

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

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. Foretræde
11. 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

Drøftet.

Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets 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:

Spør 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.

Spør 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.

Spør 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

Taget til efterretning.

Administrationen orienterede udvalget om, at ventetider i forhold til behandling af bugspytkirtelkræft nu overholdes i regionen.

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

Formanden satte indstillingspunktet til afstemning:

For stemte: C (1), A (3), V (1) og I (1), i alt 6

Imod stemte: 0

Undlod at stemme: B (1), F (1) og Ø (1), i alt 3

I alt 9

Sagens indstillingspunkt var herefter anbefalet, idet udvalget ønsker, at der i forretningsudvalgets behandling indgår to notater om henholdsvis de øvrige regioners arbejde med diagnostiske enheder og kriterierne i visitationen til diagnostisk enhed og fællesambulatorier/dagshospital.

Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets 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 opgøre, 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

Anbefalet.

Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets 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

1. Drøftet.
2. Udvalget anbefaler A – at fastholde ambitionsniveauet på 100 %, som et udtryk for, at patienter har ret til at blive udredt inden for 30 dage. Udvalget bemærker desuden følgende, at det er afgørende, at både regioner og Sundheds- og Ældreministeriet arbejder med at få forenklet og ensartet opgørelsesmetoden for udredning hurtigst muligt.

Sundhedsudvalget ønsker, at der i forretningsudvalgets behandling af sagen indgår notat, der beskriver de andre regioners valg af ambitionsniveau.

Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets 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

Drøftet.

Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets 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.

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

Taget til efterretning.

Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets behandling.

Der blev på mødet omdelt notat om antallet af utilsigtede hændelser på Rigshospitalets BørneUngeKlinik (bilag 2).

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
- 📎 3. Antal utilsigtede hændelser i RH BørneUngeKlinik_sundhedsudvalget 16. jan. 2019

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

Taget til efterretning idet sundhedsudvalget bemærker, at de ønsker at tilbuddet udbredes, således at det bliver en naturlig del af afdelingerne og praktiserende lægers daglige drift at se på patienternes eventuelle unødvendige medicinforbrug.

Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets 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 multisygge 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 geriatriske 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 geriatriske 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 geriatriske 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 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 til sundhedsudvalget:

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

POLITISK BEHANDLING

Taget til efterretning.

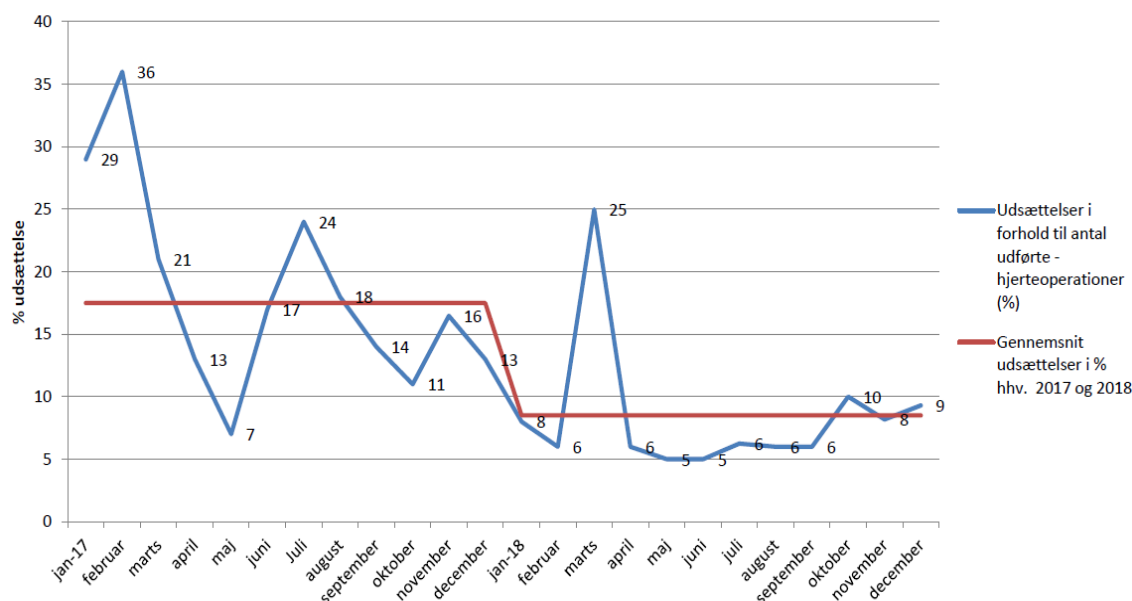
Line Ervolder Christensen (C) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i punktets behandling.

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:

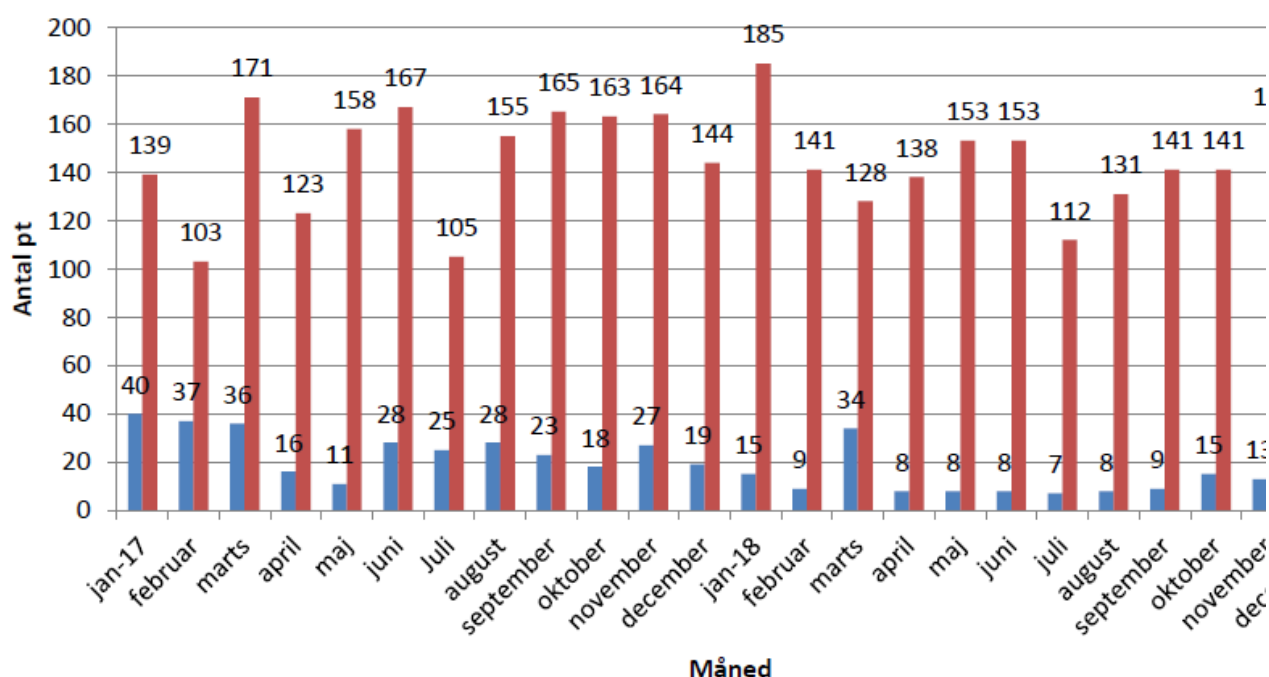
- 2018: 146 patienter
- 2017: 308 patienter
- 2016: 250 patienter
- 2015: 255 patienter
- 2014: 192 patienter

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 hjerteoperationer 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 hjerteoperationer og antal udsatte hjerteoperationer - 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. FORETRÆDE

Ulrik Larsen, Market Access Manager hos Abbott Diabetes Care havde bedt om foretræde for at fortælle udvalget om resultaterne fra en rapport om glukosemålere.

JOURNALNUMMER

Tomt indhold

11. 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	Deltog
Leila Lindén	Næstformand	Deltog
Annie Hagel	Medlem	Deltog
Christine Dal	Medlem	Deltog
Finn Rudaizky	Medlem	Afbud
Jesper Clausson	Medlem	Deltog
Karin Friis Bach	Medlem	Deltog
Karoline Vind	Medlem	Deltog
Lars Gaardhøj	Medlem	Deltog
Line Ervolder	Medlem	Afbud
Niels Høiby	Medlem	Deltog

INDHOLDSLISTE

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

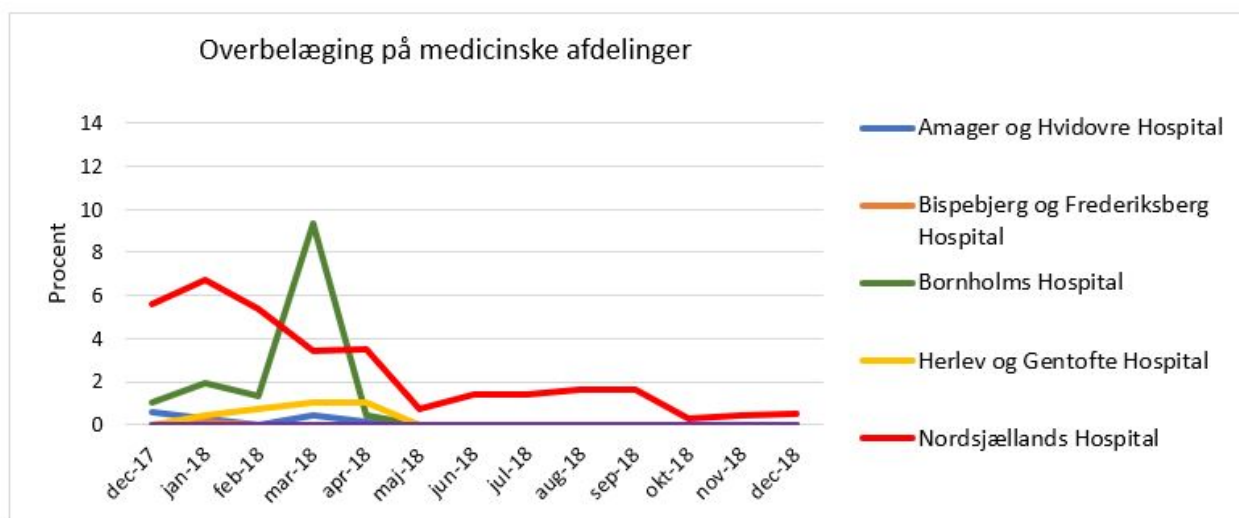
1. MEDDELELSER - STATUS PÅ HOSPITALERS OVERBELÆGNING I INFLUENZAPERIODEN

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