste - læser informationerne her i brevet og i eventuelle bilag. Vi kan have brug for oplysninger fra dig, og der kan være vigtig information om forberedelser, du skal gøre dig forud for dit besøg. Dine forberedelser kan have afgørende betydning for, om vi kan gennemføre undersøgelsen eller behandlingen.

Dette er en tid til ultralydsscanning af dit hjerte. I den vedhæftede folder kan du læse om, hvordan undersøgelsen foregår.

Afbud

Er du forhindret i at komme, skal du ringe afbud på 7940 6397 (Telefontid er kl. 8-11 og 13.30 - 14.30). Du er også velkommen til at ringe til os, hvis du har spørgsmål om undersøgelsen.

Udfyld skema

Du skal udfylde vedhæftede spørgeskema, så godt du kan. Har du ikke mulighed for at printe spørgeskemaet hjemmefra, kan du ved ankomst få udleveret et skema her. Henvend dig i skranken. Vi beder dig udfylde skemaet inden undersøgelsen. Husk altid at medbringe en opdateret medicinliste.

Find os

Vi beder dig møde i Hjertemedicinsk ambulatorium, A540. Fra sygehusets forhal følger du den blå stribe i gulvet til Månetårnet. Hjertemedicinsk ambulatorium ligger på 4. sal.

Når du ankommer, skal du indscanne dit sundhedskort og tage plads i venteværelset. Vær forberedt på at der kan opstå ventetid.

Kørsel

Hvis du er berettiget til kørsel og har behov for dette, kan du bestille det her (telefontid kl. 8.00 - 15.00):



www.svgehuslillebaelt.dk

Brev: A UG SLB-Hjerte til FRI-Hjerte v9

Side 1 af 3

**Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om
Rigsrevisionens beretning om udredningsretten**
Bilag 1 - Side -59 af 67

CPR-nr.

Bor du i Region Syddanmark.....tlf: 79 40 67 43
Bor du i Region Midtjylland.....tlf: 70 23 62 48

Meld afbud i god tid - så kan en anden få glæde af tiden.

Venlig hilsen

Sygeplejerske



Brev: A UG SLB-Hjerte til FRI-Hjerte v9

www.syggehuslillebaelt.dk

Side 2 af 3

CPR-nr.

PATIENTERS RETTIGHEDER

Du har rettigheder som patient

Sundhedsloven giver dig en række rettigheder som patient. Nogle af dem er beskrevet på denne side. Du kan læse mere på www.regionssyddanmark.dk/patientrettigheder.

Du har ret til udredning inden for 30 dage

Det betyder, at vi skal undersøge dig, og finde frem til hvad du fejler, inden for 30 dage fra den dag vi har modtaget din henvisning. Det kan vi ikke tilbyde dig her i afdelingen, se på forreste side hvor de kan. Hvis du vælger at tage imod den tid, vi har tilbudt dig, skal du være opmærksom på:

- Vi udreder dig så hurtig vi kan. Hvis der bliver brug for flere besøg end det planlagte, vil du få udleveret en udredningsplan over det videre forløb eller som minimum tid og sted for næste undersøgelse.
- Ved afslutningen af din udredning bliver der taget stilling til, om du skal behandles.

Du har ret til viden om ventetider

På www.mitsvgehusvalg.dk kan du se, på hvilket sygehus ventetiden er kortest. Er oplysningerne om ventetider ikke tilgængelige på www.mitsvgehusvalg.dk, er du velkommen til at ringe til os for at få yderligere oplysninger. Vi kan også oplyse dig om, hvor mange undersøgelser eller behandlinger vi foretager af den type, du venter på (afdelingens telefonnummer står på forsiden).

Du kan frit vælge sygehus

Du kan frit vælge mellem de offentlige sygehuse i Danmark, der tilbyder den udredning og behandling, du har brug for (frit sygehusvalg). Offentlige sygehuse i de øvrige regioner kan afvise dig, hvis de har lang ventetid. Du kan kontakte os, hvis du ønsker din henvisning sendt til et andet sygehus (afdelingens telefonnummer står på forsiden).

Du kan være berettiget til transport

Som hovedregel skal du selv sørge for transport til sygehuset. Du kan dog være berettiget til tilskud til dine transportudgifter. Du kan også være berettiget til transport af helbreds-mæssige grunde. Du kan læse mere på www.regionssyddanmark.dk/patientrettigheder.

Du kan få flere oplysninger

Har du i øvrigt spørgsmål eller ønsker du pjecer med oplysninger om dine rettigheder tilsendt, kan du kontakte os (afdelingens telefonnummer står på forsiden).

Hvis du har spørgsmål om transportgodtgørelse eller vil bestille transport:
Kontakt Kørselskontoret

Tlf.: 7011 3111

Hvis du har brug for yderligere råd og vejledning om patientrettigheder, herunder ventetid og frit sygehusvalg m.v.:
Kontakt Patientkontoret

Tlf.: 7663 1490

Bor du uden for Region Syddanmark, skal du kontakte patientkontoret i din hjemregion.



Brev: A UG SLB-Hjerte til FRI-Hjerte v9

www.sygehuslillebaelt.dk

Side 3 af 3

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten
Bilag 1 - Side -61 af 67

Region Sjællands indkaldelsesbrev

Afd. for Børne og Ungepsykiatri • Ringstedgade 61 • Næstved 4700



Digital post fra Region Sjælland

Du har modtaget digital post fra et sygehus eller Psykiatrien i Region Sjælland.
Læs posten på næste side.

Hvis du er indkaldt til undersøgelse eller behandling kan du læse, hvor og hvornår du skal møde.
Hvis der er bilag er det vigtigt, at du også læser bilagene.

Vigtige bemærkninger til dig:

Vi har modtaget henvisning den 26.04.18 fra egen læge.

Hvis I har brug for hjælp inden første samtale, kan I kontakte Psykiatrisk Akutmodtagelse i Roskilde, hvor der kl. 8.00-22.00 er en vagthavende læge fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afd.

Alternativt kan I kontakte Psykiatrisk Akutmodtagelse i enten Slagelse eller Vordingborg.

Roskilde, tlf. 58537500 - Slagelse, tlf. 58536420 - Vordingborg, tlf. 58537030. Kom i god tid da det kan være vanskeligt at finde en parkeringsplads.

Det må forventes, at det ambulante besøg kan vare op til 3 timer.

Dine rettigheder som patient

Som patient har du en række rettigheder. Du har blandt andet frit valg mellem alle offentlige sygehuse. Hvis Region Sjællands sygehuse, eller de sygehuse, regionen samarbejder med, ikke kan tilbyde dig udredning (undersøgelse) inden for 30 dage, eller hvis du skal vente mere end 30 dage på behandling, kan du vælge at blive udredt eller behandlet på et privat aftalesygehus. Bemærk! Ventetidsreglerne gælder ikke ved undersøgelse og behandling til høreapparater, sterilisation og fertilitet.

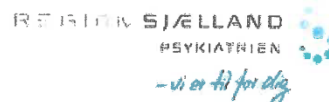
Læs mere om dine rettigheder på www.regionsjaelland.dk/rettigheder

Brug for hjælp til digital post

Hvis du har problemer med digital post, kan du kontakte e-Boks brugersupport.

Telefon 82 30 32 30

Telefontid: Hverdag, lørdag og søndag klokken 9 til 20. Helligdage klokken 10 til 15.



Indkaldelse

9. maj 2018

Du har tid til 1. samtale. Vi vil gerne se dig:

Dato og tid	tirsdag 5. juni, 2018 kl. 9:00
Sted	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik
Adresse	Psykiatrien i Region Sjælland Birkevænget 9 Opgang Z2 4300 Holbæk

Børn og unge under 18 år skal deltage i samtalen og altid ledsages af forældre eller anden repræsentant for forældremyndigheden. Forældremyndighedsindehavere skal give samtykke, før udredningen kan begynde.

Vil du aflyse eller ændre tiden?

Hvis du vil aflyse eller ændre tiden, skal du ringe til os på telefon 58 53 82 00, 08:00-15:00.

Du er også velkommen til at ringe, hvis du har spørgsmål.

Du har ret til at blive undersøgt (udredt) inden for 30 dage fra den dato, hvor vi modtog din henvendelse. Den tidsfrist kan vi i øjeblikket ikke overholde. Hvis du ønsker at gøre brug af din ret, skal du hurtigst muligt ringe til Visitationenheden for Psykiatri på tlf. 58 53 61 00, mandag-torsdag kl. 8.00-14.30, fredag kl. 8.00-13.30. Så kan vi oplyse dig om ventetid på andre sygehuse og dine muligheder for udredning inden for 30 dage. Venlig hilsen

Personalet
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik

REGION SJÆLLAND

PSYKIATRIEN

- vi er til for dig

Psykiatrien

Dine rettigheder som patient

Som patient i Psykiatrien har du en række rettigheder.

Find dem på www.regionsjaelland.dk/psykvis og få et overblik herunder.

Frit sygehusvalg

Som patient kan du frit vælge, hvilket offentligt behandlingssted du vil behandles på, hvis stedet tilbyder behandlingen. Rettigheder gælder under hele dit forløb.

Ret til udredning og behandling

Hvis du er henvist til Psykiatrien, har du ret til at blive udredt eller at komme direkte i behandling inden for en måned regnet fra den dag, vi har modtaget henvisningen.

Udvidet frit sygehusvalg

Hvis vi ikke kan tilbyde behandling inden for en måned efter gennemført udredning, har du ret til at blive behandlet på et privat hospital eller en privat klinik.

På www.sygehusvalg.dk kan du se de privathospitaler og -klinikker, vi samarbejder med.

Ønsker du at benytte det udvidede frie sygehusvalg

Så kontakt Psykiatrisk Visitationsklinik på telefonnummer 58 53 61 00

Vigtigt

Hvis du selv aftaler tid med et af ovenstående sygehuse/klinikker uden først at have kontaktet Psykiatrisk Visitationsklinik, kan Region Sjælland ikke refundere dine udgifter.

Hvis du vælger at benytte det udvidede frie sygehusvalg, skal du selv arrangere og betale transporten til behandlingsstedet.

Ventetid til første samtale

Du kan finde information om ventetider til første samtale på www.regionsjaelland.dk/psykvis.

Dine oplysninger

Vi udveksler helbredsoplysninger med din egen læge og andre sundhedspersoner, hvis det er relevant for din behandling. Du skal gøre os opmærksom på, hvis du ikke ønsker, at vi udveksler informationer.

Transport til og fra behandling

Du skal som udgangspunkt selv sørge for og betale for transport til og fra behandlingsstedet. Hvis du er i tvivl, så spørg din egen læge.

Du har ret til at blive kørt, hvis din tilstand gør det nødvendigt ud fra en sundhedsfaglig vurdering. Det er personalet i Psykiatrien eller egen læge, der vurderer dit helbred.

Du kan læse om reglerne på

www.regionsjaelland.dk/befordring.

Du kan også ringe til Befordringsservice :

Tlf. 70 15 35 15

Telefontid på hverdage:

Mandag, tirsdag, torsdag og fredag kl. 8-16.

Onsdag kl. 8-14.

Brug for hjælp?

Har du spørgsmål om ventetid og sygehusvalg, kan du kontakte den afdeling, der har indkaldt dig. Find kontaktoplysninger i indkaldelsen.

Har du spørgsmål til dine rettigheder, kan du kontakte Patientvejledningen: Tlf. 70 15 50 01

Telefontid på hverdage:

Mandag til torsdag kl. 9-13 og fredag kl. 9.30-13

Læs mere om Patientvejledningen, og se hvordan du sender sikker mail på

www.regionsjaelland.dk/patientvejledning.

Region Hovedstadens indkaldelsesbrev



Frederiksberg Hospital, Ndr. Fasanvej 57, 2000 Frederiksberg

Læs disse sider grundigt

Dette er vigtig information til dig som patient i Region Hovedstaden. Hvis du har spørgsmål til informationerne, er du velkommen til at kontakte din afdeling.

Forbered dig til en aftale

Hvis du skal forberede dig til en aftale, finder du oplysninger her. Det er vigtigt, at du forbereder dig godt, da forberedelserne kan være afgørende for det, der skal ske på dagen.

Vær opmærksom på bilag

Der kan følge et eller flere bilag med denne henvendelse, som også er vigtige at læse. Når du modtager digital post, åbner du bilag ved at gå tilbage til indbakken og klikke på hver enkelt. Hvis der er skemaer blandt bilagene, er det en stor hjælp, at du udfylder dem og tager dem med til din aftale. Har du ikke mulighed for at udskrive skemaer, kan du få dem udleveret, når du møder på afdelingen.

Få teknisk support

Hvis du har problemer med at åbne et bilag eller et skema, kan du kontakte e-Boks for teknisk hjælp på telefon 82 30 32 30.



4. oktober 2018

Indkaldelse

Vi har modtaget din henvisning d. 11-09-2018.

Vi vil gerne se dig til konsultation:

Dato og tid	onsdag 24. oktober, 2018 kl. 11:00
Sted	Hjerteafdeling Y, Hjereteambulatorium Y2
Adresse	Frederiksberg Hospital Nordre Fasanvej 57 Vej 4, Indgang 3, Etage: stuen 2000 Frederiksberg

Vil du aflyse eller ændre tiden?

Hvis du vil aflyse eller ændre tiden, skal du ringe til os på telefon
38 16 30 03, 08:00 - 15:00.

Du er også velkommen til at ringe, hvis du har spørgsmål.

Du har ret til at få undersøgt, hvad du fejler inden for 30 dage, fra du er henvist. Det kaldes også for udredning. Vi kan desværre ikke nå at udrede dig inden for 30 dage. Hvis du vil høre om ventetider og muligheder for at vælge et andet hospital, kan du kontakte en rådgiver i Sygehusvalg på telefon 38 64 99 00 på hverdage kl. 9.00-11.45, torsdage dog kl. 13.00-15.45. Du kan også sende en mail via www.regionh.dk/fritvalg Hvis du vil beholde din tid, skal du ikke gøre noget.

Venlig hilsen

Personalet
Hjerteafdeling Y, Hjereteambulatorium Y2

Frederiksberg Hospital
Hjerteambulatorium Y



Vigtige forberedelser inden dit besøg

- ! **Tag disse ting med til din undersøgelse**
 - En udfyldt medicinliste
 - Vedlagte spørgeskema i udfyldt stand
 - Vedlagte samtykkeerklæring i udfyldt stand

Værd at vide

- ➔ **Tag dit gule sundhedskort med**
Husk dit gule sundhedskort. Du skal bruge det i flere af hospitalets afdelinger til at registrere din ankomst.
- ➔ **Find vej på hospitalet**
Vi har vedlagt et oversigtskort, så du kan finde vej på hospitalet. Du kan også bruge vores find vej-app på en smartphone eller tablet. Gå ind på www.regionh.dk/findvej. Læs mere om at finde vej, muligheder for parkering og offentlig transport på www.frederiksberghospital.dk/find-vej
- ➔ **Læs om dine rettigheder**
www.regionh.dk/patientrettigheder
www.sundhed.dk
Sundheds- og Ældreministeriets pjecce: www.regionh.dk/sygehusvalg
- ➔ **Vælg et andet offentligt hospital – det frie sygehusvalg**
Du har som udgangspunkt frit sygehusvalg til offentlige hospitaler. Du kan kontakte en rådgiver i Sygehusvalg, som kan oplyse dig om dine muligheder for at få en tid på et andet hospital. Du kan ringe til en rådgiver på telefon 38 64 99 00 på hverdage kl. 9.00-11.45, torsdage dog kl. 13.00-15.45. Du kan også sende en mail via www.regionh.dk/fritvalg. Du kan se ventetider på www.ventefinfo.dk
- ➔ **Sørg selv for transport**
Du skal normalt selv arrangere og betale for din transport til og fra hospitalet. I enkelte tilfælde kan du have ret til at få hjælp til udgifterne eller til kørsel frem og tilbage. Kontakt afdelingen, hvor du har en aftale, hvis du er i tvivl. Læs mere om transport på www.regionh.dk/transport
- ➔ **Tilmeld dig NemSMS, og bliv husket på din aftale**
Du kan modtage en sms, der minder dig om din aftale med hospitalet. Du tilmelder dig NemSMS på www.borger.dk.
- ➔ **Ring, hvis du har brug for en tolk**
Har du behov for en tolk, skal du kontakte os så hurtigt som muligt. Vi sørger herefter for at booke en til dig

Måned år – f.eks: Maj 2016

Bilag 5. Ordliste

Akutmodtagelse	En fysisk lokalitet, der behandler patienter med akut opståede mindre skader.
Audit	En metode til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser vurderes på grundlag af konkrete patientforløb. Audit gennemføres som en stikprøvekontrol og er en proces, hvor data analyseres og vurderes, kvaliteten belyses, og der fremsættes forslag til eventuelle forbedringstiltag.
Frit sygehusvalg	Patienten kan ved udredning og behandling frit vælge mellem alle offentlige sygehuse og enkelte private specialsygehuse i Danmark.
Kardiologi	Betegnelse for speciale, der omfatter undersøgelse og behandling af hjertesygdomme.
Kontrolpatient	Patient, der har eller har haft en kendt sygdom, indkaldes med mellemrum til kontrol for at sikre, at sygdommen ikke forværres, og eventuelt at den rette behandling gives.
Monitorering af udredningsretten	Sundhedsdatastyrelsen monitorerer regionernes overholdelse af udredningsretten for Sundheds- og Ældreministeriet. Monitoreringen er baseret på regionernes registreringer i de enkelte patientforløb. Resultatet offentliggøres kvartalsvis på eSundhed.dk.
Ortopædkirurgi	Betegnelse for speciale, der omfatter den kirurgiske og ikke-kirurgiske behandling af skader samt medfødte og erhvervede lidelser i bevægeapparatet.
Patientjournal	Journal, som oplyser om patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling mv., herunder hvilken information der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet. Journalen føres for at sikre patientsikkerheden, idet den danner baggrund for information og behandling af patienten. Journalen fungerer som internt kommunikationsmiddel mellem sundhedspersonalet og sikrer kontinuitet i behandlingen.
Psykatri	Betegnelse for speciale, der beskæftiger sig med at forebygge, diagnosticere og helbrede psykiske sygdomme.
Somatik	Betegnelse for speciale, der beskæftiger sig med fysiske sygdomme.
Sundhedsplatformen	Et fælles it-system i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Formålet med Sundhedsplatformen er at erstatte en række gamle it-systemer med ét it-system, der samler tidstro informationer om patienterne for at sikre højere kvalitet i behandlingen.
Udredningsret	Patienters ret til at blive udredt inden for 30 dage, fra sygehuset har modtaget henvisningen, hvis det er fagligt muligt.
Udvidet frit sygehusvalg	Patientrettighed, der træder i kraft, når regionen ikke kan udrede/påbegynde behandling inden for 30 dage. Det udvidede frie sygehusvalg giver mulighed for at få udredning/behandling hurtigere, fx på et privathospital.
Visitation	En vurdering af, hvilken behandling og hvilke ydelser en patient har behov for, og hvem der skal udføre behandlingen.

NOTAT

Til: Sundheds- og ældreministeriet

Journal-nr.: 17035325
Ref.: klor

Dato: 14. december 2018

Udtalelse fra regionsrådet i forbindelse med ministerens redegørelse til Statsrevisorernes vedr. beretning nr. 3/2018 om udredningsretten

Det er Region Hovedstadens vurdering, at Rigsrevisionen har foretaget en grundig analyse af udredningsretten og at dette giver et godt grundlag for det fremadrettede arbejde med udredningsretten og ensretning regionerne imellem.

Statsrevisorernes såvel som Rigsrevisionen påpeger forhold, som er regionen bekendt, eksempelvis ift. definition af hvem der er udredningspatienter, og hvornår udredningen er afsluttet. Dette arbejder regionen målrettet på at forbedre, og regionerne er i fællesskab ved at udarbejde en fælles fortolkning af rettighederne med konkrete eksempler.

Statsrevisorerne anbefaler, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet sammen tilrettelægger den fortsatte implementering af udredningsretten, så patienter inden for alle specialer tilbydes hurtig udredning i overensstemmelse med lovgivningen. Region Hovedstaden bakker op om en fælles dialog mellem regionerne og Sundheds- og ældreministeriet om den fortsatte administration af udredningsretten, så der sikres enighed om administrationen af lovgivningen.

Ensrettet fortolkning af rettigheder i regionerne

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at der er forskel på, hvem regionerne definerer som udredningspatienter, og derfor hvem der får de rettigheder der hører med til at være udredningspatient. Samtidig viser undersøgelsen, at nogle patienter bliver registreret som færdigudredt selvom udredningen fortsætter. Det er særligt tilfældet i de medicinske specialer (fx kardiologi) og i psykiatrien, hvor udredning og behandling ofte overlapper hinanden. Det betyder, at nogle patienter ikke har fået et tilbud om hurtigere udredning et andet sted, som loven kræver.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om udredningsretten

Bilag 2 - Side -2 af 3

Overholdelse og registrering af udredningsretten er et højt prioriteret område i Region Hovedstaden. Læger, sygeplejersker og sekretærer i Region Hovedstaden bruger mange ressourcer på at registrere udredningsret, og der lægges betydelige ledelsesmæssige kræfter i at følge op på administrationen af rettighederne.

For at imødekomme Rigsrevisionens kritik er Region Hovedstaden gået sammen med de andre regioner om at sikre, at der på tværs af regioner er ens fortolkning af bl.a., hvem der er udredningspatienter og hvornår man er færdig med sin udredning.

Region Hovedstaden vil i den forbindelse gerne fremhæve, at regelgrundlaget er vanskeligt at administrere inden for specialer, hvor der ikke er en klar tidsmæssig afgrænsning mellem udredning og behandling. Her er målepunktet "færdigudredt" ikke entydigt, og dermed bliver grundlaget for monitoreringen usikkert.

Det er hensigten, at regionernes fælles fortolkning skal klarlægge en del af denne usikkerhed. For at sikre enighed om fortolkning af loven vil regionen gerne opfordre til, at ministeriet går i dialog med regionerne om dette.

Statsrevisorerne fremhæver, at overholdelsen af udredningsretten reelt kan være lavere, end monitoreringen viser. Region Hovedstaden vurderer, at regionens administration af udredningsretten generelt følger de nationale retningslinjer.

Region Hovedstadens vejledning lægger sig tæt op ad de nationale retningslinjer, der beskriver, at en patient er færdigudredt, når det konkrete behandlingsbehov er afdækket. Tilsvarende forventes den fælles regionale vejledning at gøre. Regionens task force for udredningsret arbejder på at få retningslinjerne implementeret i praksis inden for alle specialer. Men udredningsretten er kompleks at overføre til den kliniske praksis, og derfor vil der fortsat være et arbejde med at sikre, at rettighederne administreres i overensstemmelse med lovgivningen på tværs af regionens hospitaler og specialer.

Information til patienter

Ministeriet har udformet detaljerede krav til regionernes information af patienter. Rigsrevisionen fremhæver, at regionernes information generelt lever op til kravene.

Rigsrevisionen bemærker, at Region Hovedstaden ikke oplyser et navngivent alternativ tilbud, hvis regionen ikke kan færdigudrede patienten inden for 30 dage, men at patienten i stedet skal ringe til enhed for sygehusvalg for at få oplysninger om mulighed for hurtigere udredning på andre hospitaler. Regionens arbejder sammen med Region Sjælland på en teknisk løsning, så det bliver muligt at give patienterne et navngivent tilbud i overensstemmelse med

**Punkt nr. 4 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om
Rigsrevisionens beretning om udredningsretten
Bilag 2 - Side -3 af 3**

reglerne. Herunder at brevene lever op til ministeriets informationskrav og principper.

Rigsrevisionen peger på, at der generelt er udfordringer med, at mitsygehusvalg.dk ikke er opdateret. Region Hovedstaden følger opdateringerne af mitsygehusvalg.dk i den løbende ledelsesinformation og opdateringerne vil fremadrettet blive fulgt i regionens task force for udredningsret, for at få et tilfredsstillende niveau.

Ift. indkaldelse af børn og unge vil Region Hovedstaden gerne gøre opmærksom på, at det forsinker udredningen, at børn og unge ikke kan modtage indkaldelse i e-boks, men må vente på langsom postfremsendelse. Derfor opfordrer Region Hovedstaden til, at man fra ministeriets side arbejder for de nødvendige ændringer, således at elektronisk indkaldelse af børn og unge bliver mulig.

STATUSRAPPORT

Opgang B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38666056
Web regionh@regionh.dk

Journal-nr.:

Dato: 10. oktober 2018

Status på handlinger fra læringskulturanalysen november 2018

Region Hovedstaden har på baggrund af den tværgående analyse af meningitis og meningokoksygdom foretaget en analyse af læringskulturen, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

Analysens mål er at øge patientsikkerheden ved:

- Bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- Anvendelse af proaktive metoder
- Spredning af viden

Fokusområder var kultur, organisation, kompetencer, ledelse. Analysegruppen fandt frem til 9 handlinger med 18 konkrete underliggende indsatser, som blev godkendt af koncernledelsen d. 7. november 2017.

Den styrkede indsats på området er bakket op fra politisk hold. Regionsrådet bevilligede med budget 2018-2021 midler til risikomanageruddannelse og forbedringsprojekter for at styrke patientsikkerheden.

Kort overblik over nuværende resultater efter 9 måneder:

- Patientsikkerhedskulturmålingen er planlagt til at foregå 13. – 27. marts. 2019. Der tages stilling til inspirationsmateriale og opfølgningstilbud på FFK møde d. 5.12. 2018. (handling 1)
- Der er planlagt en fælles regional ledelsesudviklings dag d. 12. november med fokus på: Arbejdspladskultur, læring og patientsikkerhed. Der er tilmeldt 120 ledere (handling 4)
- Kvalitet og Patientsikkerhed er planlagt som en del af undervisningen for "Ledelse af medarbejdere for nye ledere" (handling 4)
- Københavns Universitet er udvalgt til at indgå i samarbejde om mastermodul for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer – mastermodul starter september 2019 (handling 4)
- Der er udarbejdet generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagere (handling 3)
- Der er udarbejdet materiale til at understøtte sundhedspersonale i at indgå i dialog med patienter og pårørende om utilsigtede hændelser (handling 6)
- Der er udarbejdet forslag til nyt analysekoncept for alvorlige utilsigtede hændelser med beslutningsstøttende redskaber, som er i test på Nordsjællands Hospital og i Akutberedskabet til d. 30. november. (handling 7)
- Der er udviklet en model for læring af erstatningssager, som er i test på Nordsjællands Hospital og Rigshospitalet. (handling 9)

Hermed følger status på de ni handlinger:

Handling nr. 1: Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen

1.A

Indsats: Udvikle indikatorer for måling af læringskultur i Region Hovedstaden.

Ansvarlige: Center for HR og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Status: Indikatorerne er udviklet indenfor tidsrammen. Koncernledelsen har besluttet på møde d. 1.3 2018, at regionen vil bruge det validerede redskab SAQ til måling af patientsikkerhedskulturen en gang årligt.

Tidsfrist: Udvikling af indikatorer er klar ved udgangen af januar 2018.

Målingen foretages 13.-27. marts 2019.

Læringskulturen er afgrænset til patientsikkerhedskulturen og læring indenfor dette felt. Det er på koncernledelses møde d. 1.marts 2018 besluttet at måle med SAQ (Safety Attitudes Questionnaire), der er et valideret redskab til måling af patientsikkerhedskulturen. SAQ-patientsikkerhed er udviklet til at måle patientsikkerhedskulturen ved hjælp af 8 korrelerede dimensioner/temaer med i alt 37 spørgsmål. Det tager gennemsnitligt 12 min for medarbejderne at besvare spørgeskemaet. Anvendelsen af dette validerede og anerkendte redskab giver endvidere mulighed for at generere forskningsdata om patientsikkerhed. Arbejdsgruppen har inkluderet ekstern sparring fra Solvejg Kristensen, som har skrevet Ph.d. om patientsikkerhedskultur og SAQ måling.

Analysegruppen og referencegruppen har givet input til, at ledelserne ønsker inspirationsmateriale til at kunne arbejde med patientsikkerhedskulturen, når resultater fra målingen leveres til afdelingerne. Derfor er der sikret et samarbejde med arbejdsgruppen for handling 1.B, der skal udarbejde inspirationsmateriale til ledelserne til understøttelse af en god patientsikkerhedskultur.

Koncernledelsen besluttede endvidere at teste processen for SAQ undersøgelsen, hvilket er foretaget på to afdelinger.

Formål med test af SAQ var at:

- Få testet processen
- Få input fra lederne om, hvad de har brug for af inspiration til at arbejde med patientsikkerhedskulturen, når resultaterne leveres.
- Afprøve metoder til at sikre en svarprocent >60 %

Testen viste at det tager ca. 12 min at besvare spørgeskemaet. Afdelingerne kunne godt genkende sig selv i svarerne. Der var nogle gode input til hjælpeetekster, som blev tilrettet. Der var ønske om at få hjælp til fortolkning af resultater, fx hjælp til at indkredse udvalgte spørgsmål eller fokusområder. Det var vigtigt for afdelingsledelserne at vide om der var kompetencer at trække på ud over egne med henblik på sparring i forhold til

resultaterne og indsatser. Der var et stort ønske om at Region H skaber en rød tråd i alle målinger, og et årshjul så man kan planlægge tid til opsamling på personalemøder.

Arbejdsgruppen har udarbejdet forskellige muligheder for opfølgningstilbud, som fremlægges for Forum for Kvalitet d. 5.12.

De vedtagne opfølgningstilbud udsendes med resultater til hospitaler og virksomheder, som kan vælge imellem tilbud til at understøtte ledelserne og kvalitetsorganisationen i opfølgning og planlægning af indsatser.

Den tekniske del af ved at være klar med opsætning og afrapporteringer, som testes i CAMES i november 2018.

Center for Kommunikation er involveret med henblik på kommunikationsplan og formidling.

1.B

Indsats: Ledelserne går forrest i understøttelsen af en god og anerkendende læringskultur med en undersøgende og nysgerrig tilgang til udredning og handling efter en utilsigtet hændelse. Der ønskes inspiration til ledelserne. Derfor udarbejdes inspirationsmateriale til ledelserne.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektionerne

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udarbejdelse af inspirationsmateriale i samarbejde med CAMES.

Status: I gang

Tidsfrist: Materialet lanceres med resultaterne af patientsikkerhedskulturmålingen i april 2019

Materialet skal indeholde metoder og redskaber til at arbejde med patientsikkerhedskulturen i afdelingerne med udgangspunkt i eksisterende metodikker suppleret med tilbagemeldinger fra lederne om, hvad de har behov for efter test af SAQ.

Arbejdsgruppe har indledt samarbejde med CAMES og Center for HR ledelsesudvikling med henblik på koordinering i forhold til andre initiativer og terminologier.

Der er udarbejdet et udkast til inspirationsmaterialet, som har været i høring i referencegruppen. Materialet tilrettes og Center for Kommunikation inddrages inden materialet sendes til godkendelse i Forum for Kvalitet primo 2019.

Den endelige version af inspirationsmaterialet vil foreligge, så det kan lanceres med resultaterne af patientsikkerhedskulturmåling i april 2019.

Handling 2 –Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering

2.A

Indsats: Etablere patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt på møder i koncernledelsen en gang i kvartalet. Punktet skal være en læringsdrøftelse med udgangspunkt i data om utilsigtede hændelser. Virksomhederne og Center for Sundhed leverer data til dagsordenspunktet.

Ansvarlige: Koncernledelsen

Status: er fuldført – Det er vedtaget at temaer fra PALV (potentielt og alvorlige hændelser) kommer på koncernledelsesmøder en gang halvårligt i stedet for en gang i kvartalet med henblik på tid til en forudgående kvalificering af anbefalinger fra Forum for Kvalitet.

Tidsfrist: Indføres i fjerde kvartal 2018

For at understøtte arbejdet med mønstre og tendenser klassificerer Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed de alvorligste utilsigtede hændelser med emneord ”PALV”. Disse hændelser bliver yderligere kategoriseret i en database, hvorfra hændelser kan aggregeres og præsenteres i regionale og nationale fora. Typekategoriseringen af hændelserne er dynamisk, og rummer altid hvilke Sundhedsfaglige Råd og komiteer hændelserne kan henføres til. I databasen samles ligeledes anonymiserede oplysninger om analyseresultater og læringstiltag. Virksomhedernes risikomanagere har adgang til databasen mhp. samarbejde og videndeling.

De regionale risikomanagere administrerer databasen, og samler grupper af hændelser og/eller årsagstyper, som videregives til relevante fora.

To gange årligt præsenteres generelle og/eller konkrete tendenser fra denne monitoring for koncernledelsen Disse præsentationer kan have orienterende karakter, eller danne oplæg for beslutning af konkrete indsatser til forbedring af patientsikkerheden. PALV præsenteres første gang i 4. kvartal 2018 for at sikre, at der er tilstrækkeligt valide data til at kunne se på mønstre og tendenser.

Det er besluttet at Forum for Kvalitet skal kvalificere og prioritere problemområderne og komme med anbefalinger til handling inden data fremlægges på koncernledelsesmøder. Forum for Kvalitet har det første datatræk på baggrund af de 850 eksisterende PALV hændelser på møde d. 22. oktober 2018, og herefter skal det på nærmest efterfølgende møde i koncernledelsen.

2.B

Indsats: Virksomhedsledelsernes sikrer, at der jævnligt bliver drøftet patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt i relevante fora i virksomhederne.

Direktion og afdelinger har et kontinuerligt overblik over deres utilsigtede hændelser, hvordan de handler og drager læring af hændelserne, samt hvordan hændelserne er integreret i forbedringsarbejdet.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektioner

Status: er fuldført

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

Alle hospitaler og virksomheder har meldt positivt tilbage i forhold til implementeringsstatus for indsatsen. Patientsikkerhed, herunder utilsigtede hændelser og patientsikkerhedsanalyser, drøftes med varierende form, hyppighed og fokus i alle direktioner, og andre relevante fora, såsom komiteer, råd, afdelingsmøder og tavlemøder med henblik på læring og identificering af hvilke forbedringstiltag, der skal iværksættes.

Flere steder er der et udviklingsarbejde i gang omkring præsentation af data og organisering, der understøtter læring og videndeling.

Der er en lang række tiltag i statusmeldingerne, som formentlig kunne tjene som en slags idébank og bidrage til vidensdeling mellem hospitalerne/virksomhederne. Statusbeskrivelserne er således samlet i et dokument, som deles med risikomanagere og kvalitetschefskredsen.

Handling 3 – Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

3.A

Indsats: Ledelserne sikrer at roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet er tydelige og tilpasses resultater af denne analyse.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektioner

Status: Er i gang

Tidsfrist: Igangsættes i første kvartal 2018

Alle hospitaler og virksomheder har mere eller mindre udførligt beskrevet, hvordan man sikrer tydelige roller og tydeligt ansvar i patientsikkerhedsarbejdet. Der er en lang række tiltag i statusmeldingerne, som formentlig kunne tjene som en slags idébank og bidrage til vidensdeling mellem hospitalerne/virksomhederne. Statusbeskrivelserne er således samlet i et dokument, som deles med risikomanagere og kvalitetschefskredsen.

Der er udarbejdet en generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagere i samarbejde med kvalitetschefer og risikomanagere, som er godkendt af Forum for Kvalitet d. 28. maj 2018.

Det er besluttet, at der ligeledes skal udarbejdes en generisk funktionsbeskrivelse for patientsikkerhedskoordinatorer (PSK) i første kvartal af 2019. Processen opstartes med udvikling af funktionsbeskrivelse for patientsikkerhedskoordinatorer i Akutberedskabet allerede i november 2018.

Handling 4 –Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patient-sikkerhedskoordinatorer

4.A

Indsats: Udvikle formaliseret uddannelse af risikomanagere i regionen, som på sigt kan løftes nationalt. Komplexiteten i patientforløb skal tænkes ind i uddannelsen, og den skal indeholde opdateret viden om proaktiv og reaktiv risikostyring.

Ansvarlige: Center for HR i samarbejde med kredsene af kvalitetschefer og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Status: Er i gang

Tidsfrist: Uddannelseskoncept skal være udarbejdet inden udgangen af 2018. Etablering af uddannelsen begyndes i 2019. Det forventes at holde tidsfristen.

Københavns Universitet er valgt som samarbejdspartner til mastermodulet indenfor eksisterende studieordning. Der er udviklet læringsmål og indhold, som er koordineret med øvrige indsatser i læringskulturanalysen. Modulet udvikles i 4. kvartal og udbydes februar 2019.

Der er tilmeldingsfrist i maj 2019.

Opstart af uddannelsen er i september 2019.

Ambitionen er at løfte dele af mastermodulet til at ledere og evt. patientsikkerhedskoordinatorer kan deltage, så man lærer sammen.

Der udvikles masterclasses på de områder, som ikke kommer med i mastermodulet. Masterclasses tilrettelægges, så flere medarbejdere kan kompetenceudvikles indenfor patientsikkerhed.

4.B

Indsats: Etablere undervisning i patientsikkerhed på lederuddannelsesprogrammer

Ansvarlig: Center for HR i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Status: Fuldført

Tidsfrist: Undervisningen er etableret ved udgangen af 2018.

Siden indsatsen blev formuleret, har Lederudvikling ændret både struktur og indhold. Der opereres ikke længere med et program ligesom ledelse af tværgående patientforløb ikke findes.

Der er indledt en dialog med Ledelses- og organisationsudvikling (L&O) om, hvordan vi med kompetenceudvikling understøtter ledelsen i at tage ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet, med kvalitetsorganisationen og risikomanagerne som stærke sparringspartnere. Det er besluttet, at patientsikkerhed skal på programmet for lederudvikling.

Der er planlagt en fælles regional ledelsesudviklings dag d. 12. november med fokus på: Arbejdspladskultur, læring og patientsikkerhed. Der er tilmeldt 120 ledere.

Kvalitet og Patientsikkerhed er planlagt som en del af undervisningen for ”Ledelse af medarbejdere for nye ledere” indhold er under udvikling.

4.C

Indsats: Sikre at analysens resultater integreres i indholdet på kursus for patientsikkerhedskoordinatorer (PSK)

Ansvarlig: Center for HR og CAMES i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patient-sikkerhed.

Status: Revision af kurset Nye patientsikkerhedskoordinatorer er påbegyndt. Det forventes at tidsfristen holdes.

Tidsfrist: Kurset revideres i fjerde kvartal 2018 med opstart i 2019.

Revision af kurset Nye patientsikkerhedskoordinatorer er påbegyndt. Revision er baseret på feedback fra tidligere kursister. I revisionen arbejdes fokuseret med de kompetencer, der knytter sig til opgaver med hhv. DPSD og hændelsesanalyser. Ønsket er at styrke patientsikkerhedskoordinatorernes forudsætninger for at indtage en mere aktiv rolle i afdelingen ved at blive i stand til at pege på relevante forbedringsområder og deraf styrke patientsikkerheden proaktivt og reaktivt. Dette gøres ved en omlægning af kurset med inddragelse af konkrete aktiviteter, som retter sig specifikt mod afdelingens behov.

Handling 5 –Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende

5.A

Indsats: Etablere et forbedringsprojekt, der pilottestes på et hospital. Projektet skal koble medarbejdere, patienter og pårørendes bekymringer og ideer om forbedringer af patientsikkerheden med de utilsigtede hændelser og det øvrige forbedringsarbejde.

Der skal udpeges et hospital, der udarbejder projektbeskrivelse. Det ønskes, at hospitalet arbejder med at udvikle en model for, hvordan der skabes mulighed for at integrere utilsigtede hændelser, bekymringer og ideer om patientsikkerheden i forbedringsarbejdet f.eks. via forbedringstavler og personlig feedback modeller.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: er i gang med

Tidsfrist: fjerde kvartal 2018

Kvalitetschefer fra områdehospitaler har udarbejdet en ramme for projektet. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har indmeldt to afdelinger, der gerne vil køre forbedringsprojekter med forskellig tilgang. De er i gang med udarbejdelse af projektbeskrivelser og regner med opstart i december 2018.

Der er afsat midler op til 200.000 kr. til projektet, som udmøntes til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital med økonomirapport 4.

Handling 6 –Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet

6.A

Indsats: I samarbejde med patientvejlederne at forbedre information til patienter og pårørende om muligheden for at rapportere UTH og få kontakt til afdelingsledelser via:

- Mere tydelig information i dialog med patienten og pårørende, og i materiale der udleveres til patienter og pårørende
- Link på forsiden af regionh.dk til rapportering af UTH

Ansvarlige: Virksomhedsdirektioner

EKP nedsætter en gruppe af patientvejledere og Center for Kommunikation med henblik på udvikling af generisk materiale

Status: Er fuldført

Tidsfrist: Tredje kvartal 2018.

Nationalt er 1% af de utilsigtede hændelser rapporteret af patienter eller pårørende. I Region Hovedstaden er det 3%. Med indsatsen forventes der en stigning over de næste år og arbejdsgruppen henstiller til, at antallet af rapporteringer følges.

Styrelsen for Patientsikkerhed har indgået i arbejdsgruppen med patientvejledere, lokale og regionale risikomanagere med henblik på koordinering med nationale tiltag. Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg og brugerråd har været inkluderet som sparring i forhold til delprocesser.

Der er udarbejdet en indsats for at understøtte de sundhedsfaglige i at indgå i dialog med patienter og pårørende om de utilsigtede hændelser. Der er udviklet en dialogpakke bestående af en kort film og dialogkort, der kan understøtte refleksion, videndeling og styrke dialogen med patienter og pårørende om utilsigtede hændelser. Denne dialogpakke er udsendt d. 19. september til hospitalerne i Region Hovedstaden.

Der er udviklet en national film og pjece til patienter og pårørendes om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Disse er udviklet af Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med regionerne og offentliggøres primo november.

D 15. november lancerer Region Hovedstaden en mini-kampagne med materialet på info-skærme på hospitaler samt på www.regionh.dk og regionens facebookside.

Rapporteringsskema er under revidering i Styrelsen for Patientsikkerhed og forventes klart forud for den kommende kampagne.

Styrelsen for Patientsikkerhed vil anvende indsamlet materiale fra Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg (PIU) og brugerråd til at udvikle en mere brugervenlig

hjemmeside. Desuden vil de sikre nemmere adgang til skemaet ved at lægge links ud på sundhed.dk og muligvis borger.dk

6.B

Indsats: Ved analyser skal der systematisk tages stilling til, hvordan patienter og pårørende involveres. Det kan enten forgå via interview, deltagelse i analysen eller kommentering af handleplaner.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektion

Status: er i gang

Tidsfrist: første kvartal

Flere hospitaler og Akutberedskabet har initiativer i gang med forskellige måde at involvere patienter og pårørende. Nogle tester systematisk involvering af patienter og pårørende i analyser på afdelingsniveau og i tværgående analyser mellem afdelinger. De gode initiativer deles med kvalitetschefskredsen og risikomanagerne med henblik på videndeling.

Nogle hospitaler har meldt tilbage, at der er brug for principielle udmeldinger om, hvordan patienter og pårørende kan inddrages i analyserne, og hvordan fortroligheden håndteres. Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed er ved at formulere en præcisering og uddybning af ordlyden af handlingen på foranledning af kvalitetschefskredsen, som forventes klar i løbet af efteråret 2018.

6.C

Indsats: Afdækning af muligheder for involvering af pårørende i patientsikkerhedsarbejdet f.eks. deltagelse i analyser, patientsikkerhedsrunder og staff meetings, som efterfølgende kan testes i forbedringsprojekt på et hospital.

Kompetencecenter for Patientoplevelser forestår udredningen, som forelægges Forum for Kvalitet med henblik på at udvælge forbedringsprojekt og hospital der pilottester.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet - Udredningen udarbejdes af Kompetencecenter for Patientoplevelser

Status: er i gang

Tidsfrist: Afdækning skal være foretaget inden udgangen af andet kvartal 2018

KOPA har udarbejdet en patientinddragelsesguide som kan være et af svarene på afdækningen af muligheder for involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet. Denne tænkes at kunne inspirere.

Handling 7 –Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring

7.A

Indsats: Udvikle nyt analysekoncept med henblik på hurtigere reaktion og bedre analyser ved alvorlige utilsigtede hændelser.

Analyseprocessen skal være faseopdelt i en akut fase og en dyberegående fase.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: er i gang

Tidsfrist: Udvikles i andet kvartal 2018, testes tredje kvartal 2018 og udbredes herefter til alle virksomheder.

Der er udarbejdet en nyt analysekoncept med beslutningsstøttende redskaber til både den akutte risikovurdering og den dyberegående analyse.

Analysekonceptet er ved at blive testet på Nordsjællands Hospital og i Akutberedskabet, hvilket giver en god indsigt fra to forskellige stærke virksomhedsprofiler.

Fokusområder i det nye analysekoncept er:

- At sikre et system for at ledelse og udvalgte involverede parter kan mødes hurtigt i den akutte fase og indenfor uger, hvis det besluttet at foretage en dyberegående analysen. Test virksomhederne beslutter, hvilke niveauer af ledelse der skal deltage i den akutte og dyberegående fase.
- At inddrage patient og pårørende
- At styrkevurdere handlinger med henblik på at sikre det er stærke handlinger
- At sikre implementering, opfølgning på handlinger og spredning af læring.

Der er udviklet følgende beslutningsstøttende redskaber:

- Action Card til systematiseret risikovurdering i den akutte fase
- Dialogredskab i forhold til beslutning om der skal foretages dyberegående analyser
- Procesbeskrivelse for dyberegående analyser
- Tjekliste til vurdering af styrken af handlinger

Testperioden forløber henover tre måneder med opstart ultimo august og afslutning 30.11 2018. Virksomhederne organiserer og tilrettelægger selv testen, så det passer ind i egen organisering. Erfaringer bruges til tilretning af konceptet, hvorefter konceptet sendes i høring på alle hospitaler og virksomheder. Efter høringsfasen sendes konceptet til godkendelse i Forum for Kvalitet, hvor der ligeledes planlægges spredning til alle virksomheder.

7.B

Indsats: Udarbejde idekatalog med ideer til spredning af læring i virksomhederne med henblik på at teste forskellige metoder for at optimere spredningen af læring.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udvikling af idekatalog i samarbejde med kvalitets- og forbedringschefer.

Status: er i gang

Tidsfrist: Idekataloget er udarbejdet ved udgangen af andet kvartal 2018 – indarbejdes i analysekonceptet.

Denne indsats er lagt sammen med ovenstående indsats om udvikling af nyt analysekoncept, så spredningsdelen indgår som en afsluttende del af analysekonceptet.

Alle risikomanagere har været inviteret med til en national workshop om ”Spredningsguiden”, som er udviklet af Center for Offentlig Innovation. <https://www.coi.dk/det-g%C3%B8r-vi/spred-innovation/spredningsguiden/> med henblik på at kunne bruge redskabet i arbejdet med spredning på hospitalerne og i virksomhederne.

Handling 8 –Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive og aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne

8.A

Indsats: Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder. Dertil udvikle/revidere metodiske læringssæt indenfor patientsikkerhedsmetodikker.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår arbejdet med metodekatalog og læringsæt i samarbejde med kvalitetschefskredsen og risikomanagernetværket

Status: er i gang

Tidsfrist: Metodekatalog skal være færdigt ved udgangen af 2018

Første udkast af metodekataloget er færdig og indeholder 4 metoder, som nu skal i høring hos risikomanagerne. Herudfra udarbejdes det endelige metodekatalog. Det forventes at tidsfristen holder.

Formatet på læringssæt er under udvikling og er ved at blive udarbejdet i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

8.B

Indsats: Udbrede metoder til at arbejde aggregeret med utilsigtede hændelser, herunder en præcisering af, hvornår der med fordel kan gennemføres en aggregeret analyse.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: opstartes primo 2019

Tidsfrist: flyttes til andet kvartal 2019

8.C

Indsats: Relancere proaktive metoder inden for patientsikkerhedsarbejdet eksempelvis:

Ansvarlige: Virksomhedsdirektionerne er ansvarlige for relancering.

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed samler materiale om proaktive metoder.

Status: Opstartes primo 2019

Tidsfrist: Relancering af de proaktive metoder er gennemført ved udgangen af andet kvartal 2019.

Handling 9 –Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

9.A

Indsats: Udvikle en model til læring af klage- og erstatningssager

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: er i gang

Tidsfrist: Modellen er udviklet med udgangen af 2018.

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udviklingsarbejdet i samarbejde med afdelingsledelser, sundhedsjurister fra administrationen og virksomhederne.

Monitorering: Forum for Kvalitet.

Modellen evalueres efter have været anvendt i et år.

Bestyrelsen i Danske Regioner har besluttet, at regionerne i samarbejde med Patienterstatningen skal udbygge den eksisterende trigger-mekanisme (Trigger 1), som udløses på afgørelser af erstatningssager på regions- og specialniveau, til også at omfatte hospitals niveau. Formålet er bedre og mere præcis information til hospitalerne om afgørelser om patienterstatning. Udbygningen af trigger-mekanismen skal give mulighed for hurtigere og mere systematisk opfølgning på de enheder, hvor skaderne er sket, og være med til at styrke patientsikkerheden. Udbygningen skal udgøre en styrkelse af det arbejde, der allerede i dag finder sted på hospitalerne og i regionerne.

I løbet af februar 2018 forelå model for Trigger 2, som per 1. marts og resten af 2018 skal fungere som en forsøgsordning, og herefter evalueres og indskrives i betænkning. Det er forventningen at ministeriet vil bede om løbende dokumentation af proces og effektmål.

Arbejdsgruppen har udviklet en model til læring af erstatningssager, som er i test. Der udvikles ligeledes en skærmet database, som alle risikomanagere har adgang til.

Grundlaget for modellen er samtænkning af læringsarbejdet og patientsikkerhedsarbejdet, fastholdelse af det lokale læringsperspektiv og sikring af tværgående spredning af viden og forbedringer.

Modellen testes i perioden 1. juni – 31. oktober 2018 på Nordsjællands Hospital og Rigshospitalet. Herefter justeres modellen ud fra de erfaringer testen har givet. Dette

skal forelægges kvalitetscheferne og derefter besluttet i Forum for Kvalitet. Implementering forventes påbegyndt januar 2019.

Næste status

Fremdriften af implementering af handlingsplanerne vil blive fulgt og præsenteret for koncernledelsen igen efter 12 og 24 måneder efter opstart af implementering af handlinger. Næste statusrapportering vil ligge i februar 2019.

Derudover har Sundhedsudvalget ønsket at følge handlingerne politisk. Der afgives statusrapportering til Sundhedsudvalget d. 28.november 2018

Analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerheds- arbejdet Region Hovedstaden

2017

Indhold

Indhold.....	2
Resume	3
Indledning og formål	5
Metode.....	7
Analysegrundlag.....	9
Analyse.....	11
Driver diagram med overblik over analyseresultater.....	14
Handlinger	16
Implementeringsplan	28
Opfølgning.....	29
Bilagsliste	30
Litteraturliste og vejledninger	31

Resume

En god og anerkendende læringskultur er en forudsætning for at kunne skabe forbedringer for patientsikkerheden. Hver enkelt utilsigtet hændelse (UTH) repræsenterer en problemstilling, som sundhedspersonale eller patienter og pårørende har oplevet som risiko for patientsikkerheden.

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet ulykkelige dødsfald grundet meningitis. Det har blandt andet ført til, at der i Region Hovedstaden har været en generel drøftelse af læringskulturen og håndteringen af utilsigtede hændelser. I den forbindelse ønskede Region Hovedstadens forretningsudvalg, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet. På baggrund af dette blev denne tværgående analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet udarbejdet.

Der blev nedsat et analyseteam ledet af koncerndirektør Svend Hartling. Teamet var bredt sammensat med deltagelse fra alle hospitalerne inkl. Psykiatrien, Den Præhospitale Virksomhed, Den Sociale Virksomhed, Center for HR/CAMES, administrationen, pårørende samt ekstern konsulent fra Implement.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen. Nærmere bestemt skal analysen undersøge, hvordan man kan bidrage til en forbedret patientsikkerhed gennem:

- Bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- Anvendelse af proaktive metoder
- Spredning af læring

Overordnet er der fem indsatsområder i analysen:

- **Fokus på ledelse og anerkendende læringskultur**

Der skal være større ledelsesinvolvering i arbejdet med utilsigtede hændelser, så denne del af patientsikkerhedsarbejdet kommer helt ind i kernen af ledelsen. Ledelsesbevågenhed på patientsikkerhedsarbejdet og en anerkendende læringskultur er en grundlæggende forudsætning for at opnå forbedringer af patientsikkerheden. Der skal udvikles indikatorer for måling af læringskulturen.

- **Kompetenceudvikling, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet**

Der skal udvikles en uddannelse for risikomanagere. Endvidere vil der være fokus på patientsikkerhed i lederuddannelsesprogrammer i regionen, så lederne i højere grad bliver klædt på til deres rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Roller og ansvar skal ligeledes være tydelige.

- **Medarbejderdrevet patientsikkerhed**

Patientsikkerhedsarbejdet skal integreres tæt på patienten ved anvendelse af medarbejdere, patienter og pårørendes løbende opmærksomhed, bekymringer

og ideer i forhold til patientsikkerhed. På den måde fremmes en bottom up tilgang i patientsikkerhedsarbejdet.

- **Involvering af patienter og pårørende**

Der skal være en større systematik i involvering af og samarbejdet med patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet. Patienter og pårørende skal ligeledes involveres i det proaktive arbejde med patientsikkerhed.

- **Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller**

Arbejdet med utilsigtede hændelser skal styrkes ved at gennemføre analyserne hurtigere, have en bredere palette af analysemetoder og ved at sikre udarbejdelse af stærke handlingsplaner. Endvidere skal der sikres de rette redskaber til at implementere handlingsplanerne, og at den læring der opnås efter en utilsigtet hændelse spredes. Der skal ligeledes fokus på at arbejde mere forebyggende med patientsikkerhedsarbejdet gennem anvendelsen af proaktive metoder.

Analyseteamet identificerede de fem ovenstående indsatsområder, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. På baggrund af indsatsområderne, er der udarbejdet ni handlinger med en række konkrete indsatser. De ni handlinger er:

1. Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen
2. Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering
3. Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
4. Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer
5. Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende
6. Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
7. Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring
8. Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne
9. Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager, hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

Implementering af handlingerne igangsættes fra første kvartal 2018, og handlingerne monitoreres overordnet via måling af læringskulturen. Fremdrift af handlingerne er forankret i Region Hovedstadens Forum for Kvalitet og følges på koncernledelsesmøder 6, 9, 12 og 24 måneder efter rapporten er godkendt. Det vil være Forum for Kvalitet, der fremlægger status på handlingerne på koncernledelsesmøderne.

Indledning og formål

For at kunne skabe forbedringer af patientsikkerheden forudsætter det en cirkulær proces med en anerkendende og analyserende læringskultur, stærke handlingsplaner, at forbedringer bliver indført samt at der er draget læring af de utilsigtede hændelser, og at denne læring bliver spredt.

Hver enkelt utilsigtet hændelse repræsenterer en problemstilling, som sundhedspersonale eller patienter og pårørende har oplevet som risiko for patientsikkerheden. Ifølge Sundhedsloven er sundhedsfaglige personer forpligtede til at rapportere, og regionerne er forpligtede til at modtage og drage læring af utilsigtede hændelser.

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet ulykkelige dødsfald grundet meningitis. Det har bevirket, at der blev iværksat en tværgående analyse i foråret 2017 - ”Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom”. Denne analyse identificerede eksempler på uhensigtsmæssig kultur om læring af fejl, som krævede nærmere afdækning. Endvidere har der været en generel drøftelse af læringskulturen og håndteringen af utilsigtede hændelser i Region Hovedstadens forretningsudvalg, som i den forbindelse ønskede, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet.

På baggrund af dette besluttede koncernledelsen at etablere en ny analyse med det formål at forbedre læringskulturen herunder inddrage risikomanagerens rolle.

I analysen blev det tydeligt, at fokus ikke alene skulle være på risikomanagerens rolle, men generelt på roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet. Analysen blev derfor udvidet til at omhandle læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen. Nærmere bestemt skal analysen undersøge, hvordan man kan bidrage til en forbedret patientsikkerhed gennem:

- Bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- Anvendelse af proaktive metoder
- Spredning af læring

En læringskultur¹ er kendetegnet ved:

- at man står ved og tager ansvar for fejl
- at man er åben overfor forandring, og at man altid kan blive klogere og dygtigere
- at man har en åben og ærlig kommunikation med konstruktiv feedback og kritik
- at man analyserer, hvad der har forårsaget eller bidraget til fejlen og forsøger at forstå, hvorfor fejlen er sket.
- at man forsøger at finde en løsning, som forhindrer at fejlen kan opstå igen

¹ <http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>

- at man lærer af sine fejl, så man ikke begår den samme fejl igen og igen.

Læringskulturen understøtter således patientsikkerhedsarbejdet.

Patientsikkerhed forbedres ved at anerkende, at behandlingen af patienter indgår i et komplekst system, hvor samarbejde og forståelse af risici er centrale elementer. Det er derfor vigtigt, at have fokus på et samspil af løsninger og samarbejde mellem ledere, medarbejdere, patienter og pårørende.

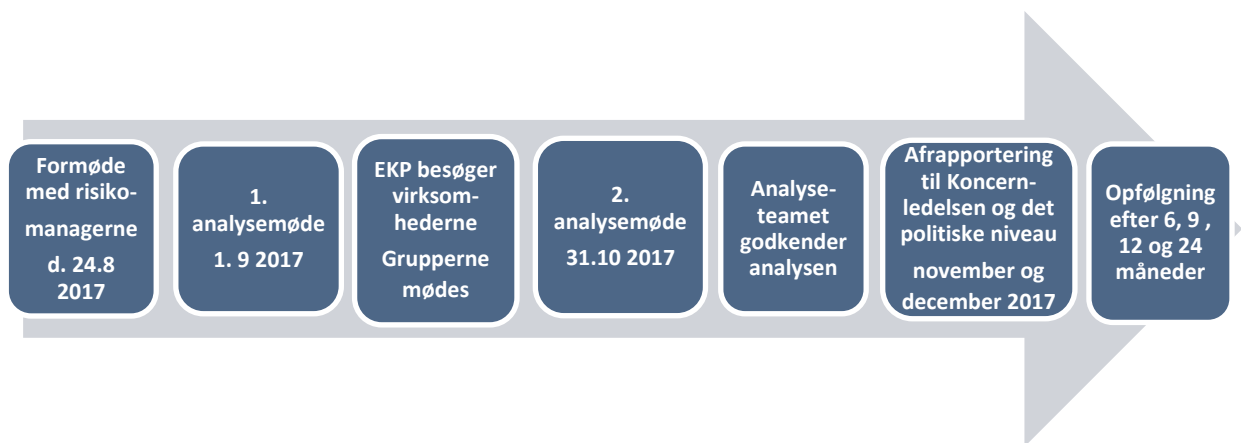
Virksomhederne i Region Hovedstaden har fokus på arbejdet med patientsikkerhed, og der er ligeledes mange initiativer i afdelingerne, som løfter arbejdet med patientsikkerheden. Men det kan blive bedre og mere systematisk med spredning af initiativer og forbedringer. Analyseteamet vil derfor undersøge, hvilke indsatsområder der kan gøre patientsikkerhedsarbejdet bedre.

Kommissoriet for analysen indehold følgende opgaver:

- analysere fordele og ulemper ved nuværende organisering af patientsikkerhedsarbejdet herunder risikomanagerens rolle
- drøfte hvordan vi udvikler og fastholder en god kultur for håndtering og læring af utilsigtede hændelser
- drøfte hvilke kompetencer vi ønsker i forhold til patientsikkerhedsarbejdet i organisationen
- stille forslag til forbedringer af kultur, organisation og risikomanagerens kompetencer, som vil øge patientsikkerheden
- stille forslag til monitorering af implementering og effekt af handlingsplaner fremkommet af analysen

Metode

Denne analyse blev gennemført med empiri fra formøder med risikomanagerne, oplæg, litteratur, virksomhedsbesøg, analysemøder og gruppearbejde mellem analysemøderne.



Figur 1 Analyseprocessen - Analysen forløb fra september til slutningen af oktober 2017.

Første analysemøde blev indledt med teammedlemmernes forventninger til analysen. Herefter var der oplæg om udvikling i læringskultur, organisering og forskellige roller indenfor patientsikkerhedsområdet, læringskultur fra et ledelses perspektiv og læringskultur fra et pårørende perspektiv med refleksioner i plenum efter hvert oplæg. Med afsæt i oplæg, refleksioner og fokusområderne kultur, organisation, ledelse og kompetencer arbejdede analyseteamet videre i mindre grupper med at drøfte udfordringer og indsatser indenfor patientsikkerhedsområdet. Efter mødet blev dette samlet i et katalog over indsatsområder. Analyseteamet blev inddelt i arbejdsgrupper, som mellem analysemøderne udarbejdede forslag til handlinger under de identificerede indsatsområder. På andet analysemøde blev handlingerne kvalificeret og prioriteret.

Region Hovedstadens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed var mellem analysemøderne på besøg i regionens virksomheder for at tale med kvalitetsorganisationerne herunder kvalitetschefen og risikomanagere om samarbejdet om patientsikkerhed internt i virksomhederne og med den regionale enhed. Derved blev der indhentet input til analysen fra samtlige dele af regionens virksomheder.

Analyseteam

Analyseteamet er udpeget og ledet af koncerndirektør Svend Hartling og Center for Sundhed. Det er sammensat af ledere på flere niveauer, kvalitetschefer, risikomanagere, klinikere, pårørende, Center for HR og en ekstern repræsentant fra Implement, som deltager med en rådgivende rolle i forhold til implementering af forbedringstiltag i sundhedsvæsenet. En del af medlemmerne fra analyseteamet fra den tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom er med, så læring fra denne analyse kan inddrages i arbejdet med læringskulturen.

Det er endvidere sikret, at alle hospitaler i Region Hovedstaden, Psykiatrien, Den Præhospitale Virksomhed og Den Sociale Virksomhed er repræsenteret.

Analyseteamet er sammensat bredt for at belyse emnet fra så mange vinkler som muligt og sikre, at analysens handlinger kan integreres i regionens organisation efterfølgende.

Deltagere i analysen er:

- Koncerndirektør (Formand)
- Hospitalsdirektør og formand for Forum for Kvalitet
- Regional kvalitetschef
- Seks vicedirektører
- Centerdirektør
- Klinikchef
- Ledende overlæge
- To ledende oversygeplejersker
- Udviklingssygeplejerske
- Reservelæge
- En pårørende
- Tre kvalitetschefer
- Risikomanager
- Sektionschef fra Center for HR
- Enhedschef fra CAMES, Center for HR
- Konsulent fra Implement
- To regionale risikomanagere
- Regional konsulent

Analysegrundlag

Grundlaget for analysen er international litteratur om patientsikkerhedsarbejde, erfaringer fra organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Region Hovedstaden, samt viden opnået i ”Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom”.

Analysens teoretiske grundlag:

Analyseteamet fik udleveret et udsnit af nyeste international litteratur om patientsikkerhed til inspiration:

- *A framework for Safe, Reliable and Effective Care (Frankel et al., 2017)*

Institute for Healthcare Improvement (IHI) har udviklet et koncept for et sikkert, pålideligt og effektivt sundhedssystem. Konceptet består af to domæner hhv. kultur og et lærende system, hvor ledelse er en komponent, der går på tværs af de to domæner. Kultur er her et produkt af individets og gruppes værdier, holdninger, kompetencer og adfærd, som former et stærk fundament, hvorpå der kan bygges et læringssystem. Et læringssystem er karakteriseret ved dets evne til at reflektere over sig selv og identificere styrker og svagheder både her og nu samt retrospektivt.

- *The problem with root cause analysis (Peerally et al., 2016)*

Kerneårsagsanalysen er en teknik til undersøgelse af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet lånt fra andre højrisiko industrier, men den har ifølge forfatterne ikke formået helt at leve op til forventningerne. Nogle af udfordringerne ved kerneårsagsanalysen er at selve navnet antyder, at der kan findes én årsag, at der er dårligt fungerende feedback loops og manglende læring på tværs af hændelser. Ved analyser af hændelser bør man derfor sikre, at de der udfører dem, har specialist kompetencer, at involvering af patienter og pårørende i undersøgelsen prioriteres, samt at implementering og evaluering af handlingsplaner bliver mere synlige i processen ved en kerneårsagsanalyse. For at maksimere effekten af læring skal læring på baggrund af hændelser, beskrivelse af implementerede handlingsplaner og deres effekt deles inden for og på tværs af organisationer.

- *Leading a culture of safety: A blueprint for success (Kaplan et al., 2017)*

Evidensbaseret koncept for ledere med redskaber og strategier til at skabe en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet i praksis. Den indeholder seks punkter, som ledere kan arbejde med for at udvikle og opretholde en sikkerhedskultur i organisationen. For eksempel at ledelsen skal opbygge tillid, vise respekt og fremskønne inklusion af medarbejdere samt patienter og pårørende, at den øverste ledelse skal være involveret i sikkerhedsarbejdet, samt at ledere er ansvarlige for at etablere et sikkerhedsmindset hos alle klinikere og medarbejdere.

- *The economics of patient safety (Slawomirski et al. 2017)*

OECD har udsendt en rapport om de økonomiske aspekter af patientsikkerhed. Konklusionen fra rapporten er:

Patientskade som følge af behandling er den 14. hyppigste årsag til 'sygdom' i det samlede globale sygdoms mønster. Blandt OECD landene udgør udgifterne som følge af patientskade 15% af de samlede hospitalsomkostninger. De fleste patientskader kan reduceres eller elimineres gennem systematiske forbedringer. Blandt de vigtigste forudsætninger for at opnå dette er udvikling og fastholdelse af positiv "Patientsikkerhedskultur". Ledelsernes involvering og visioner er grundstenene herfor.

- *Complexity Science in Healthcare (Braithwaite et al., 2017)*

Kompleksitetsteori viser, at sundhedssystemer ikke er lineære men komplekse systemer, der består af grupper af interagerende aktører, hvis interaktioner, aktiviteter her og nu samt over tid ændrer konteksten, udbyttet og adfærden både for andre og dem selv. Da sundhedssystemer i fremtiden vil blive mere og mere komplekse systemer, kan der være brug for at lære at anvende kompleksitetsteorier, når problemer skal løses fremfor at fortsætte med en mere traditionel lineær tilgang, som man tidligere har gjort.

- *Safer Healthcare –Strategies for the real world (Vincent og Amalberti, 2016)*

Bogen består af en samling af strategier for patientsikkerhed, hvor forskellige måder at arbejde med risikofaktorer og sikkerhed sættes ind i en bred ramme. Patientsikkerhed skal dog ikke tilgås på samme måde i forskellige kontekster. Patientsikkerhed skal derimod ses gennem patientens øjne for at vurdere, hvordan sikkerheden styres i forskellige kontekster, om det er på et hospital, i almen praksis eller i behandling i patientens hjem. Risikofaktorer og fordele ved behandlingen kortlægges i patientens vej gennem sundhedsvæsenet. Der skal være fokus på patienten og pårørende i analyse og anbefalinger. I fremtidens sundhedsvæsen, hvor mere og mere behandling foregår i patientens hjem, er der brug for en vision for patientsikkerhed med fokus på patienten og dennes omgivelser mere end på professionelle og hospitalers omgivelser.

Analysens empiriske grundlag består af:

- Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom
- Formøde med risikomanagerne fra virksomhederne (Bilag 2)
- Analyseteamets viden og erfaringer
- Oplæg ved første møde i analyseteamet
- Besøg i virksomhedernes kvalitetsorganisationer (Bilag 3)

Analyse

Med afsæt i det teoretiske og empiriske grundlag har analyseteamet ved gruppearbejde på første møde identificeret følgende indsatsområder:

- Ensartet god og anerkendende patientsikkerhedskultur
- Patientsikkerhed højere på dagsordenen ved større ledelsesprioritering
- Afklaring af roller og ansvar i forhold til patientsikkerhedsarbejdet
- Øgede kompetencer på patientsikkerhedsområdet
- Medarbejderdrevet patientsikkerhed
- Større involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Nytænkning af analyser samt spredning af læring
- Højere kvalitet af analyser og større fokus på det proaktive patientsikkerhedsarbejde
- Systematisk læring af klage- og erstatningssager

Disse blev samlet i nedenstående fem indsatsområder.

1. Fokus på ledelse og anerkendende læringskultur

Analysen har understreget vigtigheden af, at ledelsen tager ansvar for at sikre, at der er en god og anerkendende læringskultur, der kan fremme arbejdet med patientsikkerhed. Ledelsen har ansvaret for konkret at sikre, at der bliver taget hånd om utilsigtede hændelser, og fulgt op på de tiltag, der er sat i værk for at forebygge at en lignende utilsigtet hændelse gentages. Endvidere har ledelserne ansvaret for at være på forkant med proaktive metoder og forebygge, at der sker utilsigtede hændelser.

Læring er kulturelt dybt integreret i det sundhedsfaglige arbejde. I det daglige arbejde, sker der læring i mange situationer. Ledelsen er kulturbærer, og der er behov for, at der fra den øverste ledelse og ned igennem organisationen sættes fokus på læring for at understøtte den lærende kultur.

Det fremmer en åben, tillidsfuld og lærende kultur, når ledere går foran f.eks. ved at fortælle om egne erfaringer og fejl. Endvidere bør lederne være nysgerrige og indhente medarbejdernes oplevelser af de utilsigtede hændelser og deres forslag til handlinger. Derved sikres en anerkendende kultur, hvor medarbejderne oplever, at det er værdsat at tale om fejl. Der kan være behov for inspiration til, hvordan man som ledelse kan tydeliggøre den anerkendende læringskultur i handling. Det er ligeledes nødvendigt med et redskab til at kunne monitorere læringskulturen for at følge udviklingen og kunne sætte ind med forbedringer.

Ledelsesmæssigt er patientsikkerhed et højt prioriteret område, men området er kommet i konkurrence med mange andre områder hos den øverste ledelse. Der er derfor behov for at få patientsikkerhed højere på dagsordenen i alle ledelseslag.

2. Kompetenceudvikling, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

Det er ledelsen, der har ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet, med kvalitetsorganisationen og risikomanagerne som stærke sparringspartnere. Lederne kan hente viden, sparring og facilitering af analyser fra risikomanagerne. Risikomanageren skal derfor være klædt på til opgaven og have råderum til at løse opgaven. En forudsætning for dette er, at der er en funktionsbeskrivelse for risikomanagerfunktionen, samt at patientsikkerhed skal være risikomanagerens kerneopgave. Der ønskes derfor udarbejdet en generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagerfunktionen.

Analyseteamet har identificeret, at risikomanagerne har brug for kompetenceudvikling for at kunne honorere ovenstående funktioner i en nuværende kontekst, og det er derfor nødvendigt, at der udvikles en ny uddannelse til kompetenceudvikling af risikomanagere. Uddannelsen skal kunne rumme kompleksiteten i sundhedsvæsenet og den teknologiske udvikling. Det er vigtigt, at en ny uddannelse af risikomanagere bliver tilpasset de eksisterende og kommende udfordringer i fremtiden på patientsikkerhedsområdet f.eks., at der sker en udvikling mod korte forløb på hospitalet, at flere opgaver flyttes fra hospitaler til kommuner, og at der kommer udgående funktioner fra hospitalerne. Endvidere skal uddannelsen give kompetencer til proaktive risikovurderinger ved flytning af opgaver eller nyetablering af funktioner, opgaver eller projekter.

Virksomhederne efterspørger implementeringskompetencer, herunder viden om hvordan man skaber ændringer og viden om barrierer for at implementere handlingsplaner. Der er brug for, at der er implementeringskompetencer til stede i afdelingerne, så der kommer et øget fokus og viden om implementering i afdelingerne generelt. Virksomhederne foreslår derfor, at implementeringskompetencer skal være en del af kompetenceudviklingen både på uddannelse for risikomanager og på lederprogrammer.

Der er brug for en mere ensartet uddannelse i patientsikkerhedsarbejdet på flere niveauer. Der skal være fokus på patientsikkerhed i lederuddannelsesprogrammer i regionen, så lederne i højere grad bliver klædt på til deres rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Endvidere skal uddannelsen for de lokale kvalitetskonsulenter/patientsikkerhedskoordinatorer matche udviklingen i patientsikkerhedsarbejdet.

3. Medarbejderdrevet patientsikkerhed

Der skal være plads til, at medarbejdere kan komme med deres opmærksomhed, bekymringer og ideer til patientsikkerhedsarbejdet. Dette med henblik på at sikre en bottom up tilgang i arbejdet med patientsikkerhed, så patientsikkerhed bliver drevet af medarbejderne tæt på patienten. Der skal være plads til og mulighed for at alle, lige fra yngste til erfarne læge og sygeplejerske, kan komme med deres bekymring og forslag til forbedringer. Der skal være incitament til og bevidsthed om, at læring i dagligdagen er prioriteret højt.

4. Involvering af patienter og pårørende

Patienter og pårørende er eksperter i deres egne forløb og har en indsigt i forløb på tværs af enheder, funktioner og hospitaler, som sundhedsvæsenet kan drage stor nytte af. Flere kerneårsagsanalyser viser, at netop manglende lydhørhed overfor pårørendes bekymring er en faktor, der går igen i de konkrete hændelser. Det gælder i den tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom, men også i en aggregeret analyse af selvmord og alvorlige selvmordsforsøg. Patienter og pårørende skal derfor involveres i både det reaktive og proaktive patientsikkerhedsarbejde. I virksomhederne i Region Hovedstaden anvendes forskellige modeller. Der er brug for, at der udbredes metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende med inddragelse af specialister på området i form af Kompetencecenter for Patientoplevelser. Endvidere skal det indtænkes i de prægraduate uddannelser, hvorledes klinikerne uddannelsesmæssigt understøttes i at få involveret patienter og pårørende i samarbejdet om patientsikkerhed.

5. Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller

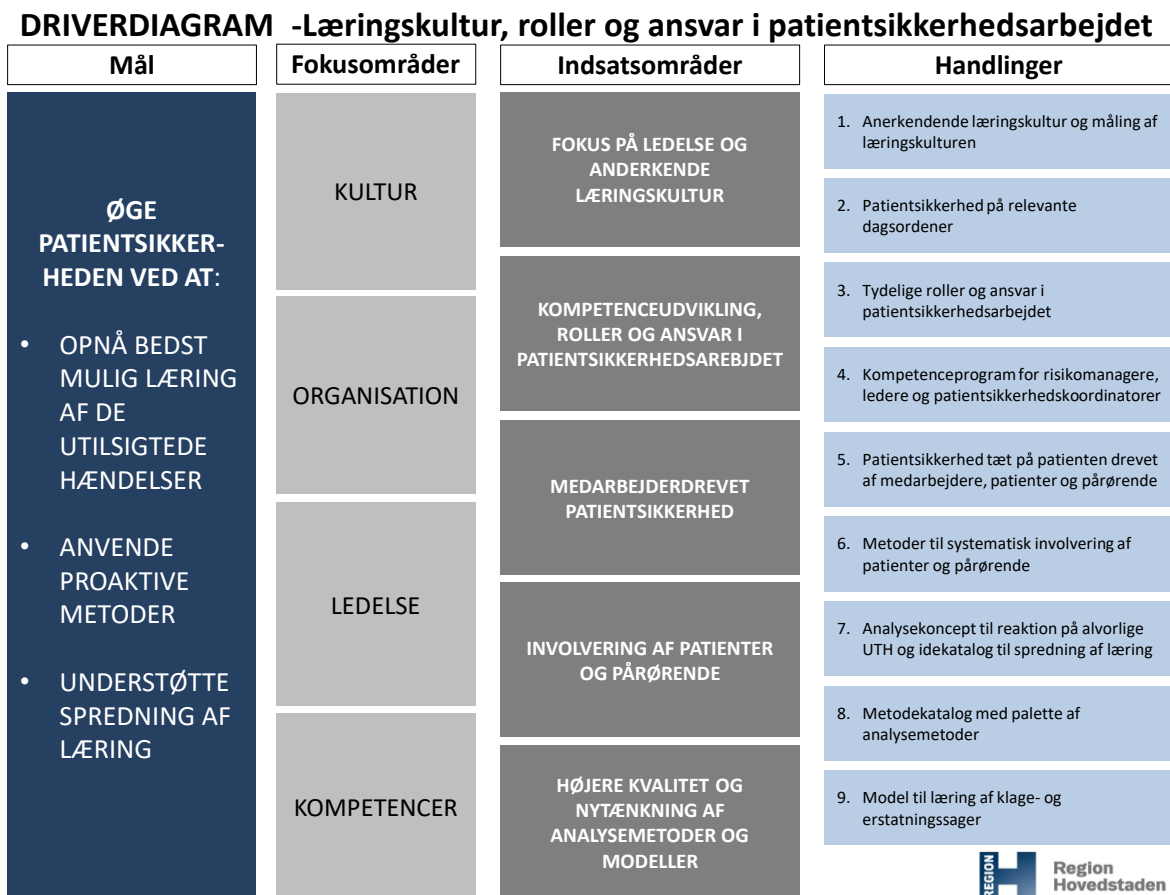
Arbejdet med utilsigtede hændelser skal styrkes ved at gennemføre analyserne hurtigere, have en bredere palette af analysemetoder og ved at sikre udarbejdelse af stærke handlingsplaner. Endvidere skal der sikres de rette redskaber til at implementere handlingsplanerne, og at den læring der opnås efter en utilsigtet hændelse spredes. Der skal ligeledes fokus på at arbejde mere forebyggende med patientsikkerhedsarbejdet gennem anvendelsen af proaktive metoder.

Det er vigtigt med muligheder for at kunne sprede læring, f.eks. direkte feedback, møder i netværk på tværs af afdelinger, på et hospital og i netværk på tværs af hospitaler. Spredning af læring skal tænkes både lokalt, regionalt og nationalt.

Der er endvidere en kilde til læring fra klage- og erstatningssager, som bør systematiseres.

Driver diagram med overblik over analyseresultater

Analyseteamet identificerede fem konkrete indsatsområder, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. Inden for indsatsområderne er der udarbejdet ni handlinger med en række konkrete indsatser.



Figur 2 Driverdiagram – læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

- Handling 1 - Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen
- Handling 2– Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering
- Handling 3- Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
- Handling 4 – Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer
- Handling 5 – Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/ pårørende samt koble UTH og forbedringsarbejdet

- Handling 6 - Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Handling 7 –Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring
- Handling 8 - Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne
- Handling 9 – Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

Alle handlinger beskrives nærmere i det følgende afsnit.

De ni handlinger skal ses som dele af en samlet indsats, der kan bidrage til at opnå det overordnede mål at øge patientsikkerheden. Det er ikke tanken, at de enkelte handlinger kan stå alene, men at synergien i at sætte ind på flere fronter gør, at målet kan opnås. Alle handlingerne skal yderligere kvalificeres, beskrives og udvikles af de ansvarlige for de enkelte handlinger i samarbejde med relevante aktører. Når de konkrete handlinger igangsættes, vil de ansvarlige få til opgave at udarbejde egentlig projektplaner. Disse planer vil indeholde konkrete aktiviteter, målpunkter og en specificering af opfølgnings- og justeringsproces for de enkelte handlinger.

Handlingernes succes afhænger derudover af ledelsesinvolvering – at ledelserne baner vejen, bakker op og bidrager i såvel det indledende udviklingsarbejde som i fastholdelsen af indsatserne.

Handlinger

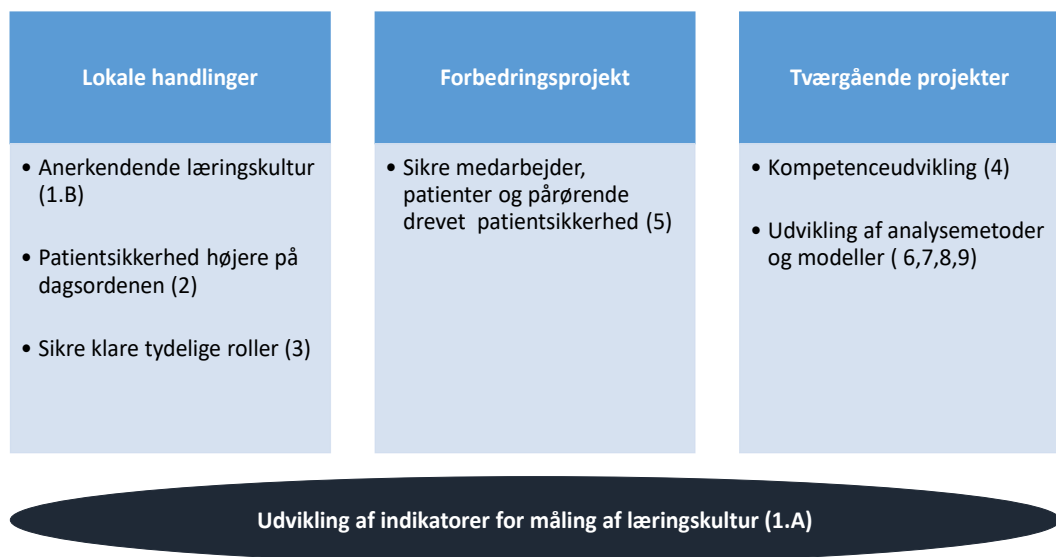
Analysens overordnede mål er at øge patientsikkerheden ved at:

- opnå bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- anvende proaktive metoder
- understøtte spredning af læring

Analysen har haft fire fokusområder: kultur, organisation, ledelse og kompetencer. På baggrund af mål og fokusområder har analyseteamet identificeret fem indsatsområder og ni handlinger med en række underliggende konkrete indsatser.

Handlingerne indeholder følgende større indsatser

- Lokale handlinger i virksomhederne
- Forbedringsprojekt
- Tværgående projekter



Figur 3 Overblik over handlinger

Handling 1 –Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen

1.A

Indsats: Udvikle indikatorer for måling af læringskultur i Region Hovedstaden.

Der skal tages stilling til, om der kan tages udgangspunkt i enkelte elementer fra patientsikkerhedskulturmåling i regionen fra 2006 samt i nedenstående kendetegn for en læringskultur.

En læringskultur² er kendetegnet ved:

- at man står ved og tager ansvar for fejl
- at man er åben overfor forandring, og det at man altid kan blive klogere og dygtigere
- at man har en åben og ærlig kommunikation med konstruktiv feedback og kritik.
- at man analyserer, hvad der har forårsaget eller bidraget til fejlen og forsøger at forstå, hvorfor fejlen er sket.
- at man forsøger at finde en løsning som forhindrer at fejlen kan opstå igen.
- at man lærer af sine fejl, så man ikke begår den samme fejl igen og igen.

Ambitionsniveau: At følge udviklingen i læringskulturen, og se om indsatserne har den ønskede effekt.

Tidsfrist: Udvikling af indikatorer er klar ved udgangen af januar 2018.

Baselinemåling gennemføres primo 2018 med opfølgende måling i januar 2019.

Ansvarlig: Center for HR og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Monitorering: Koncernledelsen og virksomhedsdirektioner følger målingerne med henblik på evaluering af indsatserne.

1.B

Indsats: Ledelserne går forrest i understøttelsen af en god og anerkendende læringskultur med en undersøgende og nysgerrig tilgang til udredning og handling efter en utilsigtet hændelse. Der ønskes inspiration til ledelserne. Derfor udarbejdes inspirationsmateriale til ledelserne med udgangspunkt i nedenstående tiltag og andre metoder, som allerede er i drift i afdelingerne.

Eksempler på mulige tiltag for ledelserne:

- Gå forrest med efterspørgsel af utilsigtede hændelser og dele egne utilsigtede hændelser
- Opfordre til at uhensigtsmæssige forløb og fejl bliver rapporteret som utilsigtet hændelse

² <http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>

- Efterspørge utilsigtede hændelser fast ved tavlemøder
- Have handlingsplaner fra analyse af utilsigtede hændelser på forbedringstavler
- Lære af afdelinger og andre hospitaler i forhold til løsning af problemområder
- Sparring af yngre læger og plejepersonale med henblik på at skabe rum til, at de kan udtrykke deres bekymring om risici for patientsikkerheden
- Have fokus på læring af nærhændelser
- Drøfte utilsigtede hændelser i tværfaglige fora og understøtte teamsamarbejdet om patientsikkerhed
- Skabe åbenhed om bekymringer i forhold til patientsikkerheden fra medarbejdere, ledere, patienter og pårørende
- Involvere patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Sikre at patientsikkerhed er på introduktionsprogram af nye medarbejdere
- Gå patientsikkerhedsrunder i afdelingerne

Ambitionsniveau: Ledelserne skaber en god og anerkendende læringskultur, hvor der er åbenhed om utilsigtede hændelser for at opnå bedst mulig læring.

Tidsfrist: Ved udgangen af andet kvartal 2018 er inspirationsmaterialet udarbejdet og videregivet til direktionerne med henblik på spredning i virksomhederne.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udarbejdelse af inspirationsmateriale i samarbejde med kvalitetsorganisationerne.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet via måling af læringskultur.

Handling 2 –Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering

2.A

Indsats: Etablere patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt på møder i koncernledelsen en gang i kvartalet. Punktet skal være en læringsdrøftelse med udgangspunkt i data om utilsigtede hændelser. Virksomhederne og Center for Sundhed leverer data til dagsordenpunktet.

Ambitionsniveau: Større ledelsesinvolvering i arbejdet med utilsigtede hændelser, så denne del af patientsikkerhedsarbejdet kommer helt ind i kernen af ledelsen med et kontinuerligt fokus.

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

Ansvarlig: Koncernledelsen

Monitorering: Evalueres efter et år i koncernledelsen i sammenhæng med drøftelse af resultater fra måling af læringskulturen (1.A)

2.B

Indsats: Virksomhedsledelserne sikrer, at der jævnligt bliver drøftet patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt i relevante fora i virksomhederne.

Direktion og afdelinger har et kontinuerligt overblik over deres utilsigtede hændelser, hvordan de handler og drager læring af hændelserne, samt hvordan hændelserne er integreret i forbedringsarbejdet.

Ambitionsniveau: Det er en ledelsesopgave at prioritere arbejdet med patientsikkerhed på alle ledelsesniveauer i organisationen.

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektioner

Monitorering: Evalueres løbende af direktionerne i egen virksomhed samt et år efter i koncernledelsen i sammenhæng med drøftelse af resultater fra måling af læringskulturen.

Handling 3 – Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

3.A

Indsats: Ledelserne sikrer at roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet er tydelige og tilpasses resultater af denne analyse.

Ambitionsniveau: Ledelserne har ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet og sikrer, at roller og ansvar er klart beskrevet og integreret i virksomhederne.

Tidsfrist: Igangsættes i første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektioner og linjeledelser

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet og evalueres med måling af læringskultur (1.A)

Handling 4 –Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer

4.A

Indsats: Udvikle formaliseret uddannelse af risikomanagere i regionen, som på sigt kan løftes nationalt. Komplexiteten i patientforløb skal tænkes ind i uddannelsen, og den skal indeholde opdateret viden om proaktiv og reaktiv risikostyring.

Indtil uddannelsen er på plads øges fokus på sidemandsoplæring af nye risikomanagere i samarbejde mellem hospitalerne og gennem risikomanagernetværket.

Ambitionsniveau: Uddannelsen skal være på Masterniveau og være ECTS pointgivende. Alle risikomanagere skal være sundhedsfaglige. Optimalt skal en læge og en sygeplejerske dele risikomanager-funktionen på hvert hospital.

Tidsfrist: Uddannelseskoncept skal være udarbejdet inden udgangen af 2018. Etablering af uddannelsen begyndes i 2019.

Ansvarlig: Center for HR i samarbejde med kredsen af kvalitetschefer og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

4.B

Indsats: Etablere undervisning i patientsikkerhed på lederuddannelsesprogrammer herunder uddannelsen af ledelse af tværgående patientforløb.

Ambitionsniveau: Patientsikkerhed skal indgå i lederuddannelsesprogrammer.

Tidsfrist: Undervisningen er etableret ved udgangen af 2018

Ansvarlig: Center for HR i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet.

4.C

Indsats: Sikre at analysens resultater integreres i indholdet på kursus for patientsikkerhedskoordinatorer (PSK)

Ambitionsniveau: PSK kursus skal understøtte analysens indsatsområder.

Tidsfrist: Kurset revideres i fjerde kvartal 2018 med opstart i 2019.

Ansvarlig: Center for HR og CAMES i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Monitorering: Evalueres efter et år i Forum for Kvalitet.

Handling 5 – Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende

5.A

Indsats: Etablere et forbedringsprojekt, der pilottestes på et hospital. Projektet skal koble medarbejdere, patienter og pårørendes bekymringer og ideer om forbedringer af patientsikkerheden med de utilsigtede hændelser og det øvrige forbedringsarbejde.

Der skal udpeges et hospital, der udarbejder projektbeskrivelse. Det ønskes, at hospitalet arbejder med at udvikle en model for, hvordan der skabes mulighed for at integrere utilsigtede hændelser, bekymringer og ideer om patientsikkerheden i forbedringsarbejdet f.eks. via forbedringstavler og personlig feedback modeller.

Der kan hentes inspiration fra Psykiatrien – se bilag 4, og der skal inddrages eksperter med kompetencer i forbedringsmetoden.

Erfaringer opsamles efter pilottest, og model udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Patientsikkerhed skal forankres tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/pårørendes ideer og løfter af ledelsen.

Tidsfrist: Forbedringsprojekt påbegyndes i andet kvartal 2018, testes og udbredes herefter.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Koncernledelsen udpeger hospital til pilottest

Center for HR og CAMES involveres i forhold til personlig feedback model.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Evalueres et år efter ibrugtagning af ny model.

Handling 6 – Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet

6.A

Indsats: I samarbejde med patientvejlederne forbedre information til patienter og pårørende om muligheden for at rapportere UTH og få kontakt til afdelingsledelser via:

- Mere tydelig information i dialog med patienten og pårørende, og i materiale der udleveres til patienter og pårørende
- Link på forsiden af regionh.dk til rapportering af UTH

Ambitionsniveau: Det skal være tydeligt og let tilgængeligt for patienter og pårørende, at de har mulighed for at rapportere en utilsigtet hændelse.

Tidsfrist: Inden udgangen af andet kvartal 2018.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

6.B

Indsats: Ved analyser skal der systematisk tages stilling til, hvordan patienter og pårørende involveres. Det kan enten forgå via interview, deltagelse i analysen eller kommentering af handleplaner.

Dette skal fremgå i beskrivelserne af analysemetoder (handling 7 og 8) og indarbejdes i kompetenceprogrammer (handling 4)

Ambitionsniveau: Der skal være en systematik i forhold til involvering af pårørende i analyser. Patienter og pårørendes perspektiv skal altid være en del af analysen.

Tidsfrist: Indføres fra første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet, som drøfter erfaringerne efter et år.

6.C

Indsats: Afdækning af muligheder for involvering af pårørende i patientsikkerhedsarbejdet f.eks. deltagelse i analyser, patientsikkerhedsrunder og staff meetings, som efterfølgende kan testes i forbedringsprojekt på et hospital.

Kompetencecenter for Patientoplevelser forestår udredningen, som forelægges Forum for Kvalitet med henblik på at udvælge forbedringsprojekt og hospital der pilottester.

Ambitionsniveau: Patienter og pårørende skal være en aktiv del af patientsikkerhedsarbejdet.

Tidsfrist: Afdækning skal være foretaget inden udgangen af andet kvartal 2018 og forelægges Forum for Kvalitet med henblik på udbredelsen til virksomhederne.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Udredningen udarbejdes af Kompetencecenter for Patientoplevelser

Monitorering: Forum for Kvalitet

Handling 7 –Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring

7.A

Indsats: Udvikle nyt analysekoncept med henblik på hurtigere reaktion og bedre analyser ved alvorlige utilsigtede hændelser.

Analyseprocessen skal være faseopdelt i en akut fase og en dyberegående fase.

Analyseprocessen ses derved som en mere cirkulær proces med en primær risikovurdering og hurtig analyse med spredning af læring efterfulgt af en dyberegående analyse med spredning af læring

Konceptet skal indeholde:

- Systematisering af akut fase med primær risikovurdering og analyse
- Rammerne for den dyberegående analyse, herunder
 - Valg af metode
 - Roller ved analysemøder og hvad man skal forberede sig på inden mødet evt. indhentning af evidens.
 - Inddragelse af patient og pårørende
 - Overvejelse af om eksterne skal deltage i analyser, f.eks. en fra en anden afdeling eller et andet hospital.
 - Systematisk styrkevurdering af handlingsplaner for at sikre stærke handlingsplaner ved udarbejdelse af analysen.
 - Implementering og opfølgning på handlingsplaner.
 - Spredning af læring (Idekatalog til spredning af læring i handling 7.B) herunder sikre at vigtig læring fra analyser formidles ud i organisationen indenfor en kort tidsperiode.
- Videreudvikling af eksisterende tjekliste til ledelserne for vurdering af handlingsplaner og efterfølgende opfølgning og læringen
- Udarbejdelse af generisk flowchart over opgaver i virksomheden i forhold til analyser – med plads til placering af roller og ansvar.

Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der udvikler konceptet, udarbejder projektbeskrivelse og afprøver det som forbedringsprojekt på et hospital. Der skal inddrages eksperter med kompetencer i forbedringsmetoden.

Erfaringer opsamles efter pilot-test, og konceptet udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Hurtigere og mere systematisk analyse og læring. Den første akutte risikovurdering skal foregå indenfor få dage, fra den utilsigtede hændelse er rapporteret, mens den dybdegående analyse skal være udarbejdet indenfor tre uger.

Ledelserne skal systematisk kunne vurdere og udfordre styrken af handlingsplaner og lede opfølgningen.

Tidsfrist: Udvikles i første kvartal 2018, testes andet kvartal 2018 og udbredes herefter til alle virksomheder.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår nedsættelse af en mindre arbejdsgruppe med forskellige eksperter, som udarbejder et udkast til Forum for Kvalitet.

Forum for Kvalitet udpeger hospital til pilottest.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet.

Evalueres et år efter ibrugtagning af det nye koncept.

7.B

Indsats: Udarbejde idekatalog med ideer til spredning af læring i virksomhederne med henblik på at teste forskellige metoder for at optimere spredningen af læring.

Idekataloget kan indeholde:

- Model for spredning af læring via
 - Tavlemøder
 - Staff meeting
 - Story Telling
 - Forbedringsmodellen
 - Fokuseret spredning af viden til de rette interessenter, herunder muligheder for tilbagemelding til medarbejdere om konkrete patientforløb.
 - Ugens patientsikkerhedscase: Cases skal komme fra klinikerne og på som fast punkt på tavlemøde samt løftes op i organisationen via tavlemøder til evt. generisk læring i regionen.
 - Læringsmestre blandt læger og plejepersonale, der kan understøtte PSK'erne i at sprede læring.

Forum for Kvalitet udpeger hospital, som kan teste metoder i afdelinger.

Erfaringer opsamles efter pilottest, og udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Det er direktionernes opgave at sprede læring til klinikere, afdelingsledelser, regionale og nationale niveauer.

Tidsfrist: Idekataloget er udarbejdet ved udgangen af andet kvartal 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udvikling af idekatalog i samarbejde med kvalitets- og forbedringschefer.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Evalueres et år efter ibrugtagning af idekatalog. .

Handling 8 –Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive og aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne

8.A

Indsats: Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder. Dertil udvikle/revidere metodiske læringssæt indenfor patientsikkerhedsmetodikker evt. med involvering af eksterne parter.

På kort sigt udarbejdes en præcisering af de nuværende analysemetoder i regionen, samt hvornår hvilken metode skal benyttes.

Ambitionsniveau: Mere systematik i arbejdet med læring af hændelser.

Det skal være tydeligt, hvornår man skal anvende de forskellige analysemetoder.

Tidsfrist: Metodekatalog skal være færdigt ved udgangen af 2018

Præcisering af nuværende analysemetoder er afsluttet ved udgangen af januar 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår arbejdet med metodekatalog og læringssæt i samarbejde med kvalitetschefskredsen og risikomanagernetværket

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

8.B

Indsats: Udbrede metoder til at arbejde aggregeret med utilsigtede hændelser, herunder en præcisering af, hvornår der med fordel kan gennemføres en aggregeret analyse.

Formålet er at arbejde med mønstre i de utilsigtede hændelser med henblik på at finde patientforløb eller overgange i patientforløb, der er risikofyldte.

Der indhentes erfaringer med aggregerede analyser af UTH fra de forskellige virksomheder.

Ambitionsniveau: Mere systematik i det aggregerede arbejde med læring af utilsigtede hændelser.

Tidsfrist: Erfaringer er samlet og udbredes til virksomhederne ved udgangen af fjerde kvartal 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår samling af erfaringer i samarbejde med kvalitetschefskredsen

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

8.C

Indsats: Relancere proaktive metoder inden for patientsikkerhedsarbejdet eksempelvis:

- Patientsikkerhedsrunder
- I patientens fodspor
- Fejlkildeanalyser
- Risikoanalyser
- Spørge medarbejderne samt patienter og pårørende, hvad de oplever som patientsikkerhedsrisici, og hvad de ser af muligheder for forbedringer med systematisk opsamling i en fælles tilgængelig database.

Beskrive fordele og ulemper ved de proaktive metoder samt anbefalinger af, hvornår hvilken metode kan benyttes.

Ambitionsniveau: At være på forkant og forebygge at utilsigtede hændelser opstår.

Tidsfrist: Relancering af de proaktive metoder er gennemført ved udgangen af fjerde kvartal 2018.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne er ansvarlige for relancering.
Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed samler materiale om proaktive metoder.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Handling 9 –Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

9.A

Indsats: Udvikle en model til læring af klage- og erstatningssager herunder afdække, om der er eksisterende og velfungerende modeller. Det kan overvejes om modellen efterfølgende kan forankres nationalt eks. med national database over læringspunkter fra klage- og erstatningssager.

Ledelserne skal desuden opfordres til fortsat at identificere utilsigtede hændelser ved dialogmøder i forbindelse med klagesager og få de utilsigtede hændelser rapporteret.

Ambitionsniveau: Klage- og erstatningssager skal indgå som systematisk videnskilde til læring. Læring skal sikres spredt på tværs af virksomheder.

Tidsfrist: Modellen er udviklet med udgangen af 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udviklingsarbejdet i samarbejde med afdelingsledelser, sundhedsjurister fra administrationen og virksomhederne.

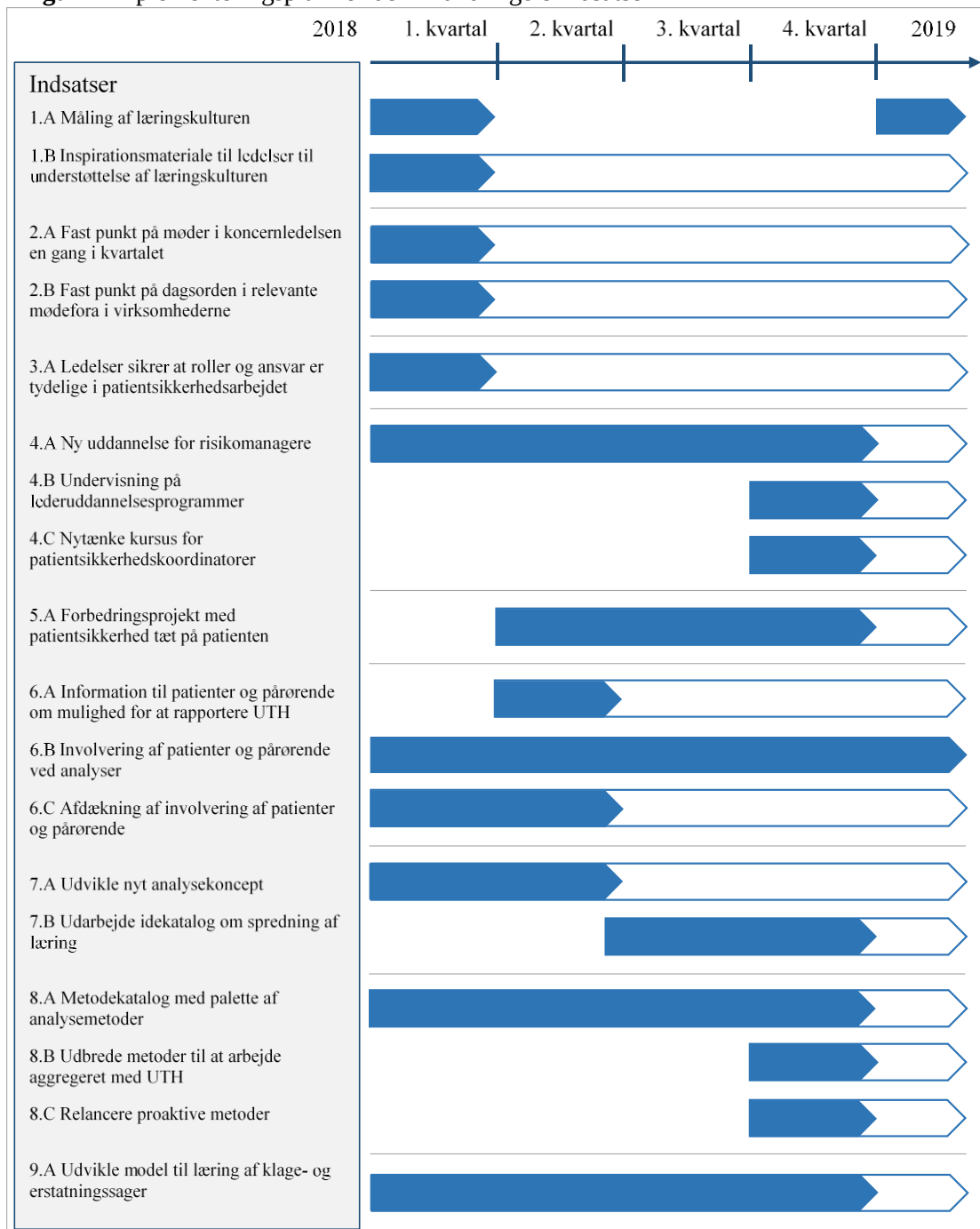
Monitorering: Forum for Kvalitet.

Modellen evalueres efter have været anvendt i et år.

Implementeringsplan

Der er udarbejdet en implementeringsplan, hvor handlinger er prioriteret i forhold til, hvilke områder det findes essentielt at arbejde med først for at øge patientsikkerheden i regionen. Prioriteringen er med udgangspunkt i input til prioritering fra virksomhedernes kvalitetsorganisationer.

Figur 4 Implementeringsplan for de ni handlingers indsatser



Opfølgning

Analyseteamet har opstillet ambitiøse handlinger, hvor handlingerne komplimenterer hinanden og er gensidigt afhængige, hvilket afspejler sig i implementeringsplanen.

Fremdrift i handlingerne følges på koncernledelsesmøder 6, 9, 12 og 24 måneder efter at rapporten er godkendt. Det er Forum for Kvalitet, der forankrer handlingerne og fremlægger status på handlingerne på koncernledelsesmøderne.

Handlingerne er bevidst differentieret i forskellige styrker. Analyseteamet er bevidste, om at vejledninger, metodebeskrivelse, og idekataloger er mere svage handlinger, men disse ses i denne kontekst som en forudsætning for at ledelser og medarbejdere reelt kan forbedre læringskulturen.

Handlingerne monitoreres overordnet via måling af læringskulturen, som bygges op omkring analysens målsætning.

Der holdes et statusmøde ultimo januar 2018 for at sikre, at alle planlagte handlinger i første kvartal 2018 er i gang. Dette danner grundlag for første afrapportering til koncernledelsen.

Rapporten vil blive formidlet til Styrelsen for Patientsikkerhed samt til Danske Regioner.

Bilagsliste

Bilag 1	Kommissorium for analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle
Bilag 2	Notat: Formøde med risikomanagerne i Region Hovedstaden
Bilag 3	Notat: Virksomhedsbesøg vedr. analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle 2017
Bilag 4	Notat: Formidling af UTH data i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Litteraturliste og vejledninger

- A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care, Frankel et al., Institute for Healthcare Improvement, 2017.
- Complexity Science in Healthcare - Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments. Braithwaite et al., Australian Institute of Health Innovation, 2017.
- Leading a Culture of Safety – A Blueprint for Success, Kaplan et al., American College of Healthcare Executives, 2017.
- Læring af fejl i sundhedsvæsenet - tema i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen nr. 5, 2017.
- Læringskultur er en forudsætning for kvalitetsudvikling, Vis.dk –forum for videnspredning i sundhedsvæsenet. Set november 2017
<http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>
- Safer Healthcare – Strategies for the Real World, Vincent og Amalberti, Springer Open, 2016.
- Svigt i sundhedsvæsenet kostede min søn livet. Men jeg leder ikke efter syndebukke, kronik af Ivar Petersen i Information 20. september 2017.
- The problem with root cause analysis, Peerally et al., British Medical Journal Quality & Safety, 2016.
- The Economics of Patient Safety - Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, Slawomirski et al., OECD, 2017.
- VIP- vejledning: UTH - Utilsigtede hændelser (UTH) og nærhændelser - identifikation, rapportering, sagsbehandling, analyse, formidling samt omsorg for patient og personale.
- VIP-vejledning: KÅA - Igangsætning af tværgående patientsikkerhedsanalyse, herunder kerneårsagsanalyse.

DRIVERDIAGRAM - Læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

Punkt nr. 6 - Drøftelse: Optræning på arbejdet med patientsikkerhedskultur

Bilag 3 - Side -1 af 1

Fokusområder

Indsatsområder

Handlinger

**ØGE
PATIENTSIKKER-
HEDEN VED AT:**

- OPNÅ BEDST MULIG LÆRING AF DE UTILSIGTEDE HÆNDELSER
- ANVENDE PROAKTIVE METODER
- UNDERSTØTTE SPREDNING AF LÆRING

KULTUR

FOKUS PÅ LEDELSE OG
ANDERKENDE
LÆRINGSKULTUR

1. Anerkendende læringskultur og måling af læringskulturen

2. Patientsikkerhed på relevante dagsordener

ORGANISATION

KOMPETENCEUDVIKLING,
ROLLER OG ANSVAR I
PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET

3. Tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

4. Kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer

LEDELSE

MEDARBEJDERDREVET
PATIENTSIKKERHED

5. Patientsikkerhed tæt på patienten drevet af medarbejdere, patienter og pårørende

6. Metoder til systematisk involvering af patienter og pårørende

KOMPETENCER

INVOLVERING AF PATIENTER
OG PÅRØRENDE

7. Analysekoncept til reaktion på alvorlige UTH og idekatalog til spredning af læring

8. Metodekatalog med palette af analysemetoder

HØJERE KVALITET OG
NYTÆNKNING AF
ANALYSEMETODER OG
MODELLER

9. Model til læring af klage- og erstatningssager

Møde i Sundhedsudvalget d. 16-01-2019

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken
Bilag 1 - Side -1 af 6

DEBAT | Kronik 23/12 2018 KL. 18:03

Ressourcer og prioritering

Reformer og omlægninger kan være påkrævet, men vi bliver også nødt til i fællesskab at prioritere, så ressourcerne matcher opgaverne og betrykker patientsikkerheden, skriver klinikchef på Rigshospitalet.

3 Kommentarer



Karen Vitting Andersen er overlæge dr.med. og klinikchef på BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet. Foto: Rigshospitalet

Forfatter(e) Af Karen Vitting Andersen, overlæge dr.med. og klinikchef på BørneUngeKlinikken, Rigshospitalet.

Det vigtigste er ikke en ny struktur og en ny sundhedsreform. Vi har behov for, at politikerne både på Christiansborg og i regionerne stiller sig i front for prioritering i sundhedsvæsenet, og at de vil stå ved deres prioriteringer, så ressourcerne matcher opgaverne og betrykker patientsikkerheden.

Selvom man flytter rundt på de nuværende ressourcer i en ny struktur, løser det ikke det grundlæggende problem med, at der er ikke penge til alt det, vi gerne vil, kan og er forventninger til inden for sundhedsvæsenet.

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken**Bilag 1 - Side -2 af 6**

Susanne Ekman skrev i Politiken den 8. november 2018 en kronik med pointen, at næste finanskrisen bliver i den offentlige sektor. Forsimplet beskrevet skyldtes finanskrisen, at bankerne lånte flere penge ud end de egentlig havde kapital til, fordi de regnede med, at de kunne dække hullet med den fremtidige indtjening.

Det skete som bekendt ikke.

På samme måde gives der løfter på vegne af den offentlige sektor, som konstant lover mere end sektoren kan holde, hvilket giver en stigende grad af gældsætning – i denne sammenhæng handler det ikke om penge, men om løfter, man ikke har ressourcer til at indfri.

De løbende besparelser kombineret med krav om at opretholde det samme eller endnu højere niveau i ydelserne samtidig med, at politikerne synes, at borgerne skal have, hvad de efterspørger, gør, at sundhedsvæsenet langsomt destabiliseres.

Tragisk dødsfald af lille pige

At et lille barn kan dø af dehydrering i Danmark skulle ikke kunne ske. Der er foretaget en kerneårsagsanalyse, hvoraf det fremgår, at afdelingen havde været underbemandet, der manglede kompetent personale ligesom, at der blev peget på uhensigtsmæssige arbejdsgange og procedurer, som ikke var gode nok. Sagen har i de sidste uger op mod jul været fremme i flere nyhedsmedier. Reservelæge Morten Schrøder råbte vagt i gevær via Facebook i marts 2018 pga. arbejdsbelastningen på BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet, og efterfølgende blev bekymringen taget op både i fjernsyn og trykte medier. Læger på Børneafdelingen på Hvidovre Hospital skrev til ledelsen kort før den tragiske hændelse om deres bekymringer for det voldsomme arbejdspress, og børnelægerne på Roskilde Universitet Hospital har i Ugeskrift for Læger udtrykt bekymring efter fyringer af to overlæger i forbindelse med besparelserne i Region Sjælland.

Trivselsmålingen "Trivsel op" fra 2017 viste for speciallægerne i BørneUngeKlinikken, at de scorede 2,3 for "tid til jobbet" på en skala fra 1-5, hvor gennemsnittet i Region Hovedstaden er 3 på hospitalsniveau.

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken**Bilag 1 - Side -3 af 6**

Velvidende at man ikke kan drage en direkte korrelation mellem arbejdspress og antal utilsigtede hændelser (UTH), er det tankevækkende, at patientsikkerheden er under stigende pres. Der er et stigende antal UTH'ere på BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet for indlagte patienter: I 2015 var der 80, i 2016 var der 115, i 2017 var der 183, og i 2018 har der til dato været 151 UTH'ere.

Ikke særligt syge børn fylder

Der sker også forandringer i befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet, som gør, at de bruger sundhedsvæsenet på en ny måde. F.eks. efterspørger børnefamilier lægehjælp om eftermiddagen og om aftenen i stedet for næste dag hos deres praktiserende læge, så deres børn kan blive behandlet, så de kan komme på arbejde næste dag.

De mange ikke særligt syge børn, som forventes undersøgt og eventuelt behandlet og vejledt tager derfor tid fra de meget syge børn på børne-unge-afdelingerne. Samtidig er kompleksiteten i behandlingen af de alvorligt syge børn øget betydeligt gennem årene, og dermed er der et stigende krav til tid og kompetencer i behandlingen og plejen.

Med denne øgede opgaveportefølje inden for børneområdet, er der ikke fulgt tilstrækkelige ressourcer med. Der har derimod været en del besparelser gennem de senere år. Nogle af børne-unge-afdelingerne har tilstræbt at begrænse i antallet af afskedigelser af sygeplejersker og læger, som jo er de primære sundhedsfaglige personer i forhold til kerneydelsen. Men der er efterladt en del opgaver fra andre personalegrupper, som er blevet ramt af besparelserne. Opgaverne er ikke forsvundet.

Det er billedet af situationen på børneområdet, hvor fokus aktuelt er blevet rettet, pga. et tragisk dødsfald. Men det er jo ikke alene pædiatrien, der er trængt. Der kan opføres mange eksempler, eksempelvis:

De maksimale ventetider for behandling af kræft kan ikke overholdes, som det fremgår af Rigsrevisionens beretning, som netop er udkommet, hvor der er fundet 3000 brud på reglerne på baggrund af gennemgang af 365 patientforløb. Det beskrives som kun toppen af isbjerget.

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken**Bilag 1 - Side -4 af 6**

Etisk Råd udkom med en rapport foråret 2018, hvor der er beskrevet den underprioritering, der sker i behandlingen af patienter med KOL samt de menneskelige og samfundsmæssige konsekvenser, det har.

Der er jævnligt og tilbagevendende beretninger om overbelagte medicinske afdelinger og personaleflugt. For slet ikke at nævne psykiatrien.

Hvad skal vi gøre?

For mange opgaver i forhold til pengene

Det nytter ikke, at vi udsulter de kliniske afdelinger, for medarbejderne bliver syge af overbelastning og mister evnen til kerneopgaven. Tænk på SKAT. Spørger man klinikchef Liselotte Højgaard, konkluderer hun i sin debatbog 'Hvordan får vi verdens bedste sundhedsvæsen?', at "systemet er kronisk sygt og ligger i en seng på intensiv, fordi der er nogen, der står på iltslangen".

Vi har alt for mange opgaver i forhold til økonomien.

Spørger man sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, synes han, at man lige skal stoppe lidt op og tænke sig godt om. Diskussionen om den manglende sammenhæng i sundhedsvæsenet har bevæget sig op på et abstraktionsniveau, hvor både diagnose og behandling er kommet til at handle om organisation og struktur, og det har sløret blikket for virkeligheden, mener han.

Og som Bente Klarlund skrev i sin klumme i Politiken den 20. oktober 2018 kan det være menneskeligt at ville vise, at nedskæringer koster. Men den slags kneb bruger man ikke, når man arbejder med mennesker i krise.

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken**Bilag 1 - Side -5 af 6**

Reformer og omlægninger kan være påkrævet, men vi bliver også nødt til i fællesskab at prioritere, så ressourcerne matcher opgaverne og betrygger patientsikkerheden.

*Karen Vitting Andersen, overlæge dr.med. og klinikchef på
BørneUngeKlinikken, Rigshospitalet.*

Lav et prioriteringsråd

Kære politikere, buen har længe været spændt til det yderste, og der er en reel fare for, at en pil går af. Vi ved ikke, hvor den rammer. Men vi ved, at nedskæringer koster, også når det handler om menneskeliv.

Medicinområdet er i kraftig vækst, og udgør aktuelt 13 pct. af det samlede sundhedsbudget.

På lægemiddelområdet besluttede Danske Regioners bestyrelse fra d. 1. januar 2017 at etablere Medicinrådet, der som noget nyt har mulighed for at inddrage lægemidlers omkostninger i beslutningen om, hvorvidt og hvordan medicin skal anvendes i det danske sundhedsvæsen. En form for prioriteringsråd. Medicinrådet har flere gange været under pres både fra patientforeninger med avisannoncer og fra politikere. Enkeltvis kommer til at kortslutte det evidensbaserede og omkostningsmæssige grundlag for behandling. Og så forsvinder prioriteringen.

Etisk Råd har påpeget, at mange oplever prioriteringen i sundhedsvæsenet som uretfærdig, uigennemskuelig og tilfældig. Kvaliteten af deres behandling afhænger af, hvilken sygdom de har pådraget sig. Andre patientgrupper beklager, hvad de opfatter som en utilstrækkelig behandling. Der tegnes et billede af, at nogle patientgrupper har adgang til en relativt privilegeret behandling, og det står eksempelvis klart, at sundhedssystemet på nogle områder er klar til at betale en meget høj pris i forhold til effekten.

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken**Bilag 1 - Side -6 af 6**

Et prioriteringsråd kunne være løsningen. Et råd bestående af sundhedsfaglige personer, ledere i sundhedsvæsenet, økonomer, repræsentanter fra patientforeninger og politisk valgte. Reforme og omlægninger kan være påkrævet, men vi bliver også nødt til i fællesskab at prioritere, så ressourcerne matcher opgaverne og betrykker patientsikkerheden.

BLAD NUMMER:**1/2019****Prioritering**

Tilmeld fredagsnyhedsbrev

Navn *

E-mail *

Tilmeld

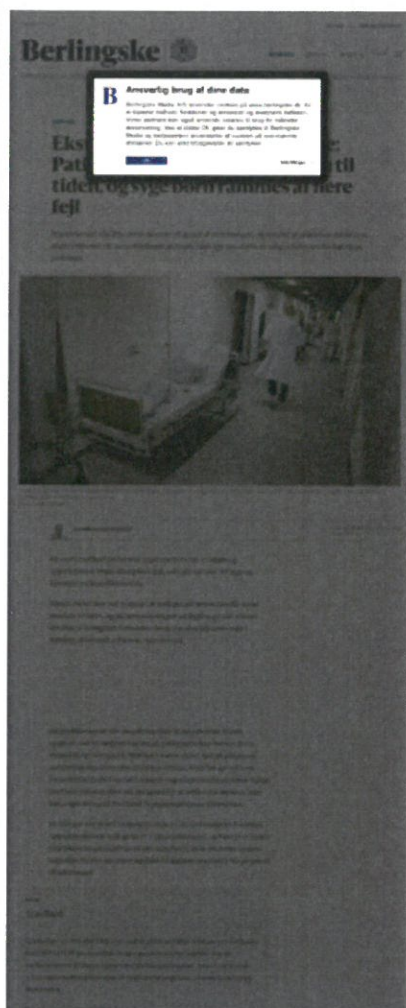
Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken

Bilag 2 - Side -1 af 3

Ekstrem travlhed på sygehusene: Patienter får ikke deres medicin til tiden, og syge børn rammes af flere fejl

Berlingske 27.12.2018 16:25 28.12.2018 02:49 915 ord

Forfatter: Flemming Steen Pedersen



[Vis webside](#)

Sygeplejersker når ikke deres opgaver på grund af »tidsmangel«, og antallet af utilsigtede hændelser stiger voldsomt på børneafdelingen på Riget, viser nye tal.» Dybt alvorligt,« lyder det fra fagfolk og politikere.

Ekstrem travlhed på landets sygehuse betyder, at læger og sygeplejersker begår stadig flere fejl, som går ud over de syge og forringer patientsikkerheden.

Blandt andet sker det hyppigt, at indlagte patienter ikke får deres medicin til tiden, og på børneafdelingen på Rigshospitalet vokser antallet af utilsigtede hændelser, hvor der sker fejl undervejs i forløbet, dramatisk i disse år, viser nye tal.

»Sygeplejerskerne når simpelthen ikke at løse de mest basale opgaver, som er nødvendige for, at patienterne kan bevare deres integritet og værdighed. Man har i årevis skåret ned på plejen, og normeringerne er nu nået ned på et niveau, hvor det går ud over patientsikkerheden og også rammer sygeplejerskerne på deres faglige stolthed, når man ikke har mulighed for at levere den indsats, man bør,« siger formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.

Meldingen kommer i forbindelse med en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd med deltagelse af 2.300 medlemmer, og hvor hver femte sygeplejerske på sygehusene gav udtryk for, at de på deres seneste vagt ikke fik administreret medicin til patienterne i rette tid på grund af tidsmangel.

18 procent af sygeplejerskerne ude i regionerne og kommunerne fik ikke - på grund af tidsmangel - observeret patienterne tilstrækkeligt på sygehusene eller på plejehjem og i hjemmeplejen, mens mere end hver fjerde ikke havde haft tid til at yde støtte og tale med patienterne.

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken Bilag 2 - Side -2 af 3

Undersøgelsen kommer, samtidig med at der kører en indædt politisk debat om arbejdsforholdene i sundhedsvæsenet, som oppositionen i Folketinget mener er alt for skræbende, mens regeringen fremhæver, at man har bevilget et større milliardbeløb til netop at forbedre normeringerne.

Debatten er opstået i kølvandet på flere konkrete sager, hvor voldsom travlhed blandt medarbejdere på flere sygehuse har fået alvorlige konsekvenser for nogle patienter.

En arbejdstilsynsrapport fra fødeafdelingen på Herlev Hospital har bl.a. beskrevet, at en kvinde udviklede svangerskabsforgiftning, fordi der ikke var tid til at se til hende, ligesom der har været tilfælde, hvor børn, der er blevet født ved hjælp af en »kop«, ikke har fået smertestillende Panodil.

Travlhed har ligeledes været på dagsordenen i en tragisk sag fra børneafdelingen på Hvidovre Hospital, hvor en toårig pige, der var indlagt med et maveonde, endte med at dø af væskemangel efter et forløb, hvor hospitalet erkender, at der skete fejl på fejl.

Ifølge børnelæge på Rigshospitalet Morten Schrøder kunne de fejl også være sket andre steder, hvor forholdene på børneafdelingerne er så pressede, at det kan komme til at koste børneliv.

I en kronik på Ugeskriftet.dk giver klinikchef på BørneUngeklínikken på Rigshospitalet Karen Vitting Andersen ligeledes udtryk for, at ressourcerne ikke er fulgt med et stigende antal opgaver, og at buen, også som følge af besparelser, »længe har været spændt til det yderste«.

»Der er en reel fare for, at en pil går af. Vi ved ikke, hvor den rammer. Men vi ved, at nedskæringer koster, også når det handler om menneskeliv,« skriver hun.

Karen Vitting Andersen fremhæver også, at antallet af såkaldte utilsigtede hændelser på afdelingen er steget kraftigt - fra 80 i 2015 til over 150 i år.

Nok kan der ikke drages en direkte sammenhæng mellem arbejdspressen og utilsigtede hændelser, men det er »tankevækkende, at patientsikkerheden er under stigende pres«, konstaterer hun.

Undersøgelsen fra sygeplejerskerne og tallene fra Rigshospitalet vækker opsigt både i regionsrådet i Region Hovedstaden og i Folketinget.

»Jeg ved godt, at sygeplejerskerne har styrtende travlt, men når de ligefrem siger, at de ikke får givet medicin til tiden, er det dybt alvorligt,« siger gruppeformand Leila Lindén (S), der også er medlem af forretnings- og sundhedsudvalget.

Politikerne i regionen har bevilget ekstra penge til netop at kunne øge normeringerne på bl.a. de medicinske afdelinger samt til at graduere normeringerne, så særligt pressede afdelinger i perioder kan kalde flere medarbejdere på arbejde.

»Det er en klar politisk prioritet,« siger Leila Lindén, der også vil have en uddybende redegørelse om det stigende antal utilsigtede hændelser og bekymringerne på børneafdelingen på Rigshospitalet.

»Det skal vi have gjort noget ved,« siger hun.

I Folketinget lægger Venstres sundhedsordfører Jane Heitmann hele ansvaret på regionerne og kommunerne. Regeringen har således bevilget milliarder til netop at ansætte flere medarbejdere.

»Det må være en øjenåbner både i regioner og kommuner, at sygeplejerskerne føler, at de er under pres. Det er deres ansvar at få ansat plejefaglige kompetencer, så opgaverne bliver løst, og arbejdsmiljøet er i orden.«

Image-text:

Sygeplejersker når ikke deres opgaver på grund af »tidsmangel«, og antallet af utilsigtede hændelser stiger voldsomt på børneafdelingen på Riget, viser nye tal. »Dybt alvorligt,« lyder det fra fagfolk og politikere. Foto: Morten Stricker

Extra-info:

FAKTA

Travlhed

I perioden 30. oktober til 8. november 2018 har DSR Analyse i samarbejde med Megafon gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt medlemmerne af Dansk Sygeplejeråds medlemspanel. 56 pct. af de i alt 4.112 inviterede medlemmer deltog i undersøgelsen, svarende til 2.305 besvarelser.

Hovedresultaterne er følgende:

Hver femte (20 pct.) regionaltansatte sygeplejerske fik ikke administreret medicin til rette tid pga. tidsmangel på deres seneste vagt.

Knap hver femte (18 pct.) i regioner eller kommuner fik ikke observeret patienter tilstrækkeligt pga. tidsmangel på deres seneste vagt.

30 pct. af regionaltansatte og 26 pct. af de kommunalt ansatte sygeplejersker havde ikke tid til støtte og samtale med patienterne på deres seneste vagt.

Punkt nr. 7 - Orientering: Patientsikkerhed på børneområdet i somatikken

Bilag 2 - Side -3 af 3

Andelen af regionaltansatte sygeplejersker, der ikke løste ovenstående nødvendige aktiviteter pga. tidsmangel, har ikke ændret sig siden 2015.

© Berlingske - Artiklen er ophavsretligt beskyttet og må ikke videreformidles eksternt.

Alle artikler er beskyttet efter loven om ophavsret og må derfor ikke videreformidles eksternt. De må internt kun deles med andre registrerede brugere af ydelser leveret af Retriever Danmark A/S. Al lagring og øvrig videreformidling må kun finde sted efter skriftlig aftale med Retriever Danmark A/S eller det pågældende medie.



Af rapportering / midtvejsevaluering

Projektnavn	Polyfarmaciambulatoriet (Ambulatorium for patienter i behandling med mange lægemidler)
Baggrund Hvorfor er projektet vigtigt?	Det at være i behandling med mange lægemidler (polyfarmaci) er forbundet med øget risiko for medicineringsfejl, lægemiddelbivirkninger og -interaktioner samt øget risiko for hospitalsindlæggelser, sygelighed og endda død. Polyfarmacipatienter har typisk mange sygdomme samtidig (årsagen til de mange lægemidler), og ses hyppigt af mange forskellige læger fx under indlæggelser, i forskellige ambulatorier og i almen- eller speciallægepraksis. Det er veldokumenteret, at polyfarmacipatienter ofte indtager uhensigtsmæssig medicin (altså medicin der ikke er behov for, eller som er direkte skadelig i sammenhæng med patientens øvrige medicin/sygdomme). Det er formentlig en konsekvens af kompleksiteten i disse patienters sygehistorie samt mangel på sammenhæng og optimal kommunikation i sundhedsvæsenet omkring disse multisyge patienter. Vi har ønsket at skabe et hospitalsbaseret tilbud til polyfarmacipatienter, som inkluderer medicinsanering og bedre kommunikation (læge-læge og læge-patientkommunikation). Samtidig har vi ønsket at afdække forhold i sundhedsvæsenets opbygning relateret til dette.
Formål Herunder delmål og evt. succeskriterier	1) Polyfarmaciambulatoriet: Afdække om en model for oprydning i medicinen og bedre kommunikation mellem hospital og praktiserende læge kan øge patienternes livskvalitet og mindske hospitalsindlæggelser og dødelighed. 2) Kvalitative undersøgelser: Kortlægge (kvalitativt) temaer og evt. løsninger i forhold til udfordringer med lægemiddelforbrugende patienter set fra patientens, de praktiserende lægers og den kommunale hjemmeplejes vinkler.
Målgruppe	Ældre medicinske patienter (over 65 år), der dagligt indtager mere end 8 lægemidler. I projektperioden kun i Bispebjerg og Frederiksberg hospitalers optageområde.
Deltagende parter	Klinisk farmakologisk afdeling og geriatrisk afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler.
Indsatser Kort beskrivelse af aktiviteterne i projektet (også gerne de kvalitative undersøgelser)	Polyfarmaciambulatoriet 1) Kritisk medicinrevision 2) Dialog med egen læge omkring medicinen og evt. optimering af denne 3) Oprydning i medicinen ved ambulant hospitalsbesøg Kvalitative undersøgelser

Punkt nr. 8 - Orientering: Midtvejsevaluering af projekt om hjælp til at ophøre med unødigt medicin

Bilag 1 - Side -2 af 5

	4) Kvalitative interviews med patienter, den praktiserende læger og plejepersonale (Hospitalssygeplejersker og sygeplejersker og SOSU-ass. i primærsektoren) med efterfølgende analyse.
Foreløbige resultater Overordnet. Også gerne lidt fra det kvalitative, fx citater fra patienter, læger mv.	<u>Polyfarmaciambulatoriet</u> <i>Patienter:</i> I pilotperioden i 2016 samt i perioden april 2017 til oktober 2018 har vi polyfarmaciambulatoriet set og behandlet 105 patienter med en median alder på 82 år (range 65-95). Patienterne havde en median på 11 lægemidler (range 9-24) ved første besøg. Vi har i projektet oplevet store problemer med udeblivelser, som ser ud til at øges med antallet af lægemidler. For de tungest medicinerede patienter (>16 lægemidler) har vi en udeblivelsesrate på 55 % (vs. 41 % hos patienter med 9-16 lægemidler). <i>Lægemeddelændringer</i> De deltagende patienter har i gennemsnit fået fjernet 20 % af deres lægemidler (2,5 lægemiddel per patient) og fået reduceret dosis af 13 % af lægemidlerne (1,6 lægemiddel per patient). Til sammenligning er der kun fjernet 3 % og reduceret 4 % hos patienterne i det almindelige geriatriske ambulatorium (se evt. figur 1 i rapporten, bilag 1). Fire måneder efter sidste ambulatoriebesøg er 90 % af de fjernede lægemidler stadig fjernet, hvilket tyder på, at samarbejdet med praktiserende læge fungerer efter hensigten. Dvs. at i polyfarmaciambulatoriet bliver 1/3 af patientens lægemidler i gennemsnit fjernet eller reduceret (reduktion i 4 lægemidler per patient). <i>Livskvalitet</i> Foreløbige resultater viser en positiv effekt på patienternes livskvalitet bl.a. målt ved (EQ-5D-5L-VAS), som er et anerkendt værktøj til at måle helbredsrelateret livskvalitet. Patienterne vurderer eget helbred på en skala fra 0-100. Hos patienter set i polyfarmaciambulatoriet ses efter 4 måneder en stigning fra 57,7 til 59,8; hvilket sammenlignet med det fald fra 60,6 til 54,0 hos patienterne i det almindelige geriatriske ambulatorium svarer til en forbedring i livskvaliteten på 7,7 point hos patienterne i polyfarmaciambulatoriet. <u>Kvalitative undersøgelser</u> Patientens vinkel Vi har tidligere ved hjælp af et valideret spørgeskema belyst holdningen til medicinoprydning blandt 100 ambulante patienter, som tager mere end 10 lægemidler. Resultaterne er nyligt publiceret i et lægevidenskabeligt tidsskrift http://dx.doi.org/10.1002/prp2.431). Undersøgelsen viste en stor tillid fra patienterne til korrektheden af medicinen, hvor næsten 80 % mente at al deres medicin var nødvendig. Alligevel rapporterede 85 %, at de ville være villige til at stoppe med at tage en eller flere af deres vanlige lægemidler, hvis deres læge fortalte dem, at de kunne, og 11 % følte at de tog mindst et lægemiddel, som de ikke længere behøvede. Knap halvdelen af

Punkt nr. 8 - Orientering: Midtvejsevaluering af projekt om hjælp til at ophøre med unødigt medicin

Bilag 1 - Side -3 af 5

	deltagere var interesserede i en konsultation på en ambulant klinik med speciale i polyfarmaci og medicinoprydning. Det kvalitative studie undersøgte forhold af betydning for livskvaliteten hos multisyge, polyfarmacipatienter, som blev set i polyfarmaciambulatoriet. Disse resultater er ikke færdiganalyseret, men en foreløbig analyse afslører to temaer: • At være syg er accepteret som en naturlig del af alderdommen, men medfører tab af identitet og ændring af selvbillede • Multisyge (polymedicinerede) patienter mener ikke, at sygdomme eller medicin er årsag til deres nedsatte funktionsniveau. At være selvhjulpne og uafhængige er vigtige faktorer for at opnå livskvalitet. Praktiserende lægers vinkel Den foreløbige analyse af interviews med praktiserende læger, hvor fokus var praktiserende lægers vinkel på polyfarmacipatienter, peger på tre temaer: • Behandling af polyfarmacipatienter udfordres af manglende faglig sparring og samarbejde med hospitalsspecialisterne • Omsorg og individuelle hensyn kendetegner relationen mellem polyfarmacipatienter og den praktiserende læge • Sundhedsvæsenet fremmer medicinering og hæmmer dialog omkring patienter med polyfarmaci. De praktiserende læger beskrev de tre temaer med citater som; <i>“Nogle specialister fokuserer kun på sygdommen.”</i> <i>“Hvis vi har talt med en patient de sidste 3 år om at stoppe et lægemiddel og patienten bare tænker, det er bare en dum ide min læge har fået, men hvis så den kliniske farmakolog er enig og forklarer hvorfor, så er patienten måske mere villige til at indvilge. Men det kræver dialog. I den optimale verden, vil det være perfekt, hvis specialisten kunne være mere integreret vores daglige arbejde.”</i> Plejepersonalets vinkel Den foreløbige analyse af interviews med plejepersonale, hvor fokus var udfordringer i forhold til polyfarmacipatienter, peger på to temaer: • Økonomisk styring dominerer professionernes identitet • Manglende kompetencer og formel uddannelse kolliderer på tværs af sektorer. <u>Plejepersonalet beskrev de to temaer med citater som:</u> <i>“Altså jeg vil gerne vende tilbage til det der med tid. Jeg... synes, det er en væsentlig faktor, når man har med de her komplicerede, fordi det er jo, selvom det er stabile borgere, eller hvad det er, så når man når op i</i>
--	--

Punkt nr. 8 - Orientering: Midtvejsevaluering af projekt om hjælp til at ophøre med unødigt medicin

Bilag 1 - Side -4 af 5

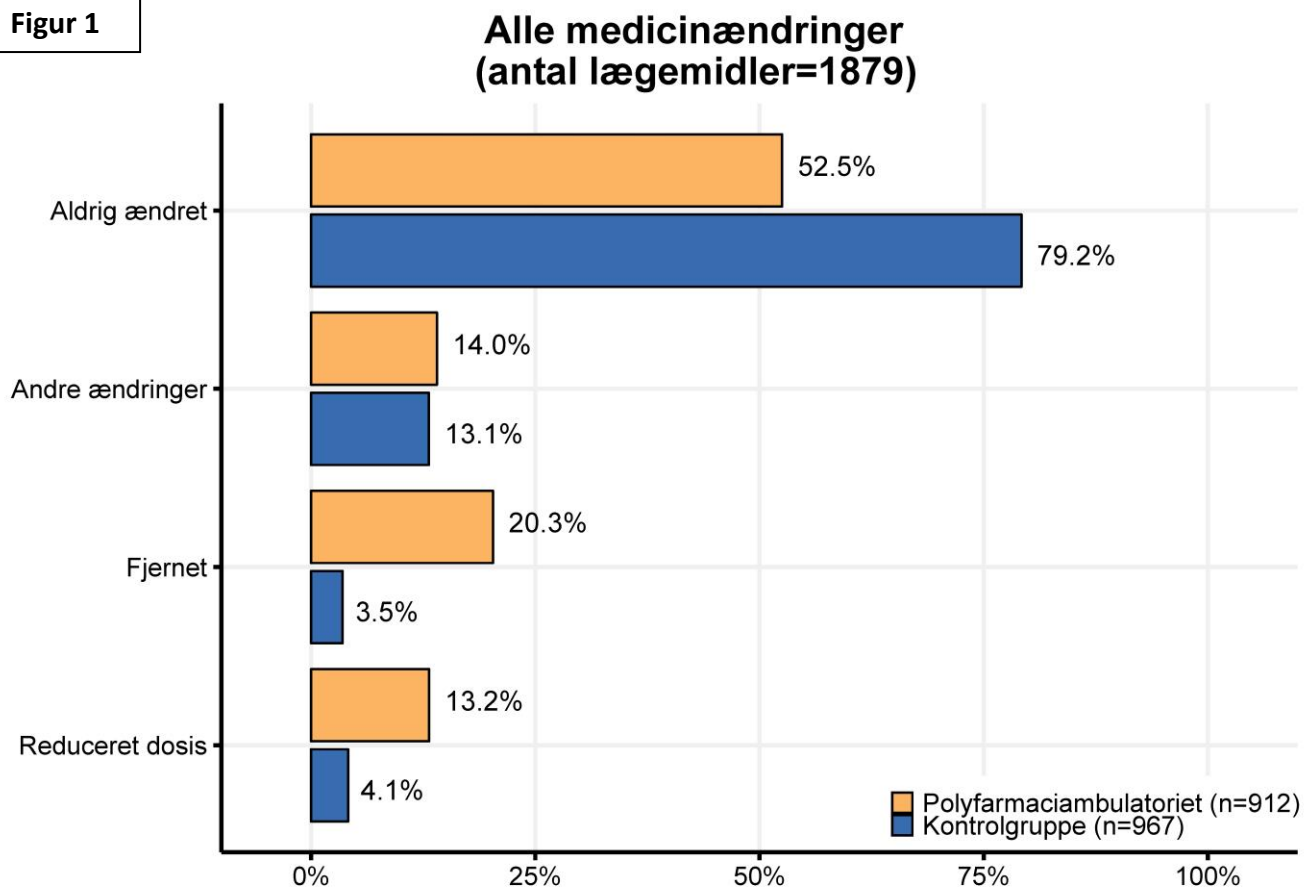
	<i>så mange præparater, som mange af dem får, så er det jo kompliceret. Vi får bare ikke sat det af til, at vi skal kunne gå ned i dybden med det, og kan nå at læse på alle mulige virkninger, bivirkninger eller kontraindikationer, alle de her ting. Nogle gange er det noget, der kommer hen ad vejen. Nu taler jeg helt ærligt ud af posen.”</i> <i>”Det er jo helt afgørende, også fordi, når du har kontakten til egen læge og hospitalet om, hvad er det egentlig, der skal til her, eller hvilke indikationer er der... Der kan være rigtig mange ting, og jo bedre kendskab, du har, jo bedre information kan du også give videre. Både til hospitalet og egen læge.”</i> <i>”Det er da lægen der ordinerer.... Det er helt tydeligt og det er meget forkert at vi overhovedet går ind og tager stilling.”</i>
Barrierer eller særlige udfordringer	• Udeblivelser (knap 50% bliver afsluttet uden at være mødt op) er et stort problem og understreger skrøbeligheden af og det mangelfulde tilbud til denne patientgruppe. • Tidskrævende intervention (grundig journalgennemgang og kontakt til egen læge). • Svær kommunikation ml. sektorer og specialister. • Opbygningen af sundhedsvæsenet (fokus på enkeltsygdom, silo-tænkning, svær kommunikation ml. sektorer) er en stor barriere for at træffe beslutninger omkring og ændre medicin.
Foreløbige tanker om perspektiverne i projektet	Vi har etableret en model for tværsektorielt samarbejde. Der er gjort en del erfaringer, som har skabt nye projekter og perspektiver for fremtiden, som bl.a. inkluderer: 1. Bedre håndtering af udeblivelser – arbejder på evt. opsøgende tilbud til disse patienter 2. Etablering af lignende funktion et andet sted – afprøvning af modellen i et andet medicinsk ambulatorie 3. Vurdering af evt. afsmittende effekt (på lægerne på den afdeling) af et øget fokus på den samlede medicinske behandling 4. Input til ændret ambulatoriestruktur fx multisygdomsambulatorier eller fælles-medicinske ambulatorier (som er nyligt etableret flere steder fx på Bispebjerg og Amager Hospitaler) 5. Forsimpling af arbejdsgange – brug af IT til at løse medicinproblemstillinger (værktøj til visualisering af lægemiddelforbrug og medicingennemgang er under udvikling) 6. Input/afprøvning af kommunikationsoptimering: a. Nyt projekt om optimering af korrespondancer ml. sektorer b. Bedre kommunikation inden for sektorer (fx ml. medicinske specialer fx i fælles-medicinske ambulatorier)
Ressourcer Kort om ressourcerne (mandetimer) i indsatserne	Der er brugt ressourcer både på drift og dataindsamling/-projektstyring: • Speciallæger (ca. svarende til hel fuldtidsstilling) • Projektansat reservelæge (hel fuldtidsstilling – som ph.d.-studerende)

Punkt nr. 8 - Orientering: Midtvejsevaluering af projekt om hjælp til at ophøre med unødigt medicin

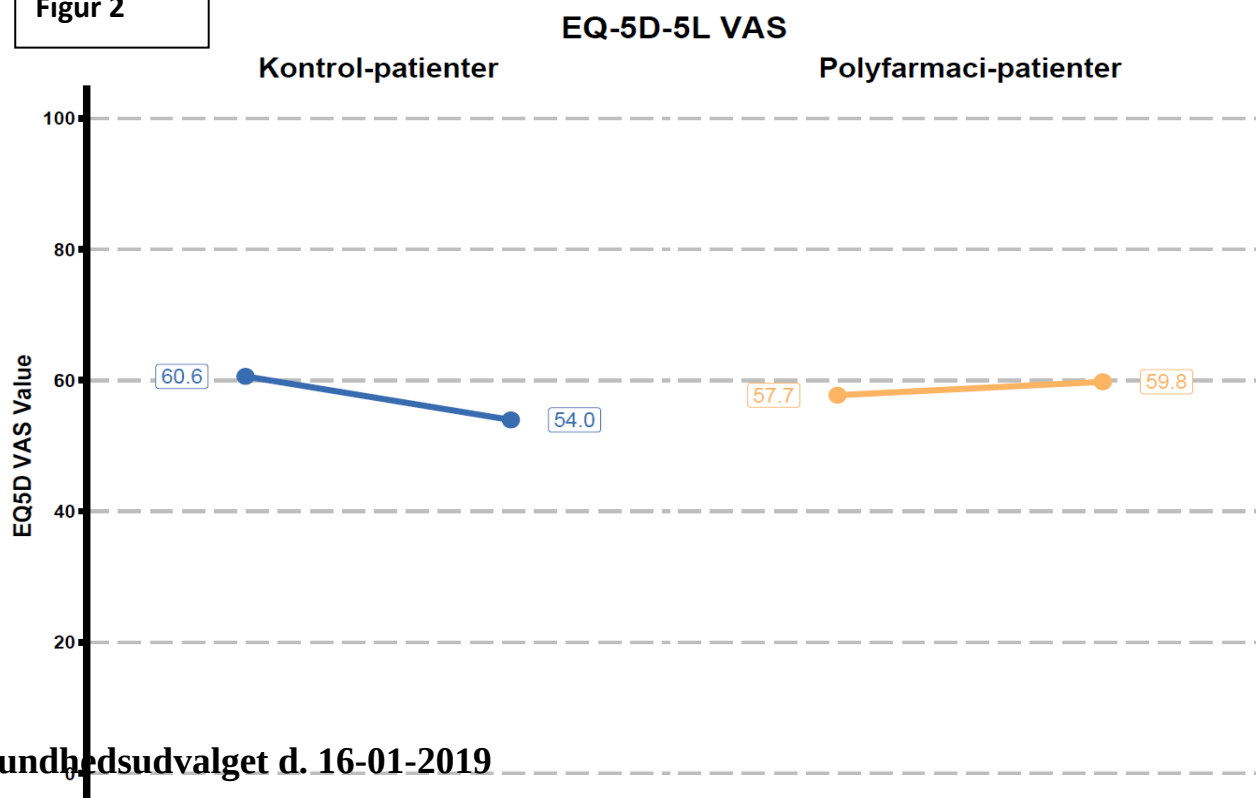
Bilag 1 - Side -5 af 5

- Sygeplejefaglig projektleder (hel fuldtidsstilling)
- Lægesekretær (visitation nogle timer ugentligt)
- Medicinstuderende (10 timer ugentligt)

Figur 1



Figur 2



Regeringen
Socialdemokratiet
Dansk Folkeparti
Alternativet
Radikale Venstre
Socialistisk Folkeparti

2. november 2018

Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2019-2022

Partierne bag satspuljeaftalen på sundhedsområdet er enige om at afsætte 994,9 mio. kr. i aftaleperioden 2019-2022 til følgende overordnede indsatsområder:

- En styrket indsats i psykiatrien
- Øvrige prioriteringer

1. En styrket indsats i psykiatrien

Satspuljepartierne er enige om, at der er behov for, at vi opprioriterer indsatsen for mennesker med psykiske problemer. Der er i disse år en bekymrende stigning i antallet af mennesker, der enten kort eller langvarigt kæmper med psykiske problemer og som har brug for professionel hjælp til at blive raske eller leve et godt liv med deres sygdom. Det er ikke et særskilt dansk problem, men en tendens, der gør sig gældende i store dele af verden. Ifølge verdenssundhedsorganisationen WHO bliver psykiske lidelser en af de væsentligste kilder til sygdom i 2020, hvilket understreger behovet for, at vi løfter psykiatrien.

1.1 Lokal forankring af afstigmatiseringsindsatsen EN AF OS

Stigmatisering kan have store konsekvenser, når mennesker med psykiske problemer oplever social eksklusion, der går ud over den enkelte, tilknytningen til uddannelse, arbejdsmarked, familie og fritidsliv. Det kan føre til en forværring og betyde, at mennesker med psykiske problemer ikke søger den hjælp, de har brug for. At bekæmpe stigmatisering er derfor en central del af arbejdet med at sikre den rette hjælp i rette tid, så den enkelte kan genvinde hverdagslivet. Afstigmatisering er ligeledes en del af arbejdet med at ligestille psykiske lidelser med fysiske lidelser.

Der har over de seneste år været fokus på at bekæmpe stigmatisering, bl.a. med den landsdækkende kampagne EN AF OS. Baggrunden for EN AF OS var et ønske om at gøre en aktiv indsats for at afstigmatisere psykiske lidelser i Danmark. I 2019 udløber finansieringen af den nationale kampagne, og det er nu tid til at vende blikket mod den lokale forankring. En vigtig del af det videre arbejde med afstigmatisering er dermed at sikre den lokale forankring af principperne og erfaringerne fra EN AF OS og andre antistigmatiseringsindsatser. Dermed er ønsket, at afstigmatisering blive et indlejret fokusområde i den kommunale og regionale praksis på linje med eksempelvis forebyggelse.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til, at EN AF OS-sekretariatet understøtter en lokal forankring af de hidtidige erfaringer og principper med afstigmatisering med fokus på at sikre en geografisk spredning på tværs af landet, dvs. i såvel små som store byer. Formålet er at give regioner og kommuner redskaber til at iværksætte lokale initiativer til at nedbryde stigmatisering af psykisk sygdom. Det kan eksempelvis være i form af inspirationskatalog tilpasset de regionale og kommunale behov eller rejsehold, der rykker ud og understøtter den lokale implementering på tværs af landet.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -2 af 28

På den baggrund afsættes der i perioden 2020-2021 i alt 1 mio. kr. årligt til, at EN AF OS sekretariatet kan sikre en lokal forankring af afstigmatiseringsindsatsen.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Lokal forankring af afstigmatiseringsindsatsen EN AF OS	-	1,0	1,0	-	-

1.2 Bedre inddragelse af mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende gennem civilsamfundet

Borger- og pårørendeinddragelse er en afgørende del af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Danske og internationale studier viser, at inddragelse af patienter er med til at øge kvaliteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Patienter, der bliver inddraget, efterlever i højere grad behandlingen, er mere tilfredse med behandlingen og opnår bedre behandlingsresultater. Pårørendeinddragelse kan ligeledes være en væsentlig ressource for patienten både i hverdagen og behandlingen, og pårørende er værdifulde samarbejdspartnere, der øger den enkeltes muligheder for at komme sig. Borgere og pårørende ser indsatserne fra et andet perspektiv end de sundhedsprofessionelle, og gennem systematisk inddragelse kan de dermed være med til at udvikle forløb, der skaber effektive og værdifulde forløb.

Samtidig er borger- og pårørendeinddragelse et område, hvor der behov for fortsat at styrke indsatsen, så inddragelsen bliver en veludbygget del af kulturen i alle dele af indsatsen i den samlede psykiatri. Det er en kulturændring i forhold til inddragelse af brugere og pårørende, som skal ske på flere niveauer. På det individuelle niveau skal borgerens ønsker, behov og ressourcer inddrages og afspejle sig i beslutningerne omkring den enkeltes forløb. På det organisatoriske niveau skal brugernes viden og kompetencer bruges systematisk i udviklingen af indsatser og forløb.

Hver dag yder civilsamfundet med mange frivillige en stor forskel for mennesker med psykiske udfordringer og deres pårørende. De frivillige indsatser spænder bredt og kan have forskellige formål som eksempelvis egenmestring, inklusion på uddannelse og arbejdsmarkedet, tilbagevenden til hverdagslivet eller tidlige og lette indsatser for særligt sårbare gruppe og deres pårørende. Civilsamfundet er med til at skabe vigtige fællesskaber og personligt ansvar til gavn for både den enkelte og samfundet.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til en pulje, som frivillige organisationer kan søge, evt. i samarbejde med kommuner og regioner, til at styrke patient/borger- og pårørendeinddragelsen for mennesker med psykiske lidelser. Det kan eksempelvis være med fokus på egenmestring, pårørendeundervisning og –støtte, programmer for forældre til børn med psykiske vanskeligheder mv. Initiativet skal ses i relation til initiativ 1.3 vedr. viden om og udbredelse af peer projekter.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 12,4 mio. kr. til en pulje til bedre inddragelse af mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende, som frivillige organisationer kan søge, evt. i samarbejde med kommuner og regioner. Til Sundhedsstyrelsen afsættes herudover 0,1 mio. kr. i 2019, 0,1 mio. kr. i 2020 og 0,4 mio. kr. i 2022 til administration (0,5 mio.kr. til løn fordelt med 0,1 mio. kr. årligt i 2019 og 2020 og 0,3 mio. kr. i 2022 samt 0,1 mio. kr. til drift i 2022) jf. punkt 3.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Pulje til bedre inddragelse af mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende gennem civilsamfundet	5,5	2,0	2,4	2,5	-

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -3 af 28

1.3 Viden om og udbredelse af peer-projekter

Peers, dvs. mennesker med brugererfaring, kan spille en unik rolle over for andre mennesker med psykiske lidelser med et andet perspektiv end de sundhedsprofessionelle. Dermed supplerer peers den behandling og støtte, de traditionelle faggrupper giver, og kan styrke den enkeltes oplevelse af og tro på at kunne leve det bedst mulige liv med psykisk lidelse.

Der er i løbet af en årrække igangsat tiltag og projekter, der skal øge inddragelsen af peers. I erkendelse af, at det tager tid at ændre kulturer og praksis, er der fortsat behov for fokus på styrket inddragelse af peers.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til, at der udarbejdes et videnskatalog over eksisterende erfaringer med brugen af peers, som kan give kommuner og regioner inspiration til lokal forankring. Videnskataloget skal bl.a. baseres på evalueringen af peer-projekter fra 2014-2017 og andre eksisterende erfaringer fra fx lokale projekter samt ny viden. Derudover afsættes der midler til en pulje til lokal forankring og implementering af peer-initiativer på baggrund af videnskataloget.

På den baggrund afsættes der 0,5 mio. kr. (løn) i 2019 til, at Sundhedsstyrelsen udarbejder et videnskatalog over eksisterende erfaringer med brugen af peers i perioden. Der afsættes derudover i perioden 2019-2022 i alt 20,5 mio. kr. til en pulje til lokal forankring af peer-initiativer, som kommuner og regioner, evt. i samarbejde med frivillige organisationer, kan søge. Til Sundhedsstyrelsen afsættes herudover 0,5 mio. kr. (0,3 til løn og 0,2 til drift) i 2019 til administration jf. punkt 3.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Videnskatalog over eksisterende erfaringer med brugen af peers	0,5	-	-	-	-
Pulje til lokal forankring af peer-initiativer	5,5	5,0	3,5	6,5	-

1.4 Psykiatritopmødet videreføres

Psykiatritopmødet bidrager til opbygning af viden, erfaring og konkret information for psykiatrien generelt set. Topmødet afholdes med deltagelse af både psykiatribrugere, psykisk sårbare og pårørende samt politikere og andre med interesse for området. Med satspuljeaftalen for 2017-2020 på sundhedsområdet blev der afsat i alt 2 mio. kr. til foreningen Det Sociale Netværk til afholdelse af Psykiatritopmøde i 2017 og 2018.

Satspuljepartierne er enige om, at afsætte midler til at videreføre topmødet for at understøtte topmødets udviklende og tværpolitiske funktion.

På den baggrund afsættes der 1 mio. kr. årligt i perioden 2019-2020 til at videreføre psykiatritopmødet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Psykiatritopmødet videreføres	1,0	1,0	-	-	-

1.5 Udbredelse af headspace

Hver dag yder civilsamfundet med mange frivillige en stor forskel for mennesker med psykiske udfordringer/lidelser og de pårørende omkring. Civilsamfundet kan være bindeledet, der kan bidrage til at gribe dem, der desværre oplever at falde mellem to stole. Samtidig er civilsamfundet med til at skabe vigtige fællesskaber og personligt ansvar til gavn for både den enkelte og samfundet.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -4 af 28

Headspace er et åbent, anonymt og gratis rådgivningstilbud til børn og unge i alderen 12-25 år. I headspace kan de unge ringe, sende en mail, chatte eller lægge vejen forbi det nærmeste headspace og få en samtale uden at skulle bestille tid. Ingen problemer er for store eller små, og alt foregår på de unges præmisser. Headspace giver børn og unge én indgang til den bedste hjælp. Flere kommuner arbejder sammen med headspace, fx ved at udlåne en medarbejder. Ligeledes kan headspace hjælpe de unge videre ift. de regionale tilbud. Med udmøntning af midlerne til afprøvning af en fremskudt regional funktion fra satspuljeaftalen 2018-2021 blev der afsat midler til samarbejdet mellem Region Sjælland og headspace.

I dag ligger headspace i 18 byer. Der er dog fortsat potentiale i at styrke indsatsen ved at oprette nye headspace centre, som kan sikre en bedre geografisk dækning i hele landet. Et center kan dække mere end en kommune, og det er dermed ikke nødvendigvis målet, at der skal oprettes et headspace center i alle kommuner.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til oprettelse af flere headspace centre for at sikre en bedre geografisk dækning af headspace i landet. Der afsættes forud for oprettelsen af nye headspace centre midler til en ekstern evaluering af headspace, både ift. effekten af tilbuddet for den enkelte og samfundet. Evalueringen skal belyse headspace ift. den forebyggende og tidlige indsats, der kan medvirke til, at unge med mistrivsel, begyndende psykiske udfordringer og tegn på psykiske lidelser får en tidlig indsats. Dette skal ligge til grund for den videre oprettelse af nye centre. Evalueringen skal ligge klar medio 2019.

Målet er at forebygge, at unge med psykiske udfordringer, der kan forebygges/behandles i det nære miljø, gribes inden deres udfordringer vokser sig større med brug for en mere intensiv indsats fra social- og sundhedsvæsenet.

På den baggrund afsættes der 0,5 mio. kr. i 2019 til en ekstern evaluering i regi af Sundheds- og Ældreministeriet. Der afsættes herudover i perioden 2019-2022 i alt 57,0 mio. kr. til headspace til oprettelse af flere headspace centre for at sikre en bedre geografisk dækning af headspace i landet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Eksternt evaluering	0,5	-	-	-	-
Oprettelse af flere headspace centre	21,0	11,7	12,0	12,3	-

1.6 Styrke Studenterrådgivningens rådgivningskapacitet i forhold til unge med psykiske udfordringer på videregående uddannelser

Med social, psykologisk og psykiatrisk rådgivning og behandling til studerende ved videregående uddannelser er Studenterrådgivningen med til at hjælpe unge igennem deres uddannelse. Dermed supplerer Studenterrådgivningen også det øvrige behandlingssystem ved at have en særlig viden om ungdomslivs- og studiemæssige problematikker som eksempelvis eksamens- og præstationsangst.

På baggrund af faldende bevillinger har Studenterrådgivningen i 2017 foretaget en skærpet afgrænsning af deres behandlingsfelt, bl.a. for at modvirke stadig længere ventetid på individuelle samtaler. Dermed omfatter rådgivning nu problematikker med direkte indvirkning på den studerendes studieaktivitet. Studenterrådgivningen vurderer samtidig, at behovet for individuel rådgivning ikke er blevet mindre.

Satspuljepartierne er enige om, at der afsættes midler til supplerende drift af Studenterrådgivningen i årene 2019-2022 med henblik på at styrke kapaciteten til at yde social, psykologisk og psykiatrisk rådgivning og behandling til studerende ved videregående uddannelser i forbindelse med deres uddannelsesmæssige situation.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -5 af 28

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 10 mio. kr. til at styrke Studenterrådgivningens rådgivningskapacitet i forhold til unge med psykiske udfordringer.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Styrke Studenterrådgivningens rådgivningskapacitet	2,5	2,5	2,5	2,5	-

1.7 Styrkelse af den tidlige, forebyggende indsats i kommunerne for psykisk sårbare unge

I 2017 var ca. 53 pct. flere børn og unge i kontakt til børne- og ungepsykiatrien end i 2010. I kommunerne har udviklingen skabt et behov for at styrke den kommunale indsats i forhold til at forebygge, behandle og følge op på børn og unge med psykisk sårbarhed.

Det er særligt bekymrende, at det er blandt de unge, som har fremtiden foran sig, at der især er en stigning i antallet, der har behov for støtte og behandling. For når børn og unge har psykiske udfordringer, kan det have store omkostninger for både den enkelte, familien og samfundet.

Der er fortsat behov for at styrke den tidlige og forebyggende indsats, så flere gribes uden for behandlingspsykiatrien, og behovet for medicin forebygges. Mange børn og unge med psykiske udfordringer har behov for hjælp og støtte, men ikke nødvendigvis behandling i sygehuspsykiatrien.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til, at der udvikles forebyggende kommunale tilbud målrettet psykisk sårbare unge fra 13-25 år, samt forældre til psykisk sårbare unge, der kan have gavn af et forebyggende tilbud. I takt med styrkelse af PPR forventes det, at tilbuddene øger fokus på de 18-25 årige. Tilbuddene skal være åbne og have en central koordinerende funktion ift. øvrige relevante tilbud i kommunen, psykiatrien, på ungdomsuddannelser, i civilsamfundet m.v. Der skal i regi af tilbuddet være mulighed for en individuel indsats, der matcher den unges behov for støtte, herunder i form af korterevarende vejledning og forebyggende behandlingsforløb. Det kan eksempelvis være terapeutiske programmer som supplement eller alternativ til medicin i de tilfælde, hvor det giver mening. Inspiration kan bl.a. hentes fra Mindfulness-Baseret Kognitiv Terapi. For forældrene skal tilbuddet give en øget viden, redskaber og forståelse for deres barns vanskeligheder og situation, samt styrkelse i at håndtere de problemstillinger, som den unges vanskeligheder kan medføre for den unge, evt. søskende og familien som helhed. Kommunerne kan indgå samarbejder med civilsamfundet om aktiviteter for målgruppen.

Målet er dermed at bidrage til, at de unge modtager hjælp på den mindst indgribende måde og i et sammenhængende forløb med henblik på, at de og deres familier bevarer tilknytningen til hverdagslivet med skole, fritidsinteresser, familie, uddannelse og arbejde.

Initiativerne udmøntes af Socialstyrelsen i samarbejde med kommuner, der forpligter sig til at modtage processtøtte og rådgivning til udvikling, kvalificering, implementering og forankring af tilbuddet. En indledende screening af lovende indsatser og metoder skal afdække de kerneelementer, som skal danne afsæt for udviklingen af de forebyggende tilbud. De deltagende kommuner skal have en organisering, som bl.a. understøtter projektets gennemførelse og målopfylde.

Der etableres desuden et solidt projekt- og evalueringsdesign med henblik på evaluering af effekterne af indsatserne og efterfølgende udbredelse til andre kommuner. Derfor skal de deltagende kommuner samarbejde med en ekstern leverandør, herunder levere data og dokumentation til evaluering. Desuden skal kommunerne forankre indsatserne efter tilskudsperiodens ophør.

Initiativet skal ses i sammenhæng med initiativ 1.25 om styrkelse af PPR – udvikling og implementering.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -6 af 28

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 50,3 mio. kr. til en pulje til styrkelse af den tidlige, forebyggende indsats i kommunerne for psykisk sårbare unge. Derudover afsættes der i alt 4,9 mio. kr. i 2019-2022 til ekstern evaluering og indledende screening af bl.a. udvalgte kommuners lovende indsatser og metoder målrettet psykisk sårbare unge. Endvidere afsættes der i alt 5,0 mio. kr. i 2019-2022 til Socialstyrelsens implementeringsstøtte. Til Socialstyrelsen afsættes herudover 0,2 mio. kr. i 2019, 0,1 mio. kr. i 2020, 0,1 mio. kr. i 2021 og 0,1 mio. kr. i 2022 til administration jf. punkt 3.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Pulje til kommunerne ift. styrkelse af den tidlige, forebyggende indsats i kommunerne for psykisk sårbare unge	17,2	12,6	8,3	12,2	-
Ekstern evaluering og indledende screening	1,2	1,2	0,6	1,9	-
Socialstyrelsens implementeringsstøtte	1,3	1,3	1,2	1,2	

1.8 Kompetencecenter for børn som pårørende til mennesker med psykiske lidelser

Børn og unge, som vokser op med forældre med en psykisk lidelse, er en sårbar gruppe, som kan have brug for ekstra omsorg og opmærksomhed. Eksempelvis har børn og unge i familier med psykisk sygdom en højere dødelighed end sammenlignelige grupper. Det er børn og unge, som kan opleve utryghed og uforudsigelighed i hverdagen, der risikerer at gå ud over deres trivsel. Samtidig kan stigma forbundet med det at have forældre med psykiske lidelser, gøre det særligt svært for børn og unge at tale om deres udfordringer i hverdagen. Mange har dermed udviklet en evne til at holde deres bekymringer skjult af hensyn til deres forældre. Det kan resultere i, at der alt for sjældent bliver reageret tidligt nok på deres utryghed og begyndende mistrivsel. Dermed er der potentiale for at forebygge og sikre, at der tidligt tages hånd om det enkelte barn/unge, inden udfordringer ikke vokser sig store.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til, at der oprettes et nationalt kompetencecenter for pårørendeindsatser målrettet børn som pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Centeret skal indsamle og formidle viden på området med henblik på at styrke relevante fagprofessionelles kompetencer/redskaber i forhold til at forebygge, afdække og sætte tidligt og kvalificeret ind for børn og unge, som er pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Samtidig skal der være opmærksomhed på familien frem for barnet alene, og dermed fokus på samarbejdet med forældre og andre primærpersoner i barnet eller den unges liv.

Kompetencecenteret oprettes ved, at relevante aktører kan ansøge om at oprette centeret, eventuelt i relation til en allerede eksisterende indsats på området.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 11 mio. kr. til en pulje til oprettelse af kompetencecenter for børn som pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Til Sundhedsstyrelsen afsættes herudover lønmidler på 0,1 mio. kr. i 2019, 0,1 mio. kr. i 2020, og 0,1 mio. kr. i 2022 til administration jf. punkt 3.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Pulje til oprettelse af kompetencecenter for børn som pårørende til mennesker med psykiske lidelser	2,5	2,5	3,0	3,0	-

1.9 Videreføre og udvide tilskud til psykologbehandling for angst og depression

Psykoterapi har en central rolle i behandlingen af både depression og angst. Det er derfor ofte afgørende for mennesker, der lider af depression eller angst at kunne få behandling hos en psykolog. Psykologen kan hjælpe den enkelte med at få det bedre og holde fast i hverdagen med familie, venner samt arbejde eller uddannelse.

Det har stor betydning for den enkelte at få den rigtige hjælp i tide, så depressionen eller angsttilstanden bliver behandlet, før hverdagen ikke længere hænger sammen og før sygemelding fra enten arbejde eller uddannelse. Tilskudsordningen til psykologbehandling for depression og angst - også kaldet psykologordningen - har forbedret muligheden for en hurtigt og individuel hjælp til psykiske problemer, så behandling kommer i tide. For man ved, at en tidlig indsats med psykologbehandling kan forebygge, at angsttilstanden forværres, og dermed potentielt ender med et behov for behandling i psykiatrien.

Der er dog nogle aldersgrupper, der ikke kan modtage tilskud til psykologbehandling af depression og angst, ligesom en stor del af finansieringen af den nuværende ordning udløber med udgangen af 2018. Udløbet vedrører tilskud til bestemte aldersgrupper - nærmere bestemt personer, der lider af let til moderat depression, over 37 år, og personer, der lider af let til moderat angst, fra 29 år til og med 38 år. Voksne over 38 år kan i dag ikke modtage tilskud til psykologbehandling af let til moderat angst, men kun behandling af let til moderat depression, selvom der ikke er en sundhedsfaglig begrundelse herfor. En stor del af gruppen af voksne over 38 år er desuden tilknyttet arbejdsmarkedet og har en hverdag med familie og venner, som fungerer. Der forventes derfor gevinster både for den enkelte patient og for samfundet, hvis denne aldersgruppe i fremtiden kan modtage tilskud til psykologbehandling af angst.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til at videreføre den eksisterende mulighed for at modtage tilskud til psykologbehandling af depression og angst, og at der permanent afsættes midler hertil. Midlerne finansierer, at personer over 37, der lider af depression, og personer mellem 29-38 år, der lider af angst, fortsat kan modtage tilskud til psykologbehandling.

Satspuljepartierne er derudover enige om, at afsætte midler til fjerne aldersloftet på 38 år for tilskud til psykologbehandling af angst. Personer over 38 år vil dermed i fremtiden kunne modtage tilskud til psykologbehandling.

På den baggrund afsættes der fra 2019 og frem 65,4 mio. kr. årligt til at videreføre den eksisterende tilskudsordning til psykologbehandling af depression og angst. Derudover afsættes der i 2019 23,0 mio. kr. og fra 2020 og frem 30 mio. kr. årligt til at fjerne aldersloftet for tilskud til psykologbehandling af let til moderat angst. Midlerne forudsættes overført til regionerne via bloktilskuddet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Videreførelse af tilskud til psykologordningen	65,4	65,4	65,4	65,4	65,4
Fjerne aldersloftet for tilskud til psykologbehandling af angst	23,0	30,0	30,0	30,0	30,0

1.10 Specialpsykologernes kompetencer skal bedre i spil

Kompetencerne i psykiatrien skal udnyttes bedst muligt. Det gælder også for specialpsykologerne, der er autoriserede psykologer, som har gennemgået en fireårig videreuddannelse. En specialuddannet psykolog kan varetage en række kliniske funktioner i den regionale børne- og ungdomspsykiatri eller voksen psykiatri, bl.a. klinisk psykopatologisk undersøgelses-, behandlings- og forløbsplaner, psykopatologisk diagnostisk udredning mv. Specialpsykologernes kompetencer er således en vigtig faglig ressource i den regionale børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -8 af 28

Der mangler dog stadig kendskab til specialpsykologernes uddannelse og kompetencer i regionerne og på de psykiatriske afdelinger. En stor del af specialpsykologerne oplever til tider, at deres samarbejdspartnere sætter spørgsmålstejn ved deres beføjelser. Det manglende kendskab til uddannelsen og usikkerheden om specialpsykologernes kompetencer og beføjelser står i vejen for, at deres kompetencer kommer ordentligt i spil og for et godt samt konstruktivt samarbejde i psykiatrien.

Der er derfor behov for at udbrede kendskabet til specialpsykologernes uddannelse og kompetencer og afklare deres beføjelser, så det er klart for alle, hvilke opgaver specialpsykologer kan og må varetage. For i endnu højere grad at udnytte ressourcerne i psykiatrien bedst muligt er der behov for samtidig at se på, om specialpsykologerne bør få yderligere beføjelser, eksempelvis mulighed for at være behandlingsansvarlige i den stationære psykiatri med inspiration fra Norge.

Formålet er, at specialpsykologernes kompetencer i fremtiden bliver udnyttet bedre, end tilfældet er i dag, og at optimere et konstruktivt samarbejde mellem specialpsykologer og psykiatere. Dette skal ske i respekt for, at psykiatere og specialpsykologer fortsat skal have attraktive opgaver i psykiatrien. Målet er dermed at bidrage til, at den enkelte patient oplever et godt og relevant behandlingsforløb.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til, at der udarbejdes fælles vejledning for specialpsykologernes anvendelse i psykiatrien, samt at Sundhedsstyrelsen med inspiration fra Norge undersøger på hvilken måde, specialpsykologer mest hensigtsmæssigt kan få mulighed for at være behandlingsansvarlige i den stationære psykiatri.

På den baggrund afsættes der 0,6 mio. kr. (0,5 mio. kr. til løn og 0,1 mio. kr. til drift) til, at Sundhedsstyrelsen i 2019 kan udarbejde en fælles vejledning for specialpsykologernes opgavevaretagelse i psykiatrien og en undersøgelse af behov for nye beføjelser til specialpsykologer med inddragelse af relevante parter.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Fælles vejledning for specialpsykologernes opgavevaretagelse i psykiatrien og undersøgelse af behov for nye beføjelser til specialpsykologer	0,6	-	-	-	-

1.11 Understøtte rekruttering af dygtige medarbejdere til psykiatrien

Når flere danskere har brug for at blive behandlet for psykiske lidelser, så har vi også brug for, at flere læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter mv. har psykiatrien som førstevalg, når de skal vælge arbejdsplads. Det er der for få, der har i dag, og det er et problem. Problemerne med at rekruttere fagligt personale til psykiatrien er ikke nye, og problemerne kan derfor heller ikke løses over natten. Det kræver en fælles indsats at sikre en bedre rekruttering og fastholdelse af personale i psykiatrien.

Satspuljepartierne er enige om, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen med deltagelse af de faglige organisationer, Danske Regioner og KL. Arbejdsgruppen kan i relevant omfang inddrage erfaringer fra andre sammenhænge, herunder Lægedækningsudvalgets anbefalinger samt kortlægningen af rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner. Arbejdsgruppen skal komme med anbefalinger til en bedre rekruttering og fastholdelse af personale.

Satspuljepartierne vil drøfte arbejdsgruppens anbefalinger til rekrutterings- og fastholdelsesindsatser af sundhedspersonale i psykiatrien, herunder læger, psykologer, terapeuter, sygeplejersker, social- og

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -9 af 28

sundhedsassistenter mv. Målet er, at flere får øjnene op for de mange spændende faglige muligheder i psykiatrien.

På den baggrund afsættes der 0,6 mio. kr. (løn) i 2019 til, at der i regi af Sundhedsstyrelsen nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af relevante parter, som skal komme med anbefalinger til rekrutterings- og fastholdelsesindsatser af sundhedspersonale i psykiatrien. Der afsættes i alt 3,0 mio. kr. i 2019-2020 i regi af Sundhedsstyrelsen til, at satspuljepartierne kan følge op på arbejdsgruppens anbefalinger,.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Understøtte rekruttering af dygtige medarbejdere til psykiatrien	2,6	1,0	-	-	-

1.12 Strategisk omlægning og udvikling af indsatsen i socialpsykiatrien

Antallet af mennesker, der får hjælp i socialpsykiatrien, er steget, og deres udfordringer er mere komplekse end før. Disse mennesker har ofte gode udviklingsmuligheder, hvis de får støtte og hjælp af høj kvalitet på det rette tidspunkt. Der er således et stort omlægnings- og investeringspotentiale i socialpsykiatrien.

I en række kommuner er man i dag i gang med at udvikle og omlægge indsatsen for borgere med psykiske vanskeligheder med fokus på borgernes recovery og rehabilitering. Udviklingen skal understøttes nationalt, så kvaliteten i den samlede indsats i socialpsykiatrien løftes. Dette initiativ skal bidrage til, at den strategiske omlægning, der allerede er i gang i en række kommuner på voksenområdet, kan udbredes og forankres i landets øvrige kommuner.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til et partnerskab med to til fire kommuner, som skal udvikle og afprøve en samlet model for omstillingen i kommuner og tilbud. Modellen kvalificeres i samarbejde med et større antal interesserede referencekommuner, så det samlede partnerskabsinitiativ vil kunne omfatte op til en tredjedel af landets kommuner, hvorved en bred forankring understøttes.

Dette understøttes af en investeringspulje, hvorfra kommunerne kan søge støtte til strategisk omlægning af indsatsen til at være mere recovery- og progressionsorienteret, så omlægningen understøttes og fremskyndes, og de involverede kommuner gennem Socialstyrelsen kan bidrage med vigtig viden og erfaringer til landets øvrige kommuner om, hvordan man i praksis kan udvikle indsatsen på området. Op til fire kommuner forventes at modtage støtte fra puljen.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 21,8 mio. kr. til ovenstående. Der afsættes heraf 3,8 mio. kr. til vidensindsamling, modeludvikling og evaluering mv., 5,0 mio. kr. til Socialstyrelsen til rådgivning af kommunerne, udvikling af materialer, workshops, møder, opfølgning på initiativerne mv. med relevante aktører, udbudsprocesser mv. samt 13,0 mio. kr. til en ansøgningspulje til støtte af kommunernes omlægning. Til Socialstyrelsen afsættes herudover 0,6 mio. kr. i 2019 samt 0,1 mio. kr. årligt i 2020-2022 til administration jf. punkt 3.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Partnerskab om strategisk omlægning af den socialpsykiatriske indsats	2,2	2,1	1,9	2,6	-
Investeringspulje til strategisk omlægning	13,0	-	-	-	-

1.13 Sikre kvaliteten på socialpsykiatriens største ydelsesområder

Der udarbejdes to sæt nationale anbefalinger for socialpsykiatriens to største ydelsesområder – botilbud og bostøtte. Anbefalingerne skal være med til at danne grundlag for det over for beskrevne arbejde med omlægning og udvikling af indsætterne, udbredelse af viden om virksomme indsatser samt kompetenceudviklingsindsatsen. Dette skal understøtte en mere kvalificeret og ensartet praksis på tværs af landets kommuner og tilbud.

Indsatskatalog om god kvalitet på botilbud

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til udarbejdelsen af et indsatskatalog om god kvalitet på botilbud med beskrivelse af kerneelementer i indsatsen samt understøttende redskaber og metoder til anvendelse på landets botilbud. Initiativet skal kvalitetsudvikle og effektivisere indsatsen i landets botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 for borgere med psykiske vanskeligheder.

Pejlemærker for kvaliteten i den socialpædagogiske bistand (bostøtte)

Satspuljepartierne er endvidere enige om at afsætte midler til udvikling af faglige og organisatoriske pejlemærker for kvaliteten i den socialpædagogiske bistand efter servicelovens § 85 til borgere med psykiske vanskeligheder. Der gennemføres en afdækning af den eksisterende viden samt formidling af casebeskrivelser fra 8-9 kommuner med lovende praksis. Der etableres en arbejdsgruppe med fageksperter, kommuner og andre relevante ressourcepersoner, som med afsæt i vidensafdækningen og casene udarbejder pejlemærkerne.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 11,1 mio. kr. til ovenstående. Heraf afsættes der 6,6 mio. kr. til vidensafdækning, forskningsreview, casebeskrivelser, formidling mv. samt 4,5 mio. kr. til Socialstyrelsen til udvikling, koordination, formidling mv.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Indsatskatalog om kvalitet på botilbud	3,7	1,8	-	-	-
Faglige pejlemærker for den socialpædagogiske indsats	2,6	2,5	0,5	-	-

1.14 Videns- og kompetenceløft af ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien

Flere med psykiske vanskeligheder har brug for hjælp og støtte fra kommunen. Forskelligartede støttebehov stiller nye krav til de socialpsykiatriske tilbud samt ledere og medarbejdere herpå. Derfor er der brug for et bredt kvalitets- og kompetenceløft i socialpsykiatrien. Initiativet har fokus på at bringe den viden i anvendelse på landsplan, der allerede findes på området, samt den viden der udvikles i initiativerne 1.12 og 1.13 målrettet socialpsykiatrien.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til at iværksætte en omfattende og varig kompetenceudviklingsindsats i landets kommuner og tilbud for at understøtte en bedre kvalitet og en mere effektiv anvendelse af ressourcerne i socialpsykiatrien. Der udvikles og udbydes derfor kompetenceudviklingstilbud til ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien. Kompetenceudviklingstilbuddene leveres af de bedste kursusleverandører på området, og der afsættes varige midler for at sikre en løbende og varig kompetenceudvikling, der hele tiden bygger på den nyeste viden. Ligeledes udarbejdes guidelines til god faglig ledelse i socialpsykiatrien, og der etableres et ledernetværk.

For at understøtte en effektiv udbredelse af den erhvervede viden, er satspuljepartierne samtidig enige om at afsætte midler til et udgående indsatsteam, der tilbyder landets kommuner og tilbud konkrete og målrettede rådgivningsforløb med afsæt i resultaterne fra de øvrige initiativer til styrkelse af socialpsykiatrien samt øvrige

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -11 af 28

forsknings- og praksisnær viden. I de enkelte indsatsforløb vil der også indgå målrettet kompetenceudvikling, og indsatssteamet vil således spille sammen med ovenstående kompetenceudviklingsinitiativ.

Indsatssteamet skal sikre, at den aktuelt bedste viden og de mest virkningsfulde metoder udbredes systematisk til landets kommuner og tilbud, så den samlede indsats opkvalificeres og den ekspertviden, der findes på området, kommer ud og kommer borgerne til gavn.

Desuden skal teamet sikre, at model og anbefalinger, der udvikles som led i de øvrige initiativer, udnyttes og anvendes bredt og kommer til at gøre en forskel for flest muligt gennem indsatssteamets rådgivning.

Som led i det samlede løft af socialpsykiatrien afholdes en national konference om kvalitet i den socialpsykiatriske indsats for medarbejdere og ledere i den kommunale socialpsykiatri. Formålet er at skabe en landsdækkende opmærksomhed på den viden, der udvikles samt på mulighederne for at få hjælp til at implementere denne viden.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 67,1 mio. kr. til ovenstående. Heraf afsættes der 32,5 mio. kr. til kompetenceudviklingstilbud mv., 23,1 mio. kr. til Socialstyrelsen til op til 75 indsatsforløb i kommuner og på sociale tilbud, 7,0 mio. kr. til udviklingsaktiviteter, temadage, konferencer, udarbejdelse af guidelines mv. samt 4,5 mio. kr. til Socialstyrelsen til projektledelse, kvalitetssikring, ledernetværk mv. Der afsættes endvidere 12 mio. kr. årligt i permanente midler fra 2023 og frem, herunder 10,5 mio. kr. til fortsat kompetenceudvikling samt 1,5 mio. kr. til Socialstyrelsen til projektledelse af den samlede kompetenceudvikling, facilitering og drift af ledernetværket samt opfølgning på initiativerne.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Kompetenceløft af ledere og medarbejdere, herunder kompetenceudviklingstilbud, guidelines for god faglig ledelse og ledernetværk	6,0	9,0	9,0	13,0	12,0
Udbredelse og forankring af viden om virksomme indsatser, herunder indsatssteam	7,8	7,2	5,2	9,9	-

1.15 Udvikling af et sundhedspædagogisk værktøj til forebyggelse af somatisk sygdom

Mennesker med psykiske lidelser lever mellem 15 og 20 år kortere og med mere sygdom end den øvrige befolkning. Det skyldes både højere forekomst af selvmord og bivirkninger ved psykofarmaka, men samlet set udgør fysisk sygdom, og risikofaktorer herfor også en væsentlig årsag til den øgede sygelighed og kortere levetid. Forskning viser, at mennesker med psykiske lidelser ofte underdiagnosticeres og underbehandles for deres fysiske sygdomme. Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 viser samtidig, at mennesker med vedvarende psykisk lidelse er ligeså motiverede som andre for at ændre deres sundhedsadfærd. Men det kan være svært at blive motiveret til fx at bevare et rygestop eller passe den rette kostplan i en daglighed, der måske i forvejen er psykisk svær og uoverskuelig.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til, at der udarbejdes et sundhedspædagogisk værktøj, der skal tage højde for denne forskel i patientgrupperne, og som dermed skal bidrage til styrket kompetence hos personalet i forhold til forebyggelse af somatisk sygdom.

Det sundhedspædagogiske værktøj kan tage udgangspunkt i det eksisterende sundhedspædagogisk værktøj målrettet mennesker med diabetes. Redskabet stilles til rådighed for kommuner og regioner og har til formål at klæde personale, der arbejder med mennesker med psykiske lidelser i kommuner og regioner,

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -12 af 28

bedre på til tage snakken med mennesker med psykiske lidelser om forebyggelse af fysiske lidelser, blandt andet som følge af kost, rygning, alkohol mv. Værktøjet skal være med til at sikre, at indsatsen tilrettelægges med udgangspunkt i borgerens sygdomstilstand, behov, ressourcer og motivation.

På den baggrund afsættes 0,6 mio. kr. (0,1 til løn og 0,5 til drift) i 2019 til Sundhedsstyrelsens udvikling af et sundhedspædagogisk værktøj til forebyggelse af somatisk sygdom.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Udvikling af et sundhedspædagogisk værktøj til forebyggelse af somatisk sygdom	0,6	-	-	-	-

1.16 Styrke udbredelsen af de regionale akutte udrykningsteams i psykiatrien

Det er centralt, at mennesker med psykiske lidelser tidligt og i deres nære omgivelser får den rette hjælp, så de kan bevare tilknytning til hverdagen med eksempelvis arbejde og familie. Med sundhedspuljen fra finansloven for 2018 blev der afsat ca. 80 mio. kr. i 2018-2021 til udbredelsen af akut psykiatriske udrykningstjenester i regionerne.

Ambitionen med regionale akutte udrykningstjenester er at tilbyde et alternativ til indlæggelse til borgere med behov for akut psykiatrisk behandling. Evalueringen af projekterne, som fik støtte med satspuljeaftalen for 2014-2017, har vist, at indlæggelser kan forkortes eller helt undgås. Derudover er der bedre mulighed for, at den enkelte kan blive på arbejdsmarkedet, når deres behandling foregår i eget hjem. Blandt patienterne er der en høj tilfredshed, som foretrækker behandling gennem ambulant akutteam frem for indlæggelse, fordi forholdet mellem behandler og personen med den psykiske lidelse bliver mere ligeværdigt og mindre stigmatiserende.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til en til en større udbredelse af de regionale akutte udrykningsteams med henblik på at sikre bedre geografisk dækning. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at nogle regioner dækker et større geografisk område end andre.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 20 mio. kr. til udbredelse af de regionale akutte udrykningsteams. Midlerne forudsættes overført til regionerne via bloktilskuddet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Styrke udbredelsen af de regionale akutte udrykningsteams i psykiatrien	5,0	5,0	5,0	5,0	-

1.17 Bedre samarbejde mellem politiet og sundhedssektoren

Politiet varetager til daglig en stor opgave med at håndtere en række forskelligartede hændelser, der omfatter mødet med mennesker med psykiske lidelser, og som i mange tilfælde involverer direkte samarbejde eller kontakt med andre myndigheder, herunder særligt sundhedsmyndighederne. Politiets temaanalyse fra 2018 om beredskabets arbejde med personer med psykiske lidelser viser samtidigt, at antallet af hændelser, der involverer personer med psykiske lidelser, er steget markant fra 2009 til 2016.

Derudover er politiet i mange tilfælde den første myndighed, der får kontakt til borgere med psykiske lidelser og udadreagerende adfærd, hvilket betyder, at politiet ofte befinder sig i situationer, hvor der kan være behov for sundhedsfaglige kompetencer for at sikre, at der bedst

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -13 af 28

muligt tages hånd om borgeren og for at sikre, at der sker mindst mulig magtanvendelse i den givne situation.

For at styrke myndighedssamarbejdet i håndteringen af hændelser, der involverer personer med psykisk lidelse, vil der med initiativet blive igangsat et pilotprojekt om et fælles udrykningskoncept, hvor personale fra både politiet og psykiatrien i fællesskab rykker ud og håndterer hændelser med personer med psykiske lidelser. Udrykningskonceptet vil blive understøttet af en tværfaglig vidensgruppe, der skal udvikle, følge og evaluere projektet. Vidensgruppen skal bl.a. løbende vurdere udrykningsteams' uddannelsesniveau i forbindelse med udrykninger, der involverer personer med psykiske lidelser, således at udrykningsteams har de rette kompetencer til at håndtere personerne bedst muligt og reducere politiets brug af magtanvendelse.

Derfor er satspuljepartierne enige om, at der afsættes midler til gennemførslen af pilotprojektet med et fælles udrykningskoncept med personale fra politiet og psykiatrien i fire politikredse.

Det forventes, at et fælles udrykningskoncept vil få betydning for personer med psykiske lidelser, der er i kontakt med politiet, bl.a. ved at deeskalere konfliktniveauet og mindske omfanget af skader hos både personer med psykiske lidelser og de ansatte ved beredskabsmyndighederne. Det er ligeledes forventningen, at initiativet vil bidrage til at sikre, at personer med psykiske lidelser tidligst muligt får den rette hjælp af de rette myndigheder og således oplever en professionel og tilpasset håndtering.

På den baggrund afsættes der 37,9 mio. kr. i perioden fra 2019 til 2021 til et pilotprojekt om et fælles udrykningskoncept. Der afsættes heraf samlet 32,8 mio. kr. i perioden fra 2019 til 2021 til de fælles udrykningsteams og samlet 5,1 mio. kr. i perioden fra 2019 til vidensgruppen, der skal udvikle, følge og evaluere pilotprojektet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Midler til afprøvningen af fælles udrykningsteams	10,2	14,3	8,3	-	-
Midler til vidensgruppe	1,8	1,5	1,8	-	-

1.18 Bedre overgang fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien

Mennesker med psykiske lidelser oplever for ofte, at vigtige oplysninger ikke deles mellem de forskellige aktører, der har ansvaret for deres forløb. I nogle tilfælde må borgerne eller de pårørende sørge for, at der bliver koordineret og udvekslet oplysninger mellem de forskellige parter, fx når en patient udskrives fra psykiatrien i regionen til sociale indsatser i kommunen.

Det kan være en sårbar situation, når en patient udskrives og skal hjælpes på vej i hverdagen af personale i kommunerne og praksissektoren. Derfor er det vigtigt, at alle parter – inklusiv de pårørende - omkring patienten er klar over, hvad der skal ske i forbindelse med overgangen fra fx indlæggelse i psykiatrien til ophold på et botilbud. I dag koordineres overgangen ofte i forbindelse med udarbejdelsen af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, som laves, når overlægen vurderer, at patienten ikke selv vil opsøge den nødvendige behandling eller sociale tilbud efter at være blevet udskrevet. Det er dog kun et fåtal af de psykiatriske patienter, der i forbindelse med deres udskrivelse fra psykiatrien, får udarbejdet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -14 af 28

Satspuljepartierne er enige om, at der med satspuljen for 2019 afsættes midler til, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner gøres obligatoriske for alle voksne indlagte psykiatriske patienter, som modtager støtte i regi af servicelovens bestemmelser. Forslaget vil kræve en ændring af psykiatriloven.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 7,0 mio. kr. i 2019 og 14 mio. kr. i 2020 og frem til udvidelse af anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for voksne patienter i behandlingspsykiatrien, som modtager støtte i regi af servicelovens bestemmelser. Midlerne forudsættes overført til regionerne og kommunerne via bloktilskuddet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Udvidelse af anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplanerne	7,0	14,0	14,0	14,0	14,0

1.19 Bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien

Overgangen fra barn og ungdom til voksenlivet kan være svært for mange. For børn og unge med psykiske lidelser kan det være særlig svært, fordi trykke og faste rammer ofte er afgørende for deres forløb. Samtidig oplever unge, at 18-års alderen kan være udslagsgivende for flere skifte i personer og regler.

En af de svære overgange kan være fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, som for nogle unge kan føles meget brat. I overgangen fra børn- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien kan de unge opleve, at de møder en mere forskellig gruppe af behandlere og medpatienter i voksenpsykiatrien, end de kender fra børne- og ungdomspsykiatrien. Omvendt kan nogle have gavn af de mere intensive indsatser, som tilbydes i voksenpsykiatrien. Overgange er uundgåelige i et højt specialiseret sundhedsvæsen, hvor den enkelte skal have behandling af høj kvalitet ud fra det aktuelle behov, men det afgørende er, at overgangene er så smidige som muligt.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til at udvikle en model, der kan understøtte sundhedspersonalet i at skabe en struktureret, smidig og individuel overgang. Modellen skal samtidig understøtte den unges egenomsorg og handlekompetence. Det skal naturligvis ske med respekt for den faglige vurdering i samarbejde med den unge og familien omkring. Målgruppen for modellen er unge med moderate til svære psykiske lidelser, der har behov for at blive fulgt i voksenpsykiatrisk regi efter forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. En model for overgangen inspireres af "det gode transitionsforløb" fra somatikken og fokuseres omkring systematisk ændring af praksis/rutiner.

På den baggrund afsættes 0,6 mio. kr. (0,5 løn og 0,1 til drift) i 2019 til Sundhedsstyrelsens udvikling af en model for bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien målrettet sundhedspersonalet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Model for en bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien målrettet sundhedspersonalet	0,6	-	-	-	-

1.20 Nationalt kompetencecenter for behandling af personer med en psykisk lidelse og et alkoholmisbrug

Dobbeltbelastning i form af en psykisk lidelse og et samtidigt alkoholmisbrug komplicerer indsatsen. Det stiller store krav til personalets kompetencer. Selv dygtige behandlere har ikke nødvendigvis den krævede

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -15 af 28

ekspertise i behandling af dobbeltbelastning. De kan i det enkelte forløb have behov for konkret rådgivning fra eksperter, ligesom de med henblik på kompetenceudvikling kan have stor nytte af at modtage ekspertviden om behandlingen.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til, at Ringgården efter udløbet af den eksisterende satspuljebevilling kan fortsætte som nationalt kompetencecenter med den opgave at yde konkret rådgivning til alkoholmisbrugsbehandlere og behandlere i psykiatrien samt indsamle viden og formidle denne bredt til de relevante behandlingssteder.

På den baggrund afsættes der i 2020 1,4 mio. kr. til fortsættelse af Ringgården som nationalt kompetencecenter for behandling af personer med en psykisk lidelse og et alkoholmisbrug.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Ringgården som nationalt kompetencecenter for behandling af personer med psykisk lidelse og alkoholmisbrug	-	1,4	-	-	-

1.21 Udvikling og afprøvning af værktøjer til brug for opsporing af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

Dobbeltbelastning i form af en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug komplicerer indsatsen. Behandling af den psykiske lidelse er en forudsætning for at få gavn af behandling af misbruget og omvendt. Men ofte ved man ikke, hvem der har en dobbeltbelastning. Det betyder, at man ofte ikke får iværksat den nødvendige behandling. En forudsætning for behandlingens iværksættelse er, at misbruget hos mennesker med psykiske lidelser opspores, og at den psykiske lidelse hos mennesker med misbrug ligeledes opspores. Derfor skal personalet være klædt på til opsporingen.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til udvikling og afprøvning af to værktøjer til opsporing af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Det ene værktøj skal kunne anvendes af personale med ansvar for misbrugsbehandling og det andet af personale i psykiatrien. Værktøjerne udvikles i en samlet proces af Sundhedsstyrelsen under inddragelse af Socialstyrelsen og relevante fagpersoner.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2020 i alt 2 mio. kr., heraf 0,5 mio. kr. til løn og 0,4 mio. kr. til drift i 2019 samt 0,2 mio. kr. til løn og 0,9 mio. kr. til drift i 2020, til Sundhedsstyrelsens udvikling og afprøvning af værktøjer til opsporing af mennesker med dobbeltbelastning.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Udvikling og afprøvning af værktøjer til opsporing af mennesker med dobbeltbelastning	0,9	1,1	-	-	-

1.22 Mere viden om behandling med elektrochok (ECT)

ECT-behandling (Electro Convulsive Therapy), som på dansk også kaldes elektrochok er en veldokumenteret og effektiv behandlingsform med relativt få bivirkninger. I nogle tilfælde kan ECT-behandling være livreddende pga. den hurtigt indsættende effekt, og den kan være den mest effektive behandling til bl.a. patienter med svær depression.

Der mangler dog mere viden om, hvorfor nogle patienter oplever kognitive bivirkninger (påvirkning af komplekse hjerneprocesser som indlæring, opmærksomhed, hukommelse mv.), mens andre ikke gør.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -16 af 28

Hyppigheden og varigheden af skader i form af kognitive forstyrrelser efter ECT, herunder særligt hukommelsesfunktioner, er endnu ikke fuldt klarlagt. Undersøgelser har vist, at patienter efterlyser bedre information om bl.a. effekt og mulige bivirkninger ved ECT, før de påbegynder behandlingen.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til dels et forskningsprojekt vedr. omfanget af svært målbare og langvarige skader efter ECT, dels en analyse vedr. information til patienter om effekten og risikoen for bivirkninger ved ECT. Analysen skal også belyse patienters erfaringer med tilbud om rehabilitering, herunder om patienterne modtager de nødvendige tilbud, hvis der er sket skader i forbindelse med behandlingen. Forskningsprojektet skal give mere viden om risiko for langvarige skader efter ECT for at få et bedre grundlag for rådgivning af patienter forud for eventuel behandling.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2021 i alt 5,6 mio. kr. til en pulje til et forskningsprojekt vedr. omfanget af svært målbare og langvarige skader efter ECT. Derudover afsættes der 0,4 mio. kr. i 2019 til Sundhedsstyrelsen til en ekstern analyse vedr. information til patienter om ECT samt patienters erfaring med tilbud om rehabilitering efter skader. Til Sundhedsstyrelsen afsættes herudover 0,1 mio. kr. (løn) i 2019 til administration jf. punkt 3.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Forskningsprojekt vedr. omfanget af svært målbare og langvarige skader efter ECT	1,6	2,0	2,0	-	-
Analyse vedr. information til patienter om ECT samt patienters erfaring med tilbud om rehabilitering efter skader	0,4	-	-	-	-

1.23 Nye Nationale Kliniske Retningslinjer

Der skal være sikkerhed for samme gode behandling, uanset hvor i Danmark psykiatriske patienter bliver behandlet, og behandlingen skal svare til bedste praksis på området. Derfor er satspuljepartierne enige om, at der skal udarbejdes nye Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) på psykiatriområdet.

De Nationale Kliniske Retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan understøtte sundhedspersonalet i deres udredning og behandling af psykiatriske patienter. Retningslinjerne er baseret på videnskabelig evidens, nyeste forskning og den bedste praksis. Formålet er at medvirke til en ensartet indsats på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren – uanset hvor i landet patienten bor.

Forud for udarbejdelsen af nye Nationale Kliniske Retningslinjer laves der i regi af Sundhedsstyrelsen en afdækning af, hvor behovet for yderligere kliniske retningslinjer på psykiatriområdet er størst, og om der er behov for revidering af eksisterende retningslinjer, fx som følge af nyligt publicerede internationale retningslinjer, som bør afspejles i den danske behandling.

På den baggrund afsættes der 3,5 mio. kr. i 2019-2020 til, at Sundhedsstyrelsen kan udarbejde nye eller revidere eksisterende Nationale Kliniske Retningslinjer. Af de afsatte midler udgør 1,0 mio. kr. i 2019 og 0,8 mio. kr. i 2020 løn samt 1,0 mio. kr. i 2019 og 0,7 mio. kr. i 2020 drift.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Nye Nationale Kliniske Retningslinjer	2,0	1,5	-	-	-

1.24 Ny klinisk kvalitetsdatabase for psykologbehandling

Sundhedsstyrelsen fremhævede i sin evaluering og perspektivering af tilskudsordningen til psykologbehandling fra 2015, at der mangler data vedrørende kvalitet og effekt af tilskudsordningen til psykologbehandling. Sundhedsstyrelsen konkluderede i samme evaluering, at det vil være hensigtsmæssigt at styrke vidensgrundlaget om behandlingen i tilskudsordningen til psykologbehandling.

På den baggrund blev man i overenskomstaftalen mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening fra 27. februar 2016 enige om at etablere en klinisk kvalitetsdatabase for psykologbehandling. Det har imidlertid været udfordringer at få parterne til at tilvejebringe finansiering af en klinisk kvalitetsdatabase. Der findes således fortsat ikke data om behandlingseffekter eller om de behandlingsmetoder, som psykologerne anvender i de konkrete behandlingsforløb i tilskudsordningen til psykologbehandling.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til at finansiere etablering og den indledende drift af en klinisk kvalitetsdatabase for tilskudsordningen til psykologbehandling. Derved sikres det, at der tilvejebringes systematisk data om aktivitet, effekt og kvalitet i af behandlingen i tilskudsordningen til psykologbehandling.

Det forudsættes, at en region påtager sig opgaven som dataansvarlig, og at den kliniske kvalitetsdatabase etableres i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ligesom eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 2,9 mio. kr. til etablering og drift af en klinisk kvalitetsdatabase for psykologbehandling. Midlerne overføres til regionerne via bloktilskuddet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Etablering og drift af en Klinisk Kvalitetsdatabase for psykologbehandling	1,1	0,6	0,6	0,6	-

1.25 En styrket indsats i PPR – udvikling og implementering

Pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR) har ofte en stor og vigtig kontaktflade til både børn og unge samt deres familier, men også involverede fagpersoner på tværs af enheder og sektorer. PPR er samtidig til stede i hele landet, men der er i dag variation i PPR's opgaver og organisering landet over.

Fra flere fronter efterspørges det, at PPR's potentiale til at observere og reagere på børn og unge med psykisk mistrivsel eller psykiske lidelser/tegn herpå udnyttes bedre ved at styrke PPR's mulighed for at tilbyde lettere behandling. Men der mangler dog viden om, hvad et lettere behandlingstilbud i PPR mest hensigtsmæssigt indebærer, hvordan kvaliteten sikres, og PPR's samspil med de involverede parter styrkes. Derudover mangler der et overblik over kommunernes forskellige forudsætninger for at implementere lettere behandlingsopgaver i PPR.

Satspuljepartierne er derfor enige om at afsætte midler til, at der først laves et fagligt arbejde for lettere behandlingstilbud i PPR, herunder en kortlægning af viden og praksis i dag. På baggrund af det faglige arbejde afsættes der en ramme til implementering af anbefalingerne fra arbejdet.

Det faglige arbejde for lettere behandlingstilbud i PPR skal baseres på bedst mulig evidens, viden og erfaringer på tværs af sundheds-, social- og undervisningsområdet. Arbejdet skal tage udgangspunkt i en kortlægning af kommunernes nuværende PPR og forskellige forudsætninger forbundet hermed.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -18 af 28

Arbejdet skal ses i sammenhæng med arbejdet på børn og ungeområdet i forhold til at sikre en gradueret indsats. Sundhedsstyrelsen har som led i satspuljeaftalen for 2017-2020 udarbejdet forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, hvor en gradueret indsats anbefales. Dette kan anvendes i det faglige arbejde. Ligeledes kan der anvendes tankegangen fra Socialstyrelsens udviklings- og investeringsprogram og erfaringerne fra puljen på i alt 133,2 mio. kr., som blev afsat til at styrke den tidlige og forebyggende indsats i PPR i regi af satspuljeaftalen for 2017-2020 på socialområdet.

Målgruppen for arbejde og implementeringen heraf er børn og unge, der mistrives eller har/ er i risiko for at udvikle en psykiske lidelse. Det faglige arbejde skal se på en nærmere målgruppeafgrænsning, som skal bidrage til et målrettet og fokuseret arbejde.

Det faglige arbejde skal beskrive, hvordan kommunerne implementerer lettere behandlingstilbud i PPR. Det skal fagligt beskrives, hvordan lettere behandlingstilbud i PPR kan implementeres, herunder indhold, kvalitet, behandlingsmekanismer, metode og relevante aktører samt deres ansvar og evt. kompetenceudviklingsbehov, men også kommunernes forskellige forudsætninger for at implementere lettere behandlingstilbud i PPR. Behandlingstilbuddene skal gives i forlængelse af PPRs indsatser i grundskolen i forhold til at rådgive skoler om at tilrettelægge et læringsmiljø, der fremmer alle elevers læring og trivsel, når der er behov for intensiveret indsats. Det faglige arbejde skal også udvikle en mere systematisk vidensoverførsel til lærere og pædagoger, så man både understøtter og sikrer læreres og pædagogers viden om mistrivsel og forebyggelse af psykiske lidelser. Det er også vigtigt, at styrkelsen af PPR reflekteres i læreres og pædagogers viden og handlekompetencer. Endvidere skal arbejdet belyse, hvordan behandlingstilbuddene tilrettelægges i samarbejde med fx sundhedsplejen, skolen, familien, andre kommunale indsatser og børne- og ungdomspsykiatrien, dvs. på tværs af undervisning- og social- og sundhedsområdet. Det faglige arbejde skal tage hensyn til kommunernes forskellige forudsætninger vedr. størrelse, organisering, kompetencer mv. og skal dermed være realistisk i implementering.

Derudover er satspuljepartierne enige om at afsætte midler til, at lettere behandlingstilbud i PPR implementeres i kommunerne på baggrund af anbefalingerne fra det faglige arbejde. Midlerne til implementering gives på baggrund af det faglige arbejde men kan fx gå til kommuner, som vurderes at have et eksisterende set-up for PPR, der umiddelbart er gearret til implementering af lettere behandlingstilbud, men også kommuner der har behov for en grundlæggende støtte til implementering af anbefalingerne. Dette understøttes med implementeringsstøtte/rådgivning.

Satspuljepartierne er enige om, at målet er at styrke og ensarte PPRs tilstedeværelse i hverdagen for alle børn og unge med mistrivsel, psykiske lidelser eller tegn herpå på tværs landet. Samtidig skal kvaliteten højnes og ensartes. Satspuljepartierne er samtidig enige om, at målet på sigt er, at alle landets kommuner skal have en PPR, der tilbyder lettere behandling af høj kvalitet. Dermed er satspuljepartierne enige om at genbesøge området ved kommende satspuljeforhandlinger.

Målet er at understøtte, at PPR kan bidrage til, at indsatserne for børn og unge i mistrivsel leveres på rette tid, sted og niveau under hensynstagen til organisering, samarbejdsrelationer, de forskellige faggruppers ansvarsområder, kompetencer mv. Dermed er det også formålet at undgå at sygeliggøre børn og unge unødigt med tilhørende unødvendig henvisning til behandlingspsykiatrien. Med et behandlingsmæssigt fokus får PPR et stærkere sundheds- og social- og undervisningsfagligt sigte.

Implementeringen skal evalueres bl.a. vedr. organisering og indhold af lettere behandlingstilbud med henblik på vurdering af evt. national udbredelse. Samtidig skal implementeringen følges løbende med henblik på at kvalificere satspuljepartiernes drøftelser på området.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -19 af 28

Det faglige arbejde udarbejdes i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen og Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, som skal arbejde med en inddragende proces med andre relevante organisationer og fagfolk på området.

Det bemærkes, at implementeringen af anbefalingerne fra det faglige arbejde skal holdes inden for den afsatte økonomiske ramme. De faglige anbefalinger skal således være mulige at realisere inden for den afsatte ramme. Såfremt der måtte komme et krav om DUT-kompensation fra kommunerne som følge af det aftalte initiativ, skal det finansieres inden for satspuljens ramme.

På den baggrund afsættes der i 2019 i alt 3,5 mio. kr. til, at Styrelsen for Undervisning og Kvalitet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen laver et fagligt arbejde for lettere behandlingstilbud i PPR, heraf afsættes 1,5 mio. kr. (løn) til Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, 1 mio. kr. (løn) til Socialstyrelsen og 1 mio. kr. (løn) til Sundhedsstyrelsen. Derudover afsættes 2 mio. kr. til Styrelsen for Undervisning og Kvalitet til en ekstern kortlægning af kommunernes udgangspunkt for implementering af lettere behandlingstilbud i PPR. Der afsættes derudover 19,3 mio. kr. i 2020, 39,3 mio. kr. i 2021 og 42,5 mio. kr. i 2022 til pulje til implementering af lettere behandlingstilbud i PPR, som kommuner kan søge på baggrund af det faglige arbejde. Puljen kan ansøges i 2020 og i 2021. Dermed forventes flere kommuner at få tildelt midler i 2021 end i 2020. Endvidere afsættes der i alt 12,0 mio. kr. i 2020-2022 til implementeringsstøtte i kommunerne, som lægges under Sundheds- og Ældreministeriets departement med henblik på endelig afklaring af placering af midlerne, når de faglige anbefalinger foreligger. Af de 12 mio. kr. afsættes 1 mio. kr. til løn i 2020 til, 2,0 mio. kr. i 2021 og 3,0 mio. kr. i 2022. Desuden afsættes der 1,5 mio. kr. til evaluering af implementeringen. Der afsættes 0,5 mio. kr. i 2019, 0,3 mio. kr. i 2020, 0,2 mio. kr. i 2021 og 0,3 mio. kr. i 2022 administration, som tillige lægges under Sundheds- og Ældreministeriets departement med henblik på endelig afklaring af placering af midlerne jf. punkt 3.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Fagligt arbejde for lettere behandlingstilbud i PPR	3,5	-	-	-	-
Ekstern kortlægning af kommunernes PPR	2,0	-	-	-	-
Pulje til kommuners implementering af lettere behandlingstilbud i PP	-	19,3	39,6	42,5	-
Implementeringsstøtte	-	2,0	4,0	6,0	-
Evaluering	-	0,5	0,5	0,5	-

1.26 Udvidelse af forsøgsordning med vederlagsfri psykologbehandling til unge med depression og angst

Angst og depressive symptomer er nogle af de mest almindelige psykiske helbredsproblemer blandt unge. Unge gennemgår ofte store forandringer i livet - mange flytter hjemmefra og overgår fra ungdomsuddannelse til videregående uddannelse eller til fuldtidsbeskæftigelse. De unge voksne har typisk et lavt rådighedsbeløb, fordi de for eksempel er under uddannelse eller kun kortvarigt har arbejdsmarkedstilknytning. Dette var baggrunden for, at satspuljepartierne med satspuljeaftalen for 2018-2021 blev enige om at igangsætte en forsøgsordning med vederlagsfri psykologbehandling til unge mellem 18-20 år, der lider af let til moderat depression eller angst i perioden 2018-2021.

Satspuljepartierne er enige om at udvide forsøgsordningen, så også 21-årige bliver omfattet af forsøgsordningen til og med 2021.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -20 af 28

Der er reserveret midler til en eventuel efterregulering, såfremt efterspørgslen viser sig at være større end oprindelig forudsat.

På den baggrund afsættes der i alt 18,4 mio. kr. i perioden 2019-2022 til udvidelse af forsøgsordningen med vederlagsfri psykologbehandling, så også 21-årige bliver omfattet af forsøgsordningen til og med 2021, ligesom der reserveres midler til en eventuel efterregulering, såfremt efterspørgslen viser sig større end oprindeligt forudsat. Midlerne overføres til regionerne via bloktilskuddet.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Udvidelse af forsøgsordning med vederlagsfri psykologbehandling til unge med depression og angst	4,4	7,0	7,0	-	-

2. Øvrige prioriteringer

2.1 Behandling af behandlingsafvisende varigt inhabile somatiske patienter

En del patienter med en varigt nedsat psykisk funktionsevne, fx mentalt retarderede og mennesker med demens, modtager ikke den somatiske behandling, som de ud fra en sundhedsfaglig vurdering har behov for. Det kan skyldes, at de som følge af deres mentale tilstand ikke er i stand til at forholde sig til deres behandlingsbehov og derfor afviser at modtage behandling.

Med henblik på at sikre, at varigt inhabile somatiske patienter modtager den rette sundhedsfaglige behandling er det i medfør af lov nr. 655 af 8. juni 2017 om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile per 1. januar 2018 blevet tilladt at tvangsbehandle varigt inhabile somatiske patienter. Med loven er der samtidig etableret en række mekanismer, der skal sikre patienternes retssikkerhed. Disse mekanismer indebærer merudgifter.

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev det besluttet at afsætte midler til at finansiere lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile. Med aftalen blev der afsat i alt 18,3 mio. kr. i 2018 og 16,8 mio. kr. fra 2019 og frem.

Efterfølgende har der været økonomiske forhandlinger om loven med Danske Regioner og KL. Resultatet af disse forhandlinger førte til en aftale mellem Danske Regioner og staten og KL og staten, der betød, at der skal ske en yderligere finansiering på samlet 5,2 mio. kr. årligt fra 2019 og frem svarende til forskellen på den aftalte kompensation til Danske Regioner og KL og det beløb, der blev afsat med satspuljeaftalen for 2018-2021.

På den baggrund afsættes der 5,2 mio. kr. årligt fra 2019 og frem til finansiering af merudgifter til regioner og kommuners behandling af behandlingsafvisende varigt inhabile somatiske patienter.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Behandling af behandlingsafvisende varigt inhabile somatiske patienter	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2

2.2 Styrket behandlingsgaranti og social stofmisbrugsbehandling for personer med et stofmisbrug

Borgere, der gerne vil i behandling for et stofmisbrug, skal have en hurtig, effektiv og helhedsorienteret behandling, som er af høj faglig kvalitet, og som matcher borgerens behov for hjælp og støtte. Hvad enten målet med behandlingen er stoffrihed, et stabiliseret eller reduceret forbrug af stoffer, kan en virksom indsats

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -21 af 28

bane vejen for, at borgeren kan begynde eller genoptage en uddannelse eller et arbejde, ligesom det kan give større livskvalitet og bedre mulighed for at være en del af fællesskabet.

Den tværministerielle undersøgelse om mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug, der er offentliggjort i oktober 2018, viser imidlertid, at der er forskel på kommunernes tolkning af behandlingsgarantien, samt at der er usikkerhed om nøjagtigheden i data på området som følge af forskellig registreringspraksis i kommunerne.

Satspuljepartierne er derfor enige om at afsætte midler til et initiativ, der har til formål at styrke den gældende behandlingsgaranti, forbedre kvaliteten af kommunernes behandlingsindsats og løfte vidensgrundlaget på stofmisbrugsområdet.

Midlerne skal for det første anvendes til at undervise og rådgive kommunerne i en lovændring, der skal sikre mere klare regler for social behandling af stofmisbrug, herunder hvilke krav der stilles, fra en borger anmoder om behandling, og til behandlingen skal være iværksat 14 dage senere. Lovændringen skal desuden sikre, at kommunerne som led i behandlingen kan anvende gavekort, der har vist sig som et effektivt redskab til at fastholde borgere i behandling. Derudover får Center for Rusmiddelforskning til opgave at understøtte kommunerne i at benytte redskaber til at afdække problemer og behov hos borgere med et stofmisbrug.

For at understøtte en helhedsorienteret og systematisk stofmisbrugsbehandling skal midlerne for det andet anvendes til at videreføre implementeringen af de Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling til yderligere 15-20 kommuner. Retningslinjerne bygger på lovgivning og aktuelt bedste viden, og bliver implementeret i 20-25 kommuner fra offentliggørelsen i 2016 og til udgangen af 2019. Initiativet videreføres nu for at bygge videre på de gode erfaringer og sikre en glidende overgang fra den igangværende indsats. For at sikre sammenhæng med ovennævnte lovændring opdateres retningslinjerne, så de er i overensstemmelse hermed. Udover at videreføre implementering af retningslinjerne til flere kommuner, afholdes desuden temadage og informationsaktiviteter som et tilbud for alle kommuner.

Endelig skal der afsættes midler til at udvikle et nyt rapportværktøj, så kommuner kan udtrække data på stofmisbrugsområdet og benytte det mere systematisk og aktivt i udviklingen af behandlingsindsatsen.

På den baggrund afsættes der 20,7 mio. kr. til at styrke behandlingsgarantien og den sociale stofmisbrugsbehandling. Herunder afsættes 1,4 mio. kr. i 2019 til Socialstyrelsens opgavevaretagelse i form af en implementeringsindsats, hvor landets kommuner undervises og rådgives i lovændringen af servicelovens § 101 om social behandling af stofmisbrug, samt 2,6 mio. kr. årligt fra 2019 og frem i tilskud til Center for Rusmiddelforskning til at understøtte kommunerne med redskaber til at afdække problemer og behov hos borgere med et stofmisbrug. Endvidere afsættes 0,8 mio. kr. i 2019, 3,4 mio. kr. i 2020 og 3,4 mio. kr. i 2021 til Socialstyrelsens opgavevaretagelse med at implementere de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Endelig afsættes 1,3 mio. kr. i 2019 bl.a. til udvikling af et nyt rapportværktøj til kommunerne, som forventes udarbejdet af Danmarks Statistik og Edora.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Implementeringsindsats	1,4	-	-	-	
Tilskud til Center for Rusmiddelforskning	2,6*	2,6*	2,6*	2,6*	2,6*
Implementering af retningslinjer	0,8	3,4	3,4	-	
Udvikling af rapportværktøj	1,3	-	-	-	

**Heraf indgår 2,6 mio. kr. årligt fra 2019 og permanent herefter til Center for Rusmiddelforskning (delinitiativ 1). Disse midler (1,8 mio. kr. i 2004-pl) blev afsat som led i aftalen om udmøntningen af satspuljen for 2004*

til Center for Rusmiddelforskning til udbygning af DANRIS, og foreslås fra 2019 og frem i stedet anvendt til, at Center for Rusmiddelforskning kan stille redskaber til rådighed for kommunerne til at afdække borgernes problemer og behov, samt understøtte kommunerne i brugen af disse redskaber.

2.3 Etablering af Center for Digital Sundhed

Den stigende digitalisering af samfundet har betydning for den måde danskerne lever deres liv på. En undersøgelse af Epinion på vegne af PFA viser bl.a., at knap hver 4. dansker på 25 år eller derover vurderer, at deres mobilforbrug er med til at øge stressniveauet, ligesom en ny undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at over 60 procent af de unge kommer for sent i seng på grund af mobiltelefoner, tv-serier og computere om aftenen.

Satspuljepartierne er derfor enige om, at der oprettes et Center for Digital Sundhed, der skal forestå forsknings- og rådgivningsmæssige initiativer om, hvordan den stigende digitalisering påvirker danskernes mentale og fysiske sundhed, herunder koncentrationsevne og søvn.

Centeret forankres i Sundhedsstyrelsen med udpegelse af en styregruppe, der bredt repræsenterer eksperter og forskere inden for digital sundhed både ift. børn, unge, voksne og ældre. Styregruppen skal løbende pege på relevante fokusområder, herunder konkrete forslag til, hvordan Centeret kan være med til at styrke danskernes mentale sundhed relateret til danskernes digitale forbrug. Minimum en tredjedel af centerets midler skal anvendes til forskning, samtidig opfordres der til, at centeret søger forskningsmidler via fonde mv. Centerets forankring i Sundhedsstyrelsen skal samtidig bidrage til, at centerets arbejde tænkes sammen med Sundhedsstyrelsens øvrige forebyggelsesindsatser og rådgivning af kommuner i deres forebyggelsesindsats ift. bl.a. børn og unge.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 10,0 mio. kr. til, at Sundhedsstyrelsen etablerer et Center for Digital Sundhed under inddragelse af eksterne eksperter og forskere, heraf afsættes årligt 1,0 mio. kr. til løn og 0,7 mio. kr. til drift til Sundhedsstyrelsen samt 0,8 mio. kr. til forskning, da minimum en tredjedel af centerets midler skal anvendes til forskning.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Etablering af Center for Digital Sundhed	2,5	2,5	2,5	2,5	-

2.4 Etablering af et Dansk Center for Hjernerystelse

Senfølger efter hjernerystelse er grundlæggende et felt med sparsom evidens, og hvor der er behov for at styrke vidensspredning på tværs af landet.

Satspuljepartierne er enige om at afsætte midler til etablering af et Dansk Center for Hjernerystelse. Formålet med Dansk Center for Hjernerystelse er at gøre viden om best practice og aktuel evidens lettilgængelig og brugbar for mennesker med hjerneskade, fagprofessionelle og andre interessenter på området. Det skal bidrage til, at de ramte tilbydes den rette indsats, at rådgivning sker ensartet over hele landet, og at den ramtes muligheder for at fastholde kontakt til arbejdsmarkedet eller studie optimeres, hvorved de samfundsøkonomiske udgifter også mindskes.

Dansk Center for Hjernerystelse etableres i tilknytning til Center for Hjerneskade i København. Der etableres en styregruppe, der følger op på, at centret efterlever sit formål. Sundhedsstyrelsen sidder med i styregruppen – bl.a. for at understøtte, at der er sammenhæng til øvrige relevante tiltag i regi af Sundhedsstyrelsen.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -23 af 28

Der foretages en ekstern evaluering af Dansk Center for Hjernerystelse, bl.a. med henblik på at analysere og vurdere erfaringer og resultater. Udmøntning vil ske direkte til Dansk Center for Hjernerystelse.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 8,0 mio. kr. til etablering af et Dansk Center for Hjernerystelse i tilknytning til Center for Hjerneskade i København. Der afsættes derudover 0,5 mio. kr. i 2022 til Sundheds- og Ældreministeriet til en ekstern evaluering.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Udmøntning til Dansk Center for Hjernerystelse	2,0	2,0	2,0	2,0	-
Ekstern evaluering	-	-	-	0,5	-

2.5 Styrket indsats på området for test og behandling af seksygdomme

Sexsygdomme kan få store konsekvenser for den enkeltes helbred – især hvis smitten ikke bliver opdaget og behandlet. Det er derfor bekymrende, at 25-30 pct. af de 25-årige har haft en seksygdom, og at forekomsten af gonorré og syfilis de seneste 10 år er steget markant.

AIDS-Fondet er en NGO, der supplerer den offentlige indsats i arbejdet med seksuel sundhed og bekæmpelsen af seksygdomme. AIDS-Fondet tilbyder i dag gratis og anonymt at teste for hiv, syfilis og hepatitis C i deres checkpoints, som i dag er beliggende i København, Odense og Aarhus. Fra 2018 kan man i København også blive testet for klamydia og gonorré.

Satspuljeparterne er enige om at afsætte midler til, at AIDS-Fondet kan udvide deres test-, rådgivnings- og forebyggelsestilbud "Checkpoint" til også at være fysisk tilstede i Aalborg.

Derudover afsættes der midler til, at AIDS-Fondet kan teste for klamydia og gonorré i Odense, Aarhus, og Aalborg, da disse sygdomme forekommer relativt hyppigt blandt AIDS-Fondets nuværende målgruppe, som er mænd der har sex med mænd samt migranter. Midlerne skal også anvendes til en forsøgsordning med behandling af klamydia og gonorré ude i checkpointsene, da det for visse dele af målgruppen kan være en væsentlig barriere, efterfølgende at skulle opsøge lægebehandling efter et positivt testresultat. Endvidere udvides målgruppen, der kan gøre brug af checkpoint, til de 15-29 årige.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 16,0 mio. kr. til at styrke AIDS-Fondets arbejde med at teste og behandle for seksygdomme. Midlerne skal bruges til at etablere et checkpoint i Aalborg, til at udvide tilbuddet om test for klamydia og gonorré til Odense, Aarhus og Aalborg, og til at lave en forsøgsordning med behandling for klamydia og gonorré i AIDS-Fondets checkpoints.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Etablering af checkpoint, udvidelse af tilbud om test, og forsøgsordning	4,0	4,0	4,0	4,0	-

2.6 Udbredelse af FitforKids

Det anslås, at der i Danmark er knap 30.000 svært overvægtige 3-18-årige børn. Overvægt blandt børn er en udfordring, som vi er nødt til at tage meget alvorligt. Overvægt kan både fysisk, psykisk og socialt have store konsekvenser for det enkelte barn. Hertil kommer, at overvægten ofte følger med ind i voksenlivet. Derfor er det afgørende, at der er forskellige programmer og tilbud til børn og deres familier i forhold til behandlingen af overvægt i hele landet.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -24 af 28

FitforKids har gode erfaringer med deres børnevægttabsprogram for børn mellem 7 og 15 år og deres familier. Programmet inkluderer både kostvejledning i hjemmet, to gange ugentlig træning for både børn og forældre, forældrecoaching, motivationsprogram og sociale events med præmier. FitforKids har en positiv og anerkendende tilgang til emnet samt fokus på succesoplevelser hos det enkelte barn, på det sociale samvær med ligestillede, og på at have det sjovt og være aktive sammen. FitforKids-vægttabsprogrammet er desuden undersøgt af en forskergruppe ved Rigshospitalet, som fandt positive resultater.

Satspuljepartierne er derfor enige om at støtte udbredelsen af vægttabsprogrammet FitforKids med nye pladser til børn og deres familier over de næste fire år. Programmet er hovedsageligt drevet af frivillige, og derfor forudsættes, at FitforKids har et tæt samarbejde med kommunerne. Det er afgørende, at sundhedsplejersker og almen praksis vurderer, hvilket tilbud den enkelte har behov for – herunder om FitforKids er relevant for det enkelte barn og deres familie.

På den baggrund afsættes der i perioden 2019-2022 i alt 6 mio. kr. til FitforKids med henblik på, at de udbreder initiativet og skaber nye pladser rundt omkring i Danmark. Midlerne afsættes til FitforKids.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Driftsmidler til FitforKids	1,5	1,5	1,5	1,5	-

2.7 Forebyggelses- og informationsindsats målrettet sårbare gravide

I Danmark finder vi gennemsnitligt ét spædbarn efterladt i det offentlige rum om året. De fleste hittebørn bliver fundet i live, men ikke alle. Som samfund har vi pligt til at gøre, hvad vi kan for, at dette forhindres. Der er i dag en række tilbud målrettet sårbare kvinder. Men der er stadig behov for en styrket forebyggelses- og informationsindsats, der skal sikre, at gravide, der står i en særlig sårbar situation, får den nødvendige rådgivning og støtte.

Særligt kvinder, der skjuler deres graviditet og møder op i aktiv fødsel uden forudgående kontakt med sundhedsvæsenet, kan være i risiko for at efterlade deres nyfødte barn i det offentlige rum. Der findes sparsom viden om denne målgruppe. Satspuljepartierne er derfor enige om at afsætte midler til en mindre undersøgelse af årsagerne til og omfanget af kvinder, som skjuler deres graviditet i Danmark, samt muligheden for anonyme fødsler.

På baggrund af undersøgelsen afsætter satspuljepartierne midler til en målrettet forebyggelses- og informationsindsats, som skal bidrage til, at gravide, der står i en særlig sårbar situation – kan få den nødvendige støtte og hjælp til at gennemføre graviditeten under så sikre forhold som muligt for både mor og barn.

På den baggrund afsættes skal Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter gennemføre en undersøgelse af årsagerne til og omfanget af kvinder, som skjuler deres graviditet, samt muligheden for anonyme fødsler. Undersøgelsen gennemføres i 1. halvår 2019. Derudover skal der ske en styrket forebyggelses- og informationsindsats, som tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens undersøgelse, og som skal varetages af Mødrehjælpen.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -25 af 28

På den baggrund afsættes der i 2019 i alt 0,2 mio. kr. (løn) til, at Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter gennemfører en undersøgelse af årsagerne til og omfanget af kvinder, som skjuler deres graviditet, samt muligheden for anonyme fødsler. Undersøgelsen gennemføres i 1. halvår 2019. Derudover afsættes 1,0 mio. kr. til en styrket forebyggelses- og informationsindsats, som tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens undersøgelse, og som skal varetages af Mødrehjælpen.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Undersøgelse	0,2	-	-	-	-
Forebyggelse og informationsindsats i regi af Mødrehjælpen	1,0	-	-	-	-

2.8 Inkontinens og sygefravær

Mindst 300.000 danskere lider af inkontinens. Inkontinens kan have forskellige følger og påvirker i høj grad livskvaliteten.

Det er kendt, at mange personer med inkontinens ikke søger læge - enten pga. manglende kendskab til mulighederne for afhjælpning eller behandling af problemet, eller fordi inkontinens er tabubelagt.

Der mangler i dag viden om, hvordan inkontinens påvirker sygefravær og arbejdsevne. Der er ikke tidligere udført studier i Danmark, som viser, om borgere med inkontinens har højere sygefravær, begrænsninger i at udføre daglige arbejdsopgaver eller trækker sig tidligere tilbage fra arbejdsmarkedet sammenlignet med borgere, som ikke lider af inkontinens.

Satspuljepartierne ønsker derfor at afsætte midler til Kontinensforeningen til en undersøgelse af, om inkontinens påvirker sygefravær og arbejdsevne, med henblik på at øge fokus på inkontinens på arbejdspladsen.

På den baggrund afsættes der i 2019 i alt 0,3 mio. kr. til Kontinensforeningen til en undersøgelse af, om inkontinens påvirker sygefravær og arbejdsevne.

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Undersøgelse af inkontinens og sygefravær	0,3	-	-	-	-

3. Administrationsudgifter ved initiativerne i satspuljeaftalen

Nedenfor fremgår de forventede administrationsudgifter for de initiativer, som fremgår af nærværende satspuljeaftale for sundhedsområdet for 2019-2022. Bevillinger, som kræver administration, er opgjort eksklusiv administrationsudgifter.

Administrationsudgifterne dækker hovedsageligt administration af en pulje herunder udarbejdelse af kriterier for puljen, puljeopslag, behandling af ansøgninger, udarbejdelse af tilsagnsbreve, opfølgning, regnskabsrelaterede aktiviteter mv.

Følgende initiativer giver anledning til at afholde administrationsudgifter:

- Bedre inddragelse af mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende gennem civilsamfundet (Sundhedsstyrelsen)
- Viden om og udbredelse af peer-projekter (Sundhedsstyrelsen)
- Styrkelse af den tidlige, forebyggende indsats i kommunerne for psykisk sårbare unge (Socialstyrelsen)
- Kompetencecenter for børn som pårørende til mennesker med psykiske lidelser

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -26 af 28

- Strategisk omlægning og udvikling af indsatsen i socialpsykiatrien (Socialstyrelsen)
- Mere viden om behandling med elektrochok (Sundhedsstyrelsen)
- En styrket indsats i PPR – udvikling og implementering (Sundheds- og Ældreministeriet)

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	Permanent
Administrationsudgifter ved initiativerne i satspuljeaftalen	2,1	0,7	0,4	1,0	-

Af de afsatte 4,2 mio. kr. til administration afsættes 1,4 mio. kr. til Socialstyrelsen, 1,5 mio. kr. til Sundhedsstyrelsen samt 1,3 mio. kr. til Sundheds- og Ældreministeriet. Af de afsatte midler til Sundhedsstyrelsen anvendes 1,2 mio. kr til løn, og af de afsatte midler til Sundheds- og Ældreministeriet anvendes 1,3 mio. kr. til løn.

4. Oversigt over fordeling af satspuljen på sundhedsområdet 2019-2022

Mio. kr.	2019	2020	2021	2022	I alt
En styrket indsats i psykiatrien	226,7	230,0	229,3	231,6	917,6
1.1 Lokal forankring af afstigmatiseringsindsatsen EN AF OS	-	1,0	1,0	-	2,0
1.2 Bedre inddragelse af mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende gennem civilsamfundet	5,5	2,0	2,4	2,5	12,4
1.3 Viden om og udbredelse af "peer-to-peer"-projekter	6,0	5,0	3,5	6,5	21,0
1.4 Psykiatritopmødet videreføres	1,0	1,0	-	-	2,0
1.5 Udbredelse af headspace	21,5	11,7	12,0	12,3	57,5
1.6 Styrke Studenterrådgivningen på de videregående uddannelser	2,5	2,5	2,5	2,5	10,0
1.7 Styrkelse af den tidlige, forebyggende indsats for børn og unge med psykiske udfordringer	19,7	15,1	10,1	15,3	60,2
1.8 Kompetencecenter målrettet børn som pårørende af mennesker med psykiske lidelser	2,5	2,5	3,0	3,0	11,0
1.9 Videreføre og udvide tilskud til psykologbehandling for angst og depression	88,4	95,4	95,4	95,4	374,6
1.10 Specialpsykologernes kompetencer skal bedre i spil	0,6	-	-	-	0,6
1.11 Understøtte rekruttering af dygtige medarbejdere til psykiatrien	2,6	1,0	-	-	3,6
1.12 Strategisk omlægning og udvikling af indsatsen i socialpsykiatrien	15,2	2,1	1,9	2,6	21,8

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet
Bilag 1 - Side -27 af 28

1.13 Sikre kvaliteten på socialpsykiatriens største ydelsesområder	6,3	4,3	0,5	-	11,1
1.14 Videns- og kompetenceløft af ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien	13,8	16,2	14,2	22,9	67,1
1.15 Udvikling af et sundhedspædagogisk værktøj til forebyggelse af somatisk sygdom	0,6	-	-	-	0,6
1.16 Styrke de regionale akutte udrykningsteams i psykiatrien	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0
1.17 Bedre samarbejde mellem politiet og sundhedssektoren	12,0	15,8	10,1	-	37,9
1.18 Bedre overgang fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien	7,0	14,0	14,0	14,0	49,0
1.19 Bedre overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien	0,6	-	-	-	0,6
1.20 Nationalt kompetencecenter for behandling af personer med psykisk lidelse og et alkoholmisbrug	-	1,4	-	-	1,4
1.21 Udvikling og afprøvning af værktøjer til brug for opsporing af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug	0,9	1,1	-	-	2,0
1.22 Mere viden om behandling med elektrochok	2,0	2,0	2,0	-	6,0
1.23 Nye Nationale Kliniske Retningslinjer	2,0	1,5	-	-	3,5
1.24 Ny klinisk kvalitetsdatabase for psykologbehandling	1,1	0,6	0,6	0,6	2,9
1.25 En styrket indsats i PPR - udvikling og implementering	5,5	21,8	44,1	49,0	120,4
1.26 Udvidelse af forsøgsordningen vedr. vederlagsfri psykologordning	4,4	7,0	7,0	-	18,4
Øvrige prioriteringer	20,2	18,6	18,6	15,7	73,1
2.1 Behandling af behandlingsafvisende varigt inhabile somatiske patienter	5,2	5,2	5,2	5,2	20,8
2.2 Styrket behandlingsgaranti og social stofmisbrugsbehandling for personer med stofmisbrug	3,5	3,4	3,4	-	10,3
2.3 Etablering af Center for Digital Sundhed	2,5	2,5	2,5	2,5	10,0
2.4 Etablering af et Dansk Center for Hjernerystelse	2,0	2,0	2,0	2,5	8,5

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Satspuljeaftalen på sundhedsområdet

Bilag 1 - Side -28 af 28

2.5 Styrket indsats for området for test og behandling af sexsygdomme	4,0	4,0	4,0	4,0	16,0
2.6 Udbredelse af FitforKids	1,5	1,5	1,5	1,5	6,0
2.7 Forebyggelses- og informationsindsats målrettet sårbare gravide	1,2	-	-	-	1,2
2.8 Inkontinens og sygefravær	0,3	-	-	-	0,3
I alt	246,9	248,6	247,9	247,3	990,7

5. Dokumentation og opfølgning

Overordnet set har aftalen til formål at sikre en målrettet anvendelse af de afsatte ressourcer til forankring, kvalitetsudvikling og fortsat udbygning af tilbuddene til udsatte ældre. Derfor stilles der en række krav om mål og dokumentation af de projekter, der søger om økonomisk støtte.

Mål og dokumentation

Projekter, der søger om puljemidler afsat med aftalen eller som får direkte tilskud, skal opstille klare mål/succeskriterier i projektbeskrivelsen og heri redegøre for, hvordan de vil dokumentere de opstillede mål.

I projektbeskrivelsen skal projekterne præcisere, hvordan de vil forbedre indsatsen og udvikle og anvende indikatorer, som dokumenterer resultaterne af indsatsen.

Projekterne følger årligt op på projekternes resultater, og det er et krav at projektet afrapporterer om mål, effekt, gennemførelsen m.v. Det sker gennem statusrapporterne typisk midtvejs og ved afslutningen af et projekt. Inden for hvert projekt skal der efter projektperioden kunne påvises konkrete forbedringer for deltagerne i projekterne. Efter puljens udløb foretages en samlet evaluering af de iværksatte projekter i forhold til de opstillede mål.

Opfølgning

Satspuljeordførerne vil forud for de årlige satspuljeforhandlinger blive orienteret om status for fremdriften af de enkelte initiativer, ligesom der vil ske en ad hoc orientering af satspuljeordførerne, såfremt der sker væsentlige ændringer i de enkelte initiativer.

Direkte 38666055

Sundhedsudvalget

- Tentativ arbejdsplan for 2019

Dato: 9. januar 2019

Definition på typer af sager

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

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

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

Sundhedsudvalget - tentativ arbejdsplan 2018-2019		
2019.02.25	Drøftelse	Kapacitetsudfordringer og nye behandlingsmuligheder for øjensygdommen AMD
2019.02.25	Beslutning	Servicemål for responstider ift ambulancekørsler
2019.02.25	Drøftelse	Status på anbefalinger af Implements rapport om rådgivende funktion i 1813
2019.02.25	Drøftelse	Tilbud før og efter fødsel
2019.02.25	Beslutning	Redegørelse til SUM om kræftområdet
2019.02.25	Drøftelse	Status og kommende evaluering af garantiklinikker
2019.02.25	Orientering	Status for hospitalsinfektioner
2019.02.25	Orientering	Status for tilgængelighed og ventetid til Rådgivning for sygehusvalg
2019.02.25	Drøftelse	Tolkekorps (1. beh.)
2019.02.25	Drøftelse	Evaluering af akutbil Bornholm

Punkt nr. 3 - Meddelelser - Sundhedsudvalgets arbejdsplan
Bilag 1 - Side -2 af 3

2019.02.25	Orientering	Status for HIV-forebyggende behandling (PrEP)
2019.03.20	Drøftelse	Politiske og etiske dilemmaer på fertilitetsområdet
2019.03.20	Beslutning	Arbejdet med åbne ambulatorier
2019.03.20	Drøftelse	Driftsmål udredning og overbelægning og patienttilfredshed
2019.03.20	Drøftelse	Cannabis - opfølgning på forskningsprojekt
2019.03.20	Drøftelse	Kliniske database - manglende målopfyldelse inden for akut kirurgi (sprunget mavesår)
2019.04.24	Drøftelse	Opdatering af retningslinjer for behandling af hjerne-rystelse
2019.04.24	Drøftelse	Status for overbelægning
2019.04.24	Drøftelse	Status for arbejdet i Center for komplekse symptomer
2019.04.24	Drøftelse	Palliation
2019.04.24	Orientering	Status for aflyste hjerteoperationer
2019.05.22	Orientering	Status for tilgængelighed og ventetid til Rådgivning for sygehusvalg
2019.05.22	Drøftelse	Patientinddragelse - erfaringer fra Rigshospitalets vagtoverlevering
2019.05.22	Drøftelse	Undersøgelse af patienters tilfredshed med maden
2019.05.22	Drøftelse	Sundhedsstyrelsens reviderede anbefalinger for svangreområdet
2019.05.22	Drøftelse	Ensretning i tilbud om overnatning og transport for patienter og ledsagere
2019.06.26	Drøftelse	Rekruttering fødeområdet
2019.06.26	Drøftelse	Inddragelse af patienternes egne ressourcer i behandlingen
2019.06.26	Drøftelse	Indsatser i forhold til undersøgelse, behandling og rehabilitering på kræft-, hjerte- og transplantationsområdet
2019.06.26	Drøftelse	Patientsikkerhed ift. overbelægning

Punkt nr. 3 - Meddelelser - Sundhedsudvalgets arbejdsplan
Bilag 1 - Side -3 af 3

2019.08.28	Drøftelse	Temadrøftelse om prioritering i sundhedsvæsenet
2019.08.28	Drøftelse	Kliniske database - manglende målopfyldelse inden for palliativ database
2019.10.30	Drøftelse	Status for oprettelse af inhouse skærmet fødeklínik