SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

25-02-2019 18:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

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

INDHOLDSLISTE

1. Orientering: Aktuelle orienteringer
2. Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om kræftområdet
3. Beslutning: Udmøntning af finanslovsmidler i perioden 2019-2022 til nedbringelse af ventetiden på offentlig høreapparatbehandling
4. Drøftelse: Mulighed for hjemtagning af fremmedsprogstolkning
5. Orientering: Status pr. januar 2019 for arbejdet med hospitalsinfektioner på baggrund af Rigsrevisionens beretning
6. Orientering: Varetagelse af patienter med den subakutte øjensygdom våd aldersrelateret macula degeneration (AMD) og ventetidsudfordringer for patienter med øjensygdomme i Region Hovedstaden
7. Orientering: Tilbud til fødende før og efter fødsel
8. Orientering: Status for tilgængelighed og ventetid til Rådgivning for Sygehusvalg
9. Orientering: Status på arbejdet med rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813 efter ekstern undersøgelse af kompetenceniveauet
10. Drøftelse: Forslag til fremadrettede indsatser til Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål
11. Eventuelt

1. ORIENTERING: AKTUELLE ORIENTERINGER

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

INDSTILLING
Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

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

POLITISK BEHANDLING

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

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

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

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

KOMMUNIKATION
Ingen særlig kommunikationsindsats er planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges fast som første punkt på udvalgets møder fremadrettet.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Mette Kofod Kahr

JOURNALNUMMER
18000993

2. BESLUTNING: UDTALELSE TIL SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET OM RIGSREVISIONENS BERETNING OM KRÆFTOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Rigsrevisionen har gennemført en undersøgelse af rettighederne i indsatsen over for kræftpatienter, herunder tidlig opsporing af kræft i almen praksis, maksimale ventetider og standardforløbstider i kræftpakkerunder samt opfølgning af disse.

Rigsrevisionen har afgivet deres beretning om undersøgelsen til Statsrevisorerne. Beretningen blev behandlet af Statsrevisorerne den 19. december 2018, hvor de afgav deres bemærkninger til beretningen.

Regionsrådet blev orienteret om beretningen pr. mail den 19. december 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 til sundhedsudvalget:

1. **At** drøfte Rigsrevisionens beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter og udvalgets ønsker til initiativer, der kan igangsættes.

Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

2. **At** godkende udtalelse til sundhedsministeren om Rigsrevisionens beretning om kræftområdet (bilag 2).

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Rigsrevisionen har i 2018 undersøgt rettidighederne i regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsatser over for kræftpatienter. Det er væsentlig, at kræftsygdomme opdages tidligt og behandles hurtigt, da det kan forbedre patienternes mulighed for at overleve kræft. Det er særligt de praktiserende læger, der i deres arbejde kan sikre tidlig opsporing af kræft hos deres patienter, og dette arbejde skal regionerne understøtte. Derudover skal regionerne sikre hurtig udredning og behandling til patienterne igennem de lovbundne maksimale ventetider og de fagligt anbefalede standardforløbstider i kræftpakkerne, som sætter tidsfrister for, hvor hurtigt patienterne skal udredes og behandles ved mistanke eller påvist kræft. Rigsrevisionens beretning fokuserer på disse tre områder inden for kræft:

- Tidlig opsporing af kræft i almen praksis,
- Maksimale ventetider,
- Standardsforløbstider i kræftpakkerne herunder opfølgning.

Alle fem regioner indgår i undersøgelsen, som primært omhandler perioden 2013 til 2017. Nedenfor præsenteres Rigsrevisionens hovedkonklusioner i beretningen, og hvilke initiativer regionen har igangsat for at imødekomme Rigsrevisionens kritik. En nærmere beskrivelse af de igangsatte initiativer fremgår af den fremsendte orientering til udvalget af den 19. december 2018 (bilag 3).

Tidlig opsporing i almen praksis

Rigsrevisionen vurderer i beretningen, at regionerne ikke har tilstrækkeligt fokus på tidlig opsporing af patienter med kræft i almen praksis. Det fremhæves, at alle regionerne har igangsat indsatser for at sikre tidlig opsporing, men at der på tværs af regionerne er forskel på omfanget af indsatserne. Det gælder eksempelvis i forhold til regionernes opfølgning på tilgængeligheden i almen praksis, det vil sige telefonisk tilgængelighed og ledige tider til konsultation for patienterne, samt hvilke indsatser regionerne har igangsat for at sikre, at almen praksis har adgang til efteruddannelse og rådgivning i

kræftsymptomer mv. Derudover fremhæves det i beretningen, at regionerne ikke kan opnå viden om tidlig opsporing i patientforløbene. Det skyldes blandt andet, at der ikke er et etableret en fælles dokumentationspraksis i almen praksis. Desuden viser Rigsrevisionens beretning, at almen praksis i alle regioner har fået direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på hospitalerne eksempelvis til CT-scanninger, og at der er sket en generel stigning i brugen af den diagnostiske kræftpakkeforløb. Det diagnostiske pakkeforløb bruges til henvisning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft, og der er på tværs af regionerne forskelle i hvor mange patienter, der sendes i det diagnostiske pakkeforløb.

Igangsatte initiativer
Region Hovedstaden har med midlerne fra sundhedsstrategien igangsat flere indsatser for at sikre tilgængelighed i almen praksis for patienter og efteruddannelse om tidlig opsporing. Eksempelvis har regionen løbende afholdt workshops i kræftdiagnostik, hvor Region Hovedstadens deltagelsesprocent er blandt de højeste sammenlignet med de øvrige regioner. Derudover har der senest i oktober 2018 være afholdt en kræftdag med deltagelse fra 200 læger og praksispersonale, som havde fokus på alle dele af kræftområdet fra forebyggelse til palliation herunder tidlig opsporing. Derudover kan almen praksis i Region Hovedstaden få rådgivning om kræftsymptomer og henvisning til kræftpakkeforløb af hospitalsspecialister igennem den telefoniske rådgivningsfunktion, som er blevet oprettet i regionen.

Maksimale ventetider
Rigsrevisionen påpeger, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Dette konkluderes på baggrund af en stikprøve af patientforløb, som Rigsrevisionen i forbindelse med deres undersøgelse har udtrukket fra alle regioner. For Region Hovedstaden blev der udtrukket 128 patientforløb fra 2017. Gennemgangen af dokumentationen i patientjournalerne for disse forløb viste, at regionen samlet har 28 overskridelser af de maksimale ventetider, som ikke tidligere er blevet indberettet til Sundhedsstyrelsen. Ifølge Rigsrevisionen indikerer resultatet af stikprøven, at der kan være betydeligt flere tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen.

I de tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt, viser undersøgelsen, at regionerne følger systematisk op, afdækker årsager og iværksætter initiativer til forbedring, hvilket Rigsrevisionen fremhæver som positivt.

Igangsatte initiativer
For at imødekomme Rigsrevisionens kritik af regionens overholdelse af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider har koncernledelsen i efteråret 2018 drøftet, hvordan overskridelser kan undgås, og hvad der skal til for at sikre, at alle overskridelser opfanges. Derudover har Region Hovedstaden med Sundhedsplatformen fået et Early Warning System, som har gjort det mere overskueligt at opdage, hvornår et forløb er ved at overskride de maksimale ventetider og giver bedre muligheder for at sikre, at patienterne bliver informeret korrekt om deres rettigheder. For regionen skyldes halvdelen af overskridelserne upræcis dokumentation i patienternes journaler. For at sætte en målrettet indsats ind på fremadrettet at sikre, at hospitalerne dokumenterer korrekt, vil der blive udarbejdet en detaljeret vejledning for, hvordan de maksimale ventetider skal registreres og dokumenteres.

Standardforløbstider i kræftpakkerne herunder opfølgning
Rigsrevisionen konstaterer, at regionerne i overvejende grad sikrer, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne. Regionerne sikrer dette ved løbende at monitorere forløbstiderne, afdække årsager ved lav målopfyldelse og iværksætte initiativer, der skal forbedre overholdelsen af forløbstiderne. Derudover identificeres det i undersøgelsen, at der er systematiske variationer i regionernes registreringspraksis, som kan betyde, at den nationale monitorering ikke i alle tilfælde giver et retvisende billede af, hvor mange at patienterne, der har ventet længere på behandling end de anbefalede forløbstider.

Som en del af Sundhedsstyrelsens opfølgningsprogrammer skal alle patienter med kræft have en individuel opfølgningsplan, men Rigsrevisionens beretning viser, at det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt regionerne sikrer, at alle patienter får planerne. Dette skyldes, at den nationale monitorering af opfølgningsplanerne endnu ikke er implementeret, og regionerne afventer derfor på nuværende tidspunkt

Sundhedsstyrelsens monitoreringsmodel.

Igangsatte intitiativer
Det bliver foreslået i udkastet til Hospitalsplan 2025, som er i høring, at der skal udarbejdes en regional kræftplan. Kræftplanen skal sikre, at regionen også fremadrettet vil have gode, sammenhængende patientforløb og en fortsat høj kvalitet i udredning, behandling og rehabilitering af regionens patienter. I tilfælde af længerevarende udfordringer med overholdelse af forløbstiderne inden for bestemte kræftformer beder administrationen om en beskrivelse af årsagerne til længere ventetid til udredning og behandling samt hvilke initiativer, der igangsættes for at imødekomme udfordringerne.

Rigsrevisionens anbefaling
Rigsrevisionen anbefaler, at ministeriet i dialog med regionerne overvejer, hvordan fokus på tidlig opsporing og de maksimale ventetider yderligere kan styrkes, så der skabes en bedre balance mellem de forskellige dele af patientforløbet uden, at hospitalerne pålægges yderligere administration. Region Hovedstaden bakker op omkring en fælles dialog med ministeriet herom.

Udtalelse fra regionsrådet til Sundheds- og Ældreministeriet
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.

Af lovgivningen fremgår det, 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.

Af bilag 2 fremgår udkast til regionsrådets udtalelse til Rigsrevisionens undersøgelse af rettigdigheden i indsatsen over for kræftpatienter. I udtalelsen fra regionsrådet fremhæves, at kræftområdet er højt prioriteret i regionen, og at der pågår et målrettet arbejde i regionen med at sikre en bedre understøttelse af tidlig opsporing af kræft hos patienter i almen praksis samt på overholdelse af de maksimale ventetider. Det er desuden Region Hovedstadens vurdering, at Rigsrevisionen har foretaget en grundig undersøgelse af et komplekst område, som giver et godt grundlag for regionernes fremadrettede indsatser for kræftpatienter, herunder at sikre mere ensretning mellem regionerne.

KONSEKVENSER
Regionsrådets udtalelse vedr. Rigsrevisionens beretning om kræftområdet 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 25. februar, forretningsudvalget den 5. marts og regionsrådet den 12. marts 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver/Charlotte Hosbond

JOURNALNUMMER
17038756

BILAGSFORTEGNELSE

1. Beretningen om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter
2. UDKAST til udtalelse fra regionsrådet til Sundheds- og Ældreministeriet
3. Orientering til regionsrådet vedr. Rigsrevisionens undersøgelse af kræftområdet

3. BESLUTNING: UDMØNTNING AF FINANSLOVSMIDLER I PERIODEN 2019-2022 TIL NEDBRINGELSE AF VENTETIDEN PÅ OFFENTLIG HØREAPPARATBEHANDLING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Med finansloven for 2019 er der afsat 25 mio. kr. årligt i perioden 2019-2022 til at nedbringe ventetiden på den offentlige høreapparatbehandling. Heraf udgør Region Hovedstadens årlige andel ca. 7,8 mio. kr.

Sundhedsudvalget drøftede i forbindelse med budgetforhandlingerne mulighederne for at afsætte varige midler til 2.000 ekstra behandlinger på hospitalerne frem for at udvide kapaciteten hos de praktiserende øre-, næse- og halslæger eller etablere tilbud under den sociale virksomhed. Forslaget om ekstra behandlinger på hospitalerne udgjorde en samlet udgift på 13,3 mio. kr. i 2019 og herefter 12,3 mio. kr. fra 2020 og frem. I budgetaftalen for 2019 blev der ikke afsat midler til varig udvidelse af kapaciteten på høreapparatområdet, idet aftalens parter afventede, om der ville blive udmøntet centrale midler via finansloven.

Finanslovsmidlerne skaber mulighed for at udvide kapaciteten i perioden 2019 til 2022. Finanslovsmidlerne på ca. 7,8 mio. kr. udgør dog kun 60 procent af det oprindelige forslag, som sundhedsudvalget indstillede til budgetforhandlingerne i august 2018. Løsningsforslagene i herværende sagsfremstilling afspejler, at der er tale om færre og midlertidige midler sammenlignet med den oprindelige drøftelse i forbindelse med budgetforhandlingerne.

INDSTILLING
Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

1. **At** godkende én af nedenstående løsningsmodeller, der har til formål at nedbringe ventetiden til offentlig høreapparatbehandling:

   - **Model 1)** Kapaciteten på de audiologiske afdelinger udvides på Rigshospitalet og Nordsjællands Hospital med følgende antal ikke-komplicerede og komplicerede høreapparatforløb:
     - 2019: Rigshospitalet 1.378 forløb og Nordsjællands Hospital 110 forløb.
     - 2020-2022: Rigshospitalet 1.144 forløb årligt og Nordsjællands Hospital 484 forløb årligt.

   - **Model 2)** Kapaciteten udvides hos de praktiserende øre-, næse- og halslæger med følgende antal ikke-komplicerede høreapparatforløb:
     - 2019-2022: 1.142 forløb årligt.

Administrationen indstiller, at forretningsudvalget overfor regionsrådet anbefaler:

2. **At** godkende, at der i perioden 2019-2022 årligt afsættes 800.000 kr. af finanslovsmidlerne på 7,8 mio. kr. til at dække de forventede øgede udgifter til offentligt tilskud til høreapparatbehandling hos de private høreklinikker som følge af, at flere patienter forventeligt vil vælge privat behandling grundet bedre information om muligheder for høreapparatbehandling.

3. **At** godkende, at der i perioden 2019-2022 udmøntes finanslovsmidler på 7 mio. kr. til én af nedenstående løsningsmodeller, der har til formål at nedbringe ventetiden til offentlig høreapparatbehandling, alt afhængig af sundhedsudvalgets anbefaling:

   - **Model 1)** Kapaciteten på de audiologiske afdelinger udvides med ikke-komplicerede og komplicerede høreapparatforløb i:
     - 2019: Rigshospitalet udvider med 1.378 forløb for 5,9 mio. kr. og Nordsjællands Hospital med 110 forløb for 1,073 mio. kr., heraf udmøntes 0,6 mio. kr. til en høreboks.
     - 2020-2022: Rigshospitalet udvider årligt med 1.144 forløb for 4,9 mio. kr. årligt, og Nordsjællands Hospital udvider årligt med 484 forløb for 2,1 mio. kr. årligt.
   - **Model 2)** Kapaciteten hos de praktiserende øre-, næse- og halslæger udvides i 2019-2022

årligt med 1.142 ikke-komplicerede høreapparatforløb for 7 mio. kr. årligt.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Den 30. november 2019 indgik regeringen og Dansk Folkeparti en aftale om finansloven for 2019, hvor der er afsat 25 mio. kr. årligt i perioden 2019 til 2022 til nedbringelse af ventetiden til offentlig høreapparatbehandling. Midlerne forventes udmøntet via bloktilskuddet, hvor Region Hovedstadens andel udgør ca. 7,8 mio. kr. pr. år.

Det fremgår af finansloven for 2019, at:

"Regionerne kan afvikle ventelisterne gennem bl.a. at gå i udbud og gøre brug af de private høreklinikker, behandle patienterne på offentlige audiologiske afdelinger eller ved at indgå aftale med privatpraktiserende ørelæger (puljeklinikker)".

I finansloven er der yderligere afsat 40 mio. kr. i 2019 og 25 mio. kr. i 2020-2022 til en række nationale initiativer, der skal skabe effektivitet og sammenhæng i høreapparatbehandlingen. Initiativerne omfatter bl.a. afprøvning af en ny model for visitation til høreapparatbehandling samt indsatser, der skal skabe større gennemsigtighed i patienternes mulighed for at få privat høreapparatbehandling uden egenbetaling. Fra centralt hold udarbejdes der desuden en informationspjece, der skal give patienten et bedre overblik over mulighederne for høreapparatbehandling.

Administrationen forventer, at disse centrale initiativer vil medføre en stigning i antallet af patienter, som vil vælge at få høreapparatbehandling i en privat klinik, og at der dermed vil være en stigning i regionens udgifter til dækning af det offentlige tilskud til privat høreapparatbehandling. Administrationen anbefaler, at der afsættes 800.000 kr. svarende til 10 % af finanslovsmidlerne til at dække denne stigning.

Administrationen skal bemærke, at status på ventetiderne skal afrapporteres til Folketinget halvårligt.

Ventetider til offentlig høreapparatbehandling
På nuværende tidspunkt er der 48 ugers ventetid på Rigshospitalet, hvor der står 2.600 patienter på venteliste, og 52 ugers ventetid på Nordsjællands Hospital, hvor der står 1.142 patienter på venteliste. I opgørelsen af ventetiden skelnes der ikke mellem komplicerede og ikke-komplicerede høreapparatpatienter.

Ventetiden til høreapparatbehandling hos de praktiserende ørelæger er i gennemsnit to uger ved ubrugt kvote.

Beskrivelse af løsningsmodeller

Når patienter henvender sig til en praktiserende øre-, næse- og halslæge vil de blive oplyst om deres valgmuligheder. Patienter med ikke-kompliceret høretab kan frit vælge, hvorvidt de ønsker at få behandling på de audiologiske afdelinger, hos en praktiserende øre-, næse- og halslæge, der har indgået aftale med regionen, eller hos en privat klinik med offentligt tilskud.

Nedenfor præsenteres to forskellige løsningsmodeller til udvidelse af kapaciteten. Som bilag til sagen er der udarbejdet en tabel, som anskueliggør gennemsnitspriserne pr. forløb for de to løsningsmodeller. Den ene løsningsmodel peger på udvidelse af kapaciteten i hospitalsregi, mens den anden model foreslår udvidelse af kapaciteten hos de praktiserende øre-, næse- og halslæger. Der er ikke medregnet befordringsudgifter i modellerne. Som udgangspunkt skal patienten selv sørge for at arrangere og betale befordring til undersøgelse og behandling. Der er dog mulighed for at få befordring eller befordringsgodtgørelse i visse sammenhænge. Ved behandling hos praktiserende speciallæge er det kommunerne, der afholder udgiften, mens det er regionen ved hospitalsbehandling.

I løsningsmodel 1 beskrives muligheden for at udvide kapaciteten på hospitalerne. Høreapparatbehandling foregår på Nordsjællands Hospital, på Gentofte Hospital og på Bispebjerg Hospital. Den audiologiske funktion på Bispebjerg Hospital og Gentofte Hospital er organiseret under

Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk Klinik på Rigshospitalet.

Midlerne til udvidelse af kapaciteten vil blive fordelt forholdsmæssigt efter antallet af patienter på venteliste medio januar 2019. I perioden 2020 til 2022 fordeles midlerne med en 1/3 til Nordsjællands Hospital og 2/3 til Rigshospitalet.

I 2019 vil fordelingen være anderledes, idet Nordsjællands Hospital har tilkendegivet, at de grundet rekrutteringsvanskeligheder først har mulighed for at udvide kapaciteten, når pukkelafviklingen er afsluttet med udgangen af september 2019. Rigshospitalet vil derfor få en større andel i 2019 end forudsat i forhold til antallet af patienter på venteliste.

Løsningsmodel 1: Udvidelse af kapaciteten på hospitalerne
Med finanslovsmidlerne kan kapaciteten udvides på hospitalerne med i alt 1.488 forløb i 2019 og 1.628 forløb årligt i perioden 2020 til 2022.

Nordsjællands Hospitals muligheder for kapacitetsudvidelse
Nordsjællands Hospital vurderer, at en kapacitetsudvidelse kræver etablering af en høreboks til en udgift på 0,6 mio. kr. Nordsjællands Hospital har haft problemer med at rekruttere kvalificeret personale til pukkelafviklingen, men forventer at have afviklet puklen med udgangen af september 2019. I 2019 kan Nordsjællands Hospital derfor alene udvide kapaciteten fra oktober med 110 forløb svarende til en samlet udgift på 0,473 mio. kr. I 2019 vil der samlet set være en udgift på 1,073 mio. kr.

Fra 2020 vil Nordsjællands Hospital kunne udvide kapaciteten med 484 forløb årligt, hvilket samlet set vil udgøre en årlig udgift på 2,1 mio. kr. ved en gennemsnitspris for et forløb på 4.300 kr.

Rigshospitalets muligheder for kapacitetsudvidelse
Rigshospitalet vurderer, at det er muligt at udvide kapaciteten med et varsel på 2-3 måneder. I 2019 vil Rigshospitalet kunne udvide kapaciteten med 1.378 forløb, hvilket samlet set vil udgøre en udgift på 5,9 mio. kr. Fra 2020 vil Rigshospitalet kunne udvide kapaciteten med 1.144 forløb, hvilket samlet set vil udgøre en årlig udgift på 4,9 mio. kr. ved en gennemsnitspris på 4.300 kr.

Fordele og ulemper ved at udvide kapaciteten på hospitalerne
Der er tale om et tilbud, som mange patienter er bekendt med i forvejen. Der er god handicaptilgængelighed på hospitalerne, hvilket kan have stor betydning for ældre patienter med fysiske funktionsnedsættelser. Høj aktivitet samlet på et sted sikrer højt kompetence- og erfaringsniveau med forskelligartede patientkontakter og med forskellige høretab og sværhedsgrader. Idet hospitalerne varetager behandling af patienter med både kompliceret og ikke-kompliceret høretab, har personalet desuden en bred erfaring med optimalt høreapparatvalg og -tilpasning.

Ulempen er, at en nedbringelse af ventelisterne potentielt vil kunne tiltrække patienter, som ellers ville have valgt høreapparatbehandling i privat regi, hvilket kan medføre, at ventetiden ikke falder.

Løsningsmodel 2: Udvidelse af kapacitet hos de praktiserende øre-, næse- og halslæger
Den nuværende aftale med de praktiserende øre-, næse- og halslæger omfatter 5.000 høreapparatbehandlinger og et årligt budget på 18 mio. kr. Administrationen forventer, at aftalen kan udvides med flere behandlinger og dermed målrettet udvide kapaciteten for ukomplicerede høreapparatbehandlinger.

Gennemsnitsprisen for høreapparatforløb inklusive udgift til høreapparater udgør 6.129 kr. Med finanslovsmidlerne kan kapaciteten udvides med i alt 1.142 høreapparatforløb årligt i perioden 2019 til 2022. Dette er baseret på priserne i den nuværende høreapparataftale. Administrationen har været i dialog med Foreningen af Speciallæger, som oplyser, at de er villige til at forhandle en tillægsaftale om mængderabat for de ekstra høreapparatbehandlinger i perioden 2019 til 2022.

Fordele og ulemper ved at udvide kapaciteten hos de praktiserende øre-, næse- og halslæger
En fordel ved løsningsmodel 2 er en større geografisk tilgængelighed, idet 29 praktiserende øre-, næse- og halslæger varetager høreapparatbehandling fordelt over alle fire planområder i regionen. En anden

fordel ved denne løsning er, at patienten allerede er i kontakt med den enkelte praktiserende øre-, næse- og halslæge, og at patienten dermed vil opleve et sammenhængende patientforløb. Derudover kan udvidelsen af kapaciteten iværksættes umiddelbart og uden etableringsudgifter.

Muligheden for at udvide kapaciteten via udbud
Det fremgår af finansloven, at ventelisterne kan nedbringes blandt andet ved at gå i udbud. Et udbud vil dog ikke nødvendigvis nedbringe ventetiden på de offentlige audiologiske afdelinger, da der er tale om et fritvalgsområde, hvor regionen ikke kan kræve, at patienterne anvender det tilbud, som regionen evt. indgår aftale med. Endvidere kan den økonomiske effekt for regionen af et udbud være svær at vurdere, da administrationen på nuværende tidspunkt ikke har det fornødne kendskab til markedet, herunder effekten af borgerens frie valg. Administrationen kan oplyse, at Region Sjælland er ved at afdække muligheden for udbud. Administrationen anbefaler derfor, at sundhedsudvalget afventer resultaterne heraf.

KONSEKVENSER
Ventetiden kan nedbringes, hvis kapaciteten øges ved valg af én af de foreslåede løsningsmodeller. Det vil medføre en serviceforbedring for borgerne, at regionens kapacitet på høreapparatområdet øges, og ventetiden til høreapparatbehandling dermed reduceres. Det skal samtidig understreges, at patienterne stadigvæk frit kan vælge at gøre brug af de private høreklinikker, der geografisk er spredt i regionen.

RISIKOVURDERING
En faldende ventetid til behandling på de audiologiske afdelinger kan øge patienttilgangen til disse og dermed også ventetiden, selvom der udføres flere høreapparatbehandlinger.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen vil betyde, at finanslovsmidlerne vil blive udmøntet i forhold til den valgte løsningsmodel.
I perioden 2019-2022 vil der årligt blive udmøntet 7,8 mio. kr.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges forretningsudvalget den 5. marts 2019 og regionsrådet den 12. marts 2019.

Sundhedsudvalget vil blive forlagt en status på pukkelafviklingen i marts 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Else Hjortsø/Bettina Skovgaard

JOURNALNUMMER
19007578

BILAGSFORTEGNELSE
1. Kort over nuværende tilbud i høreapparatbehandling i Region Hovedstaden
2. Sammenligning af modeller

4. DRØFTELSE: MULIGHED FOR HJEMTAGNING AF FREMMEDSPROGSTOLKNING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Sundhedsudvalget besluttede på møde den 22. maj 2018 at godkende, at en politisk drøftelse om, hvorvidt regionen ønsker at oprette et regionalt tolkekorps og dermed hjemtage fremmedsprogstolkningen udsættes, indtil der foreligger brugbare erfaringer fra Region Syddanmark. Derudover besluttede udvalget, at administrationen forlænger kontrakten med TolkDanmark yderligere et år til 30. september 2019.

Nærværende sag giver derudover en status på tolkegebyret, som der har været meget fokus på, samt situationen vedrørende certificeringsordningen for tolke og oprettelsen af et akuttolkecenter i Region Syddanmark.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

1. **At** drøfte muligheden for at indgå i et fællesregionalt udbud eller gå videre med etablering af eget tolkekorps,

2. **At** tage til efterretning, at administrationen forlænger kontrakten med TolkDanmark med et år til den 30. september 2020.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Sundhedsudvalget har tidligere behandlet muligheden for at oprette et regionalt tolkekorps og dermed hjemtage fremmedsprogstolkningen. Administrationen anbefaler i nærværende sag at fortsætte som hidtil med en ekstern tolkeleverandør, idet de foreløbige erfaringer fra Region Syddanmark er ganske usikre. Desuden fungerer leverancen af tolkeydelser tilfredsstillende i dag, og tidsperspektivet vanskeliggør et fornuftigt tilbud, hvis tolkekorpset skal starte 1. oktober 2019. I det følgende gives en status på regionens nuværende tolkeleverandør, samt situationen i Region Syddanmark. Det kan oplyses, at der skelnes mellem tre typer af tolkning henholdsvis fremmødetolkning, videotolkning og telefontolkning. Ved fremmødetolkning er tolken tilstede ved konsultationen, mens video- og telefontolkning foregår digitalt via henholdsvis computer med tilhørende kamera og ved telefonisk opkald til tolken. Det er lægen, som bestiller tolkningen og afgør, i hvilken form den skal udføres i.

Status på tolkningen i Region Hovedstaden
Region Hovedstadens nuværende kontrakt om fremmedsprogstolkningen er indgået med TolkDanmark på baggrund af et fællesregionalt udbud i 2016, og kan maksimalt løbe i 4 år. Kontrakten med TolkDanmark har den 30. september 2019 løbet i tre år og kan herefter forlænges yderligere et år, så den udløber den 30. september 2020. Administrationen skal senest den 30. juni 2019 meddele, om regionen vil forlænge kontrakten, som dækker både praksis-, hospitals- og psykiatriområdet samt den Sociale Virksomhed.

Aktivitet
Region Hovedstadens kontrakt med TolkDanmark trådte i kraft den 1. februar 2017. Antallet af tolkninger i 2018 er på 74.672. Der er stort set lige mange tolkninger på hospitaler (39.645) og i praksis (35.027). Siden kontraktperiodens start har 81 % af tolkningerne omfattet fremmødetolkning, mens de resterende 19 % vedrører telefon (11 %) og videotolkning (8 %).

Tolkeaktiviteten er karakteriseret ved, at 97,7 % af tolkningerne foregår i dagtid. De tre mest tolkede sprog i Region Hovedstaden er arabisk (39,0 %), tyrkisk (13,3 %) og urdu (6,3 %).

Økonomi
Udgifterne til fremmedsprogstolkning i 2018 er på det laveste gennemsnitlige niveau, når der ses

på perioden fra 2013 til 2018.

Tabel 1: Udgift (mio. kr.) til tolkning i Region H. fra 2013 - 2018

Område/år	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospital og psyk.	17,4	16,0	19,0	21,0	22,8	18,3
Praksis	15,8	11,9	11,5	11,8	23,0	9,1
I alt (mio. kr.)	**33,2**	**27,9**	**30,5**	**32,8**	**45,8**	**27,4**

Baggrunden for den høje udgift til tolkning i 2017 vedrørende Praksis er, at regionens tidligere tolkeleverandør Social-Medicinsk Tolkeservice ikke sendte alle regninger ind løbende. Efter ophør af kontrakten pr. 1. februar 2017 modtog praksisadministrationen regninger for 13,4 mio. kr. fra den tidligere tolkeleverandør. Administrationen indhentede som følge heraf en ekstern juridisk vurdering vedrørende betalingsforpligtigelsen for de forsinkede regninger. Advokatfirmaet konkluderede, at regionen havde pligt til, at betale de forsinkede regninger for tolkeydelser, der var leveret frem til kontraktophør.

Kvalitet
Regionens tolkeleverandør "TolkDanmark" skal registrere klager, hvis brugerne er utilfredse med den udførte tolkning. Ud af 74.672 udførte tolkninger i 2018 blev der klaget 1.500 gange svarende til 2,0 % af TolkDanmarks fremmedsprogstolkninger. Kravet i kontrakten er en tilfredshedsgrad på 95 %, det vil sige klager over maksimalt 5 % af tolkningerne. Klagerne omhandler primært forsinkelser og udeblivelser.

TolkDanmark har ved ansættelse af tolke indført en ansættelsesprocedure, hvor tolken testes inden vedkommende indkaldes til en samtale. Ved en score på 8 eller derover på en skala fra 1-10 bliver tolken indkaldt til samtale. Herefter bliver tolkeansøgeren sprogtestet både skriftligt og mundtligt samt gennemgår et interview med fokus på service, kvalitetsbevisthed og proper fremtræden samt soignering.

Det kan oplyses, at loven om den statslige certificeringsordning for fremmedsprogstolkning i sundhedsvæsenet ventes at træde i kraft den 1. marts 2019 og vil sætte krav til fremmedsprogstolkenes kompetencer. Tolkene skal bestå eksamination for at opnå certificering som fremmedsprogstolk i sundhedsvæsenet. Det er frivilligt at blive certificeret som tolk, men det ventes på sigt at blive et krav fra kunden (sundhedsvæsenet), at leverandørens tolke er certificerede.

Region Syddanmark - oprettelse af eget tolkekorps
Administrationen har set på erfaringerne fra Region Syddanmark med at oprette eget tolkekorps. Region Syddanmark indgik i efteråret 2016 en aftale med TolkeDanmark Aps om levering af tolkeydelser på baggrund af et fællesregionalt udbud. Firmaet er et andet end Region Hovedstadens leverandør (TolkDanmark). Kort tid efter aftalens ikrafttræden den 1. februar 2017 blev aftalen opsagt af Region Syddanmark på grund af manglende forsyningsstabilitet og lav kvalitet i opgaveløsningen. Som følge heraf besluttede Region Syddanmark den 27. november 2017 at hjemtage (dele af) fremmedsprogstolkningen på sygehusene i dagtid, samt fra maj 2021 at hjemtage tolkningen fra praksis.

Det kan samtidig oplyses, at Region Syddanmarks udgifter til tolkning siden 2014 årligt har været væsentligt højere end i Region Hovedstaden, og i 2016 var på 47,1 mio. kr. og på 77,1 mio. kr. i 2017. Det skal ses i lyset af, at der er ca. 1,2 mio. indbyggere i Region Syddanmark mod 1,8 mio. i Region Hovedstaden.

Region Syddanmarks eget tolkekorps - Tolkecenter Syddanmark - startede tolkning den 22. oktober 2018 på Sygehus Lillebælt, og forventes fuldt implementeret på alle Region Syddanmarks Hospitaler i dagtid til marts 2019. Tolkecenter Syddanmark er et rent teletolkningscenter (video- og telefon), som skal varetage op til 95 % af alle tolkninger på Region Syddanmarks hospitaler i dagtid. Tolkecenteret har 25 fastansatte tolke, samt 6 tilkaldetolke. Tolkecenteret rekvirerer dog eksterne tolke til mindre sprog som f.eks. finsk. Udover tolkekorpset er der ansat én leder samt 4 administrative medarbejdere. Region Syddanmark har i forbindelse med etablering af tolkecenteret afholdt udgifter vedrørende indretning af lokaler herunder afskærmede tolkerum til teletolkning, samt foretaget indkøb af videotolkningsudstyr, IT/servere og udvikling af et bookingsystem.

Region Syddanmark har endnu ikke foretaget evaluering af tolkecenteret. Administrationen har været i dialog med Region Syddanmark, der oplyser at der er gode tilbagemeldinger vedrørende tolkenes kvalitet og forsyningssikkerhed. Region Syddanmark tester alle tolke inden de ansættes, og det er erfaringen, at flere tolke ikke har bestået i disse test. Det oplyses, at enkelte af de fastansatte tolke endnu ikke er fuldt belagt med tolkninger. Region Syddanmark vil foretage en evaluering af tolkekorpset når alle hospitaler er med i tolkeordningen, hvilket tidligst sker fra april 2019.

Akuttolkecenter

I Finanslovsaftalen for 2018 afsættes der midler til etablering og drift af et fællesregionalt center for akut videotolkning placeret i Region Syddanmark. Akuttolkecenteret skal levere video- og telefontolkning, men ikke fremmødetolkning. Med akut forstås ikke-planlagte ambulante besøg eller indlæggelser. De akutte tolkninger udgør 9,2 % af alle tolkninger i Region Hovedstaden. Tidsplanen for udrulning af tolkecenterets telefon- og videotolkning til akutte tolkninger i de øvrige regioner er fastsat til medio 2020 for henholdsvis de øvrige regioners sygehuse og til medio 2021 for de øvrige regioners praksissektor.

Administrationens vurdering

Udgangspunkterne i de to regioner vedrørende oprettelse af eget tolkekorps har fra starten været forskellige. Region Syddanmarks udgifter til tolkeområdet har igennem de sidste par år været væsentligt højere end i Region Hovedstaden. Derudover har Region Syddanmark haft betydelige problemer med forsyningssikkerhed og kvalitet blandt tolkene, hvilket ikke har været tilfældet i Region Hovedstaden.

Det er vurderingen, at der generelt er tilfredshed med tolkefirmaets (TolkDanmark) kvalitet og forsyningssikkerhed i Region Hovedstaden, idet der kun er klaget over 2 % af tolkningerne. Derudover er Region Hovedstadens udgifter til tolkning faldet, og er på det laveste niveau i de sidste fem år. Region Syddanmarks tolkekorps leverer alene video- og telefontolkning, mens Region Hovedstadens tolkefirma leverer alle former for tolkning dvs. inkl. fremmøde. Det kan oplyses, at størstedelen af tolkningerne i 2018 vedrørte fremmødetolkning i Region Hovedstaden. Det vurderes, at en omlægning til at tolkningen alene omfatter video- og telefontolkning - som i Syddanmark - vil kræve en lang implementeringsperiode samt holdningsskift blandt andet hos nogle af praksislægerne. Region Hovedstaden arbejder på, at en større del af tolkningerne på sigt foregår digitalt enten via telefon eller video.

I forhold til Syddanmarks model med at etablere eget tolkekorps har Region Hovedstaden ikke personaleansvaret overfor det betydelige antal tolke og den dertilhørende administration, som kræver en løbende stabil belægning af tolkeopgaver for at sikre, at alle ansatte tolke har tilstrækkeligt med opgaver. Dette ansvar ligger i dag alene hos leverandøren.

Med hensyn til et nyt udbud vil det kunne foretages som et fællesudbud med andre regioner med henblik på at opnå den bedst mulige aftale og stordriftsfordele. Etableringen af et fællesudbud vurderes at tage mellem 6 og 12 måneder. Ved et eventuelt nyt regionalt fællesudbud af tolkeydelser kan der stilles relevante konkurrence- og mindstekrav som udgangspunkt for tolkeydelser af tilfredsstillende kvalitet, herunder at tolkeudbyderen kun anvender certificerede tolke. Et tilsvarende krav om certificering kan stilles ved oprettelse af eget tolkekorps.

Der foreligger ikke nogen evaluering af Region Syddanmarks tolkekorps endnu, og den forventes tidligst at kunne foreligge i april/maj 2019, men formentlig først senere. Evalueringen vil alene omfatte tolkninger på hospitalsområdet og ikke praksisområdet.

De foreløbige erfaringer fra Region Syddanmark er, at det tager tid at forberede oprettelsen af eget tolkekorps med dertilhørende administration. Fra regionsrådet i Region Syddanmark besluttede at oprette tolkekorpset (27. november 2017) og til opstart med de første tolkninger (22. oktober 2018) gik der gået knapt et år.

Region Hovedstadens kontrakt med TolkDanmark udløber den 30. september 2019, og derfor mener administrationen at det ikke vil være realistisk at kunne etablere et tolkekorps på den korte tid. I stedet for vil kontrakten bliver forlænget med yderligere et år, og udvalget vil blive forelagt en sag efter sommeren, hvor der tages stilling til hvorvidt regionen skal etablere eget tolkekorps eller gå i fælles udbud med de

andre regioner.

Tolkegebyr
Den 1. juli 2018 trådte loven om gebyr for fremmedsprogstolkning i kraft. Loven betyder, at patienter, der har boet mere end tre år i Danmark uden at have opnået tilstrækkelige danskkundskaber opkræves et gebyr ved tolkning i sundhedsvæsenet. Det er regionen, der opkræver gebyret.

Region Hovedstaden har udstedt 2.823 tolkeregninger for månederne juli, august og september til en værdi af 1,1 mio. kr. På nuværende tidspunkt er der betalt regninger for 0,6 mio. kr. Enkelte af de andre regioner er ikke startet på opkrævningen af tolkegebyr.

Region Hovedstaden har i december 2018 valgt at stoppe opkrævningen, idet proceduren hidtil har været karakteriseret ved, at såfremt en patient måtte have behov for at rekvirere en lægeerklæring for at dokumentere, at vedkommende var omfattet af en undtagelse for tolkegebyret skulle patienten selv betale for lægeerklæringen. Sundhedsministeren har imidlertid i december 2018 meddelt, at patienten efter gældende ret ikke kan afkræves selv at skulle afholde udgiften til en lægeerklæring. Det er istedet regionen. Rækkevidden af den ændrede fortolkning af loven er ved at blive afklaret nærmere, og Danske Regioner er i dialog med Sundheds- og Ældreministeriet om vilkårene for opkrævning af gebyret. Regionen planlægger at starte opkrævningen igen fra den 22. februar 2019 vedrørende månederne oktober, november og december 2018.

KONSEKVENSER
Administrationen vil afhængig af udvalgets drøftelse og på baggrund af input arbejde videre med området.

RISIKOVURDERING
Der vil med den nuværende tidsramme være problemer med at etablere et tolkekorps inden den nuværende kontrakt udløber pr. 30. september 2019.

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

KOMMUNIKATION
Der planlægges ingen særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges for Sundhedsudvalget den 25. februar 2019. Sundhedsudvalget forelægges sagen næste gang efter sommerferien 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Søren Jessen Jensen

JOURNALNUMMER
19002273

5. ORIENTERING: STATUS PR. JANUAR 2019 FOR ARBEJDET MED HOSPITALSINFEKTIONER PÅ BAGGRUND AF RIGSREVISIONENS BERETNING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Sundhedsudvalget har bedt om at behandle status på regionens indsatser i relation til Rigsrevisions beretning om sygehusinfektioner fra 2017.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- **At** udvalget tager status på regionens initiativer i relation til Rigsrevisionens beretning om sygehusinfektioner til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
I november 2017 kom 'Rigsrevisionens beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner' (bilag 1). Hospitalsinfektioner opstår, når patienter bliver smittet med skadelige mikroorganismer (dvs. bakterier og virus), mens patienterne er på hospitalet. Rigsrevisionen undersøgte indsatsen for at forebygge infektioner erhvervet på hospitalerne ved at se på følgende:

- Understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne gennem mål og overvågning en reduktion af hospitalsinfektioner?
- Lever hospitalernes hygiejne op til retningslinjerne?
- Understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne rationel brug af antibiotika?

Baggrunden for de valgte spørgsmål var, at overvågning af hospitalsinfektioner er en forudsætning for arbejdet med kvalitetsforbedringer. Derudover giver et specifikt mål om at reducere hospitalsinfektioner et tydeligt sigte for indsatsen. Retningslinjer for hygiejne, fx rengøring og rene hænder, anses som det mest effektive til at afbryde smitteveje. Rationel brug af antibiotika betyder, at antibiotika kun bruges, når det er nødvendigt. Antibiotika skal derudover være så smalspektret som muligt, fordi det bidrager mindre til udviklingen af resistente bakterier.

Rigsrevisionen udvalgte to hospitaler i hver region og vurderede samlet set *at 'Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner ikke har været tilstrækkelig. Der mangler mål for reduktion af infektioner, og mulighederne for at overvåge udviklingen har ikke været brugt godt nok. Samtidig kan hygiejnen på hospitalerne blive klart bedre og brugen af antibiotika mere rationel*.'

Det skal dog nævnes at Region Hovedstaden ligger rigtig fint og har en god kultur for kontinuerligt at arbejde med forbedringer indenfor områderne.

Som opfølgning på beretningen skrev Rigsrevisionen i april 2018 (bilag 2) at de fortsat vil følge udviklingen og orientere Statsrevisorerne om 6 områder, hvoraf de tre følges op og behandles nationalt. Følgende tre er relateret til Region Hovedstadens indsats og vil blive behandlet nedenfor:

1. Sætte regionale og lokale delmål for hospitalserhvervede infektioner.
2. Efterleve retningslinjer for hånd- og uniformshygiejne.
3. Sætte mål for antibiotikaforbruget.

De tre områder der følges op og behandles nationalt er:

1. Udviklingen i hospitalserhvervede infektioner, herunder om de nationale mål og indikatorer justeres, baseret på den årlige status på de nationale mål for sundhedsvæsenet - der er indtil videre ikke sket en justering af de nationale mål og indikatorer.

2. Sundheds- og ældreministeriets fremsættelse af et lovforslag, som skal være med til at sikre, at hospitalsafdelingerne kan personhenføre data i deres kvalitetsarbejde - ændring af sundhedsloven i foråret 2017 sikrede en bedre tilgang til brug af heldbredsoplysnigner i kvalitetsarbejdet.
3. Udviklingen i indfrielse af de 3 mål i National handlingsplan for antibiotika til mennekser - de tre mål omfatter 1)reduktion i antallet af indløste recepter på antibiotika, 2) højere grad af behandling med mere smalspektrede antibiotika og 3) reduceret forbrug af kritisk vigtige antibiotika. Der har været én afrapportering af status for målene, i foråret 2018. Denne viste en stigning i mål tre, der kan forklares med en mangel situation på udvalgte antibiotikapræparater.

Generelt om systemet for infektionshygiejne i Region Hovedstaden
Systemet for infektionshygiejne i Region Hovedstaden består af

- Region Hovedstadens komité for infektionshygiejne, og
- De enkelte hospitalers og virksomheders infektionshygiejne organisation, dvs. lokale hygiejnekomitéer, infektionshygiejniske enheder eller kvalitetsråd.

Region Hovedstadens Komité for infektionshygiejne er tværfaglig og tværsektorielt sammensat med repræsentation fra regionens hospitaler og virksomheder, samt kommunerne, almen praksis og Styrelsen for Patientsikkerhed. Samarbejdet i systemet for infektionshygiejne sikres ved deltagelse af lokale repræsentanter i den regionale komite. Komiteen rådgiver koncernledelsen og det øvrige ledelsessystem i spørgsmål relateret til området for infektionshygiejne. Komiteen står i spidsen for en lang række infektionsforebyggende indsatser, fx e-læringskursus om håndhygiejne, skriftlig og viral personalevejledning og patientinformation, undervisnings- og uddannelsesaktiviteter, og en særlig indsats i forbindelse med WHO's internationale håndhygiejnedag hvert år d. 5. maj.

Under komiteen er der fire udvalg og én task force, hvoraf særligt Task Force forebyggelse af hospitalsinfektioner, skal nævnes i denne sammenhæng. Task Force koordinerer indsatsen for forebyggelse af infektioner i Region Hovedstaden og arbejder med overvågning af hospitalsinfektioner og videndeling om forebyggelsesindsatser og –resultater. Derudover er der Udvalg for infektionshygiejnisk sagsbehandling, Udvalg for Rengøring og Hygiejne, Udvalg for MRSA og Udvalg for Nybyggeri.

Opfølgning på de enkelte kritikpunkter

Regionale og lokale delmål for hospitalserhvervede infektioner
Region Hovedstaden har ikke sat fælles delmål for reduktion af hospitalsinfektioner, dette foregår lokalt på hospitalerne. Muligheden for at opstille fælles regionale og lokale mål har været drøftet i regionens *Task Force Forebyggelse af hospitalsinfektioner* - senest på mødet i december 2018. Der var der enighed om, at forekomsten af infektioner, og muligheden for forebyggelse af dem, i høj grad er afhængig af patientsammensætningen. Målsætninger skal derfor tage udgangspunkt i den lokale kontekst, koblet med konkrete initiativer. Det er et arbejde som de lokale hygiejneorganisationer derfor tager sig af.

Task Force analyserer data mhp. eventuelle regionale indsatser og følger forekomsten af særlige typer af infektioner hos patienter, og distribuerer løbende disse data til hospitalerne, samt gør dem tilgængelig på en overvågningsside. Regionen følger disse typer af infektioner hos patienter: Bakteriæmi (bakterier i blodet), urinvejsinfektioner, infektioner med clostridium difficile (diarré og tarmbetændelse), infektioner med Meticillin resistente stafylokokker (MRSA), dybe infektioner efter indsættelse af kunstigt knæ og kunstig hofte, infektioner forårsaget af vancomycin resistente enterokokker (VR

Task force har udviklet et antibiotika-lommekort til regionens læger, samt en interaktiv app hvor klinikere kan tilgå data om infektioner, hospitalsinfektioner og resistente bakterier. Begge dele er understøttet af undervisning og skal hjælpe lægerne til at en rationel antibiotika-ordination.

Task Force samarbejder desuden med Sundhedsplatformen om opsætning af standarddoseringer for antibiotika på de store infektionsområder og udvikling af beslutningsstøtte til klinikerne. Formålet er at øge fokus på en daglig revurdering af behovet for antibiotikabehandling, samt udvikling af yderligere datarapporter i sundhedsplatformen om antibiotikabrug. Hertil kommer fokus på de mål der er fastsat i

den nationale antibiotika plan.

Efterlevelse af retningslinjer for hånd- og uniformshygiejne
Regionen har i 2018 gennemført et seminar om hånd- og uniformshygiejne med stor tilslutning, med fokus på de fremadrettede løsninger. Som konsekvens af dette har region, hospitaler og afdelinger iværksat en lang række forskellige indsatser i forskellig målestok for at motivere personale til af efterleve retningslinjerne.
Indsatser med det formål at motivere personale til efterlevelse af retningslinjer for hånd- og uniformshygiejne pågår til stadighed. Eksempelvis gennemførte Rigshospitalet i 2018 en kampagne i forhold til korrekt uniformering, fokus var lederne som gode rollemodeller, og den bestod blandt andet af visuelle eksempler på forkert/korrekt uniformering, og en pjece til ledere og medarbejdere. Derudover kan nævnes at der i 2019 planlægges en regional indsats rettet mod patienter og pårørende, idet smitte også spredes imellem disse. Indsatsen planlægges tværfagligt, og der har været patienter og pårørende med i den initiale planlægning og udformning af slogan. Den forventes blandt andet at bestå af information til patienter og pårørende, synliggørelse af spritdispensere og sprit til udlevering til patienter og pårørende. Det er påvist at indsatser rettet mod patienter og pårørende har en afsmittende effekt på personalet. Det er således forventningen at indsatsen også vil påvirke personalets opmærksomhed på håndhygiejne. Indsatsen skydes igang i forbindelse med den internationale håndhygiejneuge i maj, og vil efterfølgende fortsætte som en kontinuerlig indsats.

Sætte mål for antibiotikaforbruget.
Regionens Task Force for forebyggelse af hospitalsinfektioner følger, analyserer og offentliggør data for antibiotikaforbruget. Derudover understøtter Task Force det nationale og regionale lærings- og Kvalitetsteam (LKT) for antibiotikaområdet. LKT antibiotika er en udløber af det nationale kvalitetsprogram, og er et to årigt forbedringsprojekt der startede i 2017. Centralt i forbedringsarbejdet er lokale forbedringsteams på hospitalerne, der arbejder med reduktion af antibiotikaforbruget og rationel anvendelse af antibiotika.

Task Force planlægger sammen med regionens Lægemiddelkomité at fastholde fokus på en samlet regional reduktion af brugen af antibiotika, forkortelse af behandlingstider samt reduceret forbrug af bredspektrede antibiotika.

Der afholdes årligt temadage, herunder også for praktiserende læger om relevante og aktuelle emner i relation til infektioner og antibiotikaforbrug. I 2018 afholdtes et tværsektorielt seminar ’Viden skal spredes, ikke bakterier’, med 300 deltagere bl.a. fra kommuner og praktiserende læger. Fokus var infektioner, antibiotika og smittespredning blandt ældre mennesker. Ved lejligheden blev der lavet 4 podcasts hvor ledende læger, professorer og sygeplejersker formidler ny og anvendelig viden.

Ud over de ovennævnte tiltag kommer en lang række lokale indsatser, som lokale ledere og hygiejnekoordinatorer står i spidsen for.

Regionsrådet har i 2018 besluttet at afskaffe antibiotikaforbrug som driftsmål efter indstilling fra administrationen som led i reduktion af antallet af regionale driftemål. Antibiotikaforbruget følges dog stadig i regi af de nationale mål for antibiotika.

KONSEKVENSER
Med det kontinuerlige fokus forventes af regionen kan reducere risikoen for smitte, og fastholde eller nedsætte forbruget af bredspektret antibiotika.

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 den 25. februar 2019

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Helle Bak

JOURNALNUMMER
16041779

BILAGSFORTEGNELSE

1. Beretning 5 2017 om forebyggelse af hospitalsinfektioner
2. Rigsrevisionens notat om beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner (004)

6. ORIENTERING: VARETAGELSE AF PATIENTER MED DEN SUBAKUTTE ØJENSYGDOM VÅD ALDERSRELATERET MACULA DEGENERATION (AMD) OG VENTETIDSUDFORDRINGER FOR PATIENTER MED ØJENSYGDOMME I REGION HOVEDSTADEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Sundhedsudvalget besluttede på udvalgsmødet den 31. oktober 2018, at udvalget på et kommende møde skulle behandle en sag om, hvorvidt udredning og behandling af patienter med den subakutte øjensygdom våd aldersrelateret macula degeneration (AMD) i regionens øjenafdelinger er i overensstemmelse med gældende faglige retningslinjer.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

1. **At** tage orienteringen om de faglige retningslinjer og varetagelsen af patienter med våd aldersrelateret macula degeneration (AMD) i øjenafdelingerne i Region Hovedstaden til efterretning,

2. **At** tage orienteringen om de generelle kapacitetsmæssige udfordringer på øjenafdelingerne, ventetid på udredning og behandling for øjenpatienter samt administrationens videre proces til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Sundhedsudvalget har på et tidligere udvalgsmøde besluttet at behandle en sag om, hvorvidt udredning og behandling af patienter med den subakutte øjensygdom våd aldersrelateret macula degeneration (AMD) i regionens øjenafdelinger er i overensstemmelse med gældende faglige retningslinjer. Baggrunden herfor er, at bl.a. Øjenforeningen har stillet spørgsmålstegn ved, om de gældende faglige retningslinjer for behandling af patienter med våd AMD er tilstrækkelige ift. en optimal behandlingseffekt.

Sagsbehandlingen af ovenstående har afdækket nogle generelle ventetidsudfordringer på øjenområdet i Region Hovedstaden. Den demografiske udvikling og flere tilgængelige behandlingsmetoder af øjensygdomme giver anledning til, at ikke-synstruede øjenpatienter aktuelt venter på udredning og behandling, da der ikke er den nødvendige udrednings- og behandlingskapacitet på regionens hospitaler.

Om aldersrelateret macula degeneration (AMD)
Aldersrelateret macula degeneration (AMD) er en kronisk øjensygdom, og omkring 12% af befolkningen over 60 år har symptomgivende AMD, mens andre har en uopdaget sygdom, da generne af sygdommen kan være begrænset i begyndelsen. De fleste patienter med AMD er over 70 år, og sygdommen er den hyppigste årsag til svækkelse af synet hos ældre i den vestlige verden.

Sygdommen inddeles i en 'tør' og 'våd' form, hvoraf våd AMD betegnes som en subakut behandlingskrævende tilstand, der kan udvikle sig til en synstruende tilstand, hvis ikke der igangsættes behandling inden for en kortere tidsfrist. Våd AMD udgør omkring 20% af alle patienter med AMD.

Patienter med våd AMD behandles med injektioner i øjet (anti-VEGF-behandling), der skal gives i hospitalsregi. I Region Hovedstaden foregår behandlingen af patienter med våd AMD i Øjenklinikken på Rigshospitalet, der har udefunktioner på henholdsvis. Bornholms Hospital og Nordsjællands Hospital. Øjenafdelingerne på Bornholm og i Hillerød udfører også injektionsbehandling og kontrol af patienter med våd AMD.

Faglige retningslinjer for behandling af våd AMD
Det er væsentligt for den optimale behandlingseffekt, at patienter med våd AMD får en rettidig behandling. En forsinkelse i behandlingen kan medføre en svækkelse af synet hos patienterne. Ifølge Dansk Oftalmologisk Selskabs retningslinje for behandling af våd AMD skal patienter med mistænkt våd AMD indkaldes subakut, typisk inden for 2-4 uger fra henvisningstidspunktet.

Baseret udelukkende på en faglig synsvinkel vil behandlingsopstart inden for to uger, ifølge Øjenklinikken på Rigshospitalet, være bedre i forhold til effekten af behandlingen, når der skal tages højde for sygdommens hurtige udvikling. Øjenklinikken tilstræber derfor at behandle alle patienter med våd AMD inden for 14 dage efter henvisning, og aktuelt opstartes behandlingen for 97% af AMD-patienterne inden for 14 dage, mens resten af patienterne får behandling inden for fire uger. Dermed behandles alle patienter med våd AMD i overensstemmelse med Dansk Oftalmologisk Selskabs retningslinjer for behandling af patienter med våd AMD.

Generelle ventetidsudfordringer i Øjenklinikken
Som en konsekvens af bl.a. den demografiske udvikling og flere tilgængelige behandlingsmetoder er der sket en markant stigning i antallet af patienter med øjensygdomme, der behandles på regionens hospitaler. I Region Hovedstaden er der aktuelt ikke den nødvendige udrednings- og behandlingskapacitet på regionens øjenafdelinger, og fremadrettet er det også en udfordring, når antallet af øjenpatienter er stigende. På grund af den manglende kapacitet sker en nødvendig prioritering af de patienter, der har synstruende øjensygdomme, herunder patienter med våd AMD. Prioriteringen af disse patienter medvirker til, at patienter med ikke-synstruende øjensygdomme må vente længere på udredning og behandling – også længere end deres patientrettigheder foreskriver.

I forhold til våd AMD varetages behandlingen i andre lande, fx Frankrig, Schweiz og USA, af privatpraktiserende øjenlæger. Dette er ikke en mulighed i Danmark, da behandlingen af våd AMD er en specialiseret hospitalsbehandling, der kræver Sundhedsstyrelsens godkendelse til at varetage. Patienter med våd AMD skal derfor behandles i hospitalsregi, og i Region Hovedstaden er det kun Øjenklinikken på Rigshospitalet (det vil sige. matriklerne Glostrup, Bornholm og Hillerød), der er godkendt til at varetage behandlingen. Øjenklinikken kan kun viderehenvise patienter til hospitaler i de andre regioner, der også er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at varetage behandlingen. Ifølge Øjenklinikken er alle øjenafdelinger i landet pressede i forhold til varetagelsen af medicinske nethindesygdomme, herunder behandling af våd AMD.

Videre proces: Håndtering af ventetidsudfordringerne i Region Hovedstaden
I forhold til at håndtere de ventetidsudfordringerne for øjenpatienter, herunder at imødekomme de kommende års patienttilgang, er der behov for, at administrationen i samarbejde med Øjenklinikken undersøger en række initiativer, der skal afvikle ventetidsudfordringerne.

Populationsansvar og afdækning af behov for flere ressourcer til Øjenklinikken:
Det forventes, at Øjenklinikken på Rigshospitalet i løbet af 2019 får 'populationsansvar' for øjenområdet i regionen. Det betyder, at Øjenklinikken får det samlede økonomiske ansvar for behandling af patienter med øjensygdomme. Øjenklinikken får derfor tilført budget svarende til regionens tidligere forbrug på behandling af øjenpatienter på privathospitaler mod, at klinikken fremadrettet selv skal betale for behandling af de patienterne, som de henviser til privat regi. Formålet med populationsansvaret er at give Øjenklinikken incitament til at udnytte kapaciteten og ressourcerne på øjenområdet bedst muligt, når prioriteringen skal tage udgangspunkt i et helhedssyn frem for optimering på delområder. Eksempelvis kan Øjenklinikken hjemtage behandlingen af de patienter fra privat regi, som de kan behandle mere effektivt. Omvendt giver det også Øjenklinikken mulighed for at udvisitere de patienter, som privathospitalerne kan behandle mere effektivt. Det er forventningen, at der kan opnås fordele i den samlede anvendelse af både offentlig kapacitet og privat kapacitet, og at det er en mulighed for at styrke den langsigtede udvikling af specialet.

Derudover vil Administrationen i samarbejde med Øjenklinikken på Rigshospitalet afdække, om klinikken har behov for flere ressourcer at imødekomme den aktuelle ventetid til udredning og behandling af øjensygdomme, stigende patientpopulation og nye behandlingsmuligheder. Herunder ift. hvilke patientgrupper, der venter længst på udredning og behandling, samt undersøge muligheder for tilførsel af ressourcer, der kan sikre et generelt løft af øjenområdet i Region Hovedstaden, mhp. efterfølgende politisk prioritering.

Samarbejdsaftale med privatpraktiserende øjenlæger:
Ifølge Øjenklinikken på Rigshospitalet har antallet af patienter i behandling for våd AMD været stigende siden 2007, og forløbene for AMD-patienter er ofte meget ressourcekrævende for øjenafdelingerne.

Patienterne har ofte lange forløb med mange behandlinger og kontroller. Behandlingen af patienter med våd AMD skal varetages i hospitalsregi, men for at imødegå kapacitetsudfordringerne på øjenområdet, har Region Hovedstaden indgået en rammeaftale med de praktiserende øjenlæger. Aftalen indebærer, at når patienter med våd AMD er færdigbehandlede med injektioner (anti-VEGF) og har opnået en stabil tilstand, kan de få foretaget kontrolundersøgelser hos praktiserende øjenlæger i stedet for, at kontrollerne skal foregå på hospitalerne. I tilfælde af kontrollerne i praksis viser tilbagefald af øjensygdommen sendes patienterne tilbage til Øjenklinikken. Siden 1. juli 2018, hvor aftalen trådte i kraft, har de privatpraktiserende øjenlæger leveret 94 ydelser inden for rammeaftalen.

Aftalen skal anses som en opgaveglidning fra hospital til speciallægepraksis, som skal aflaste Øjenklinikken, eftersom der er tale om en voksende patientgruppe, som hospitalerne skulle have varetaget, hvis ikke der var indgået en aftale med praksissektoren. Aftalen betyder derved, at Øjenklinikken ikke skal varetage det stigende antal kontroller efter behandling af våd AMD, og det er forventningen, at dette sikrer en bedre udnyttelse af kapaciteten vedr. behandling af øjenpatienter, og der må forventes kortere ventetid til udredning og behandling. Administrationen vil løbende følge op på aftalen, herunder om aftalen med de privatpraktiserende læger benyttes.

Desuden er der i forbindelse med moderniseringen af øjenlægepraksis i Region Hovedstaden blevet mulighed for, at de praktiserende øjenlæger skal lave billeddiagnostiske undersøgelser ved hjælp af. en OCT-scanning (Optical Coherence Tomography). Ved en OTC-scanning tages der et tværsnitsbillede af øjet, hvormed øjenlægen kan kortlægge den bagerste del af øjet og nethindens tykkelse. Dette giver de praktiserende øjenlæger en bedre indikation om en diagnose, og dermed mere præcise henvisninger til hospitalerne.

Administrationen vil i samarbejde med Øjenklinikken undersøge mulighederne for yderligere opgaveflytninger fra hospitalerne til de privatpraktiserende øjenlæger med henblik på at skabe mere udrednings- og behandlingskapacitet i regionens øjenafdelinger.

KONSEKVENSER
Administrationen vil arbejde videre med at sikre en bedre kapacitet ift. udredning og behandling af patienter med øjensygdomme i Region Hovedstaden.

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

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

KOMMUNIKATION
Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges Sundhedsudvalget den 25. februar 2019

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Charlotte Hosbond

JOURNALNUMMER
18058943

7. ORIENTERING: TILBUD TIL FØDENDE FØR OG EFTER FØDSEL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
På baggrund af drøftelser i Budgetforligskredsen er det aftalt, at sundhedsudvalget ser på de tilbud, der er til gravide kvinder før og efter fødsel. Tilbud til fødende i Region Hovedstaden er fastlagt med regionens fødeplan fra 2010, der er godkendt af regionsrådet. I sagen beskrives de tilbud før og efter fødsel, der aktuelt tilbydes.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- **At** orientering om regionens tilbud til gravide før og efter fødsel tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
I Region Hovedstaden er der en række tilbud til kvinder før, under og efter fødsel, som i udgangspunktet er ens uanset, på hvilket hospital kvinden ønsker at føde. Region Hovedstaden ønsker, at kvindens graviditet, fødsel og barselsperiode hænger godt sammen, og at kvinden og hendes partner oplever høj faglig ekspertise og tryghed i hele forløbet.

Region Hovedstadens Fødeplan
Indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel i regionen blev fastlagt i 2010 med regionsrådets godkendelse af fødeplanen. Region Hovedstadens fødeplan blev udarbejdet på baggrund af sundhedsstyrelsens anbefalinger på svangreområdet, og de opfyldes stort set. Siden 2010 er der løbende sket ændringer, og den seneste beskrivelse af tilbuddene i regionen fremgår af "Tilbud til fødende i Region Hovedstaden - januar 2016", der vedhæftes. Der er ikke fuld overensstemmelse mellem fødeplan og de tilbud der gives i øjeblikket, hvilket skyldes mangel på ressourcer herunder mangel på jordemødre. Således kan ingen af fødestederne for nærværende tilbyde fødselsforberedelse i små hold, og nogle har heller ikke mulighed for at tilbyde hjemmebesøg.

Svangreomsorg omfatter rådgivning før befrugtning, graviditet, fødsel, barsel og støtte til familiedannelse. Svangreomsorgen er inddelt i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravide kvindes behov. Fødestederne i Region Hovedstaden giver omsorg til ca. 22.000 gravide kvinder om året. Alle gravide tilbydes basistilbuddet. Basistilbuddet udvides med yderligere tilbud afhængig af, hvad den enkelte gravide har behov for. Indsatsen fra jordemoderen er således afpasset og differentieret ud fra kvindens behov og ud fra de fire niveauer, der kan ændres i forløbet.

Før fødsel
Den gravide kvinde bør tilbydes en høj grad af kontinuitet, tryghed og kendthed, hvorfor det tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under hele graviditetsforløbet. I henhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger skal den gravide kvinde tilbydes 4-7 jordemoderkonsultationer. I gennemsnit tilbydes fem jordemoderkonsultationer, men nogle kvinder får flere, og andre får færre afhængig af behov. Jordemoderkonsultationerne tilbydes som individuelle eller gruppekonsultationer, dog tilbydes den første jordemoderkonsultation altid som individuel konsultation. Jordemoderens indsats inkluderer risikoopsporing, forebyggelse og sundhedsfremme.

Fra 1. januar 2019 foregår fødselsforberedelsen på alle regionens fødesteder som auditorie-undervisning i to moduler, hvor modul 1 handler om fødslen og modul 2 handler om tiden efter fødslen og amning. Årsagen til at det ikke er muligt at opretholde små hold for 10-12 personer, som det er besluttet med fødeplanen, skyldes mangel på jordemødre.

Det har siden 2010 været praksis, at raske flergangsfødende føder ambulant. Ambulant fødsel gives til raske flergangsfødende, og hvor der ikke opstår komplikationer, ikke er behov for pleje og behandling eller ikke er andre særlige forhold. Ved ambulant fødsel sker udskrivning efter fire til seks timer, når det

er fagligt forsvarligt for mor og barn, og så vidt muligt ikke i nattetimerne, med mindre familien selv ønsker at forlade hospitalet.

At udvide ambulante fødsler til raske førstegangsfødende indgik i Regionsrådets budgetaftale tilbage i 2013, hvor der blev peget på, at der skal arbejdes med varierende former for fødselstilbud, herunder tilbud om ambulant fødsel til førstegangsfødende. Det ligger på linje med tilbuddet i mange af de andre regioner, der ligeledes udskriver førstegangsfødende efter fire til seks timer. Der er sket en langsom udrulning heraf i regionen. Der tilbydes aktuelt ambulante fødsler til raske førstegangsfødende på Nordsjællands Hospital og Herlev Hospital, og på Rigshospitalet fra december 2018. Hvidovre Hospital arbejder på at få organiseringen tilpasset, så også raske førstegangsfødende kan føde ambulant. Bornholm har en særlig status med ca. 280 fødsler om året, og i det omfang, det er muligt tilbydes overnatning.

Efter fødsel
I de første timer efter en ambulant fødsel observeres kvindens og barnets tilstand af jordemoderen. Før kvinden forlader fødegangen, skal hun informeres om relevante opmærksomhedspunkter i forhold til sig selv og barnet og om henvendelsesmuligheder efter hjemkomst. Barnet skal være undersøgt af jordemoderen, og eventuelle efterundersøgelser skal være planlagt. Jordemoderen er ansvarlig for, at sundhedsplejersken får besked om, at kvinden udskrives ambulant.

Efter fødslen bliver ambulante fødende kontaktet telefonisk af jordemoderen, og kvinden får et hjemmebesøg indenfor 72 timer efter fødslen. Det er en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel, og der foretages hælblodprøve, høretest og (efter)fødselssamtale.

Der er lidt variationer mellem hospitalerne i efterfødselstilbuddet for hjemmebesøg, som skyldes mangel på jordemødre. Nordsjællands Hospital tilbyder hjemmebesøg på 1. og 3. dag, og på Amager og Hvidovre Hospital ses ambulante førstegangsfødende to gange efter fødslen. Rigshospitalet tilbyder ambulante førstegangsfødende et jordemoderbesøg 24 timer efter fødslen, og kvinderne møder i efterfødselsklinik på tredje dagen. Ambulante flergangsfødende ringes op på første dagen og møder i efterfødselsklinik på tredje dagen. Herlev og Gentofte Hospital kan i øjeblikket ikke tilbyde hjemmebesøg som følge af stor mangel på jordemødre.

Der er barsels-/amme-ambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig angående amme vejledning og observation for brystbetændelse, og hvor barnet kan blive undersøgt for fx navleinfektion, gulsot og trivsel. Barsels-/amme ambulatorierne er åbne for henvendelser de første syv dage efter udskrivning. Alle fødestederne har desuden en åben hotline, som kvinderne kan ringe til døgnet rundt syv dage efter udskrivning. Her kan kvinderne få rådgivning og blive vejledt.

Nye svangreanbefalinger fra Sundhedsstyrelsen - ny fødeplan for Region Hovedstaden
Det fremgår af Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger til organiseringen af fødeområdet, at regionerne som led i sundhedsplanerne kan udarbejde en fødeplan, der beskriver samarbejdet mellem det regionale svangre- og fødetilbud, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Sundhedsstyrelsen er igang med at revidere "Anbefalinger for svangreomsorgen", og de nye anbefalinger forventes færdige i foråret 2019.

På den baggrund anbefales det, at regionen igangsætter et arbejde med udarbejdelse af en revideret fødeplan for Region Hovedstaden. Der skal i den forbindelse nedsættes relevante arbejdsgrupper med repræsentanter fra fødestederne, fra kommunerne og fra almen praksis og eventuelt repræsentanter fra patienterne. Arbejdet med ny fødeplan forventes at løbe over et år, og fødeplanen skal godkendes af forretningsudvalg og regionsråd. Sundhedsudvalget vil blive involveret i udarbejdelsen af revideret fødeplan.

KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ingen konsekvenser. I det kommende arbejde med at revidere fødeplanen ses der på regionens tilbud før, under og efter fødsel herunder om sundhedsstyrelsens anbefalingerne for svangreområdet opfyldes.

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen har ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ingen økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges sundhedsudvalget den 25. februar 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Hanne Rasmussen

JOURNALNUMMER
17040126

BILAGSFORTEGNELSE
1. Tilbud til fødende i Region Hovedstaden - januar 2016

8. ORIENTERING: STATUS FOR TILGÆNGELIGHED OG VENTETID TIL RÅDGIVNING FOR SYGEHUSVALG

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Sundhedsudvalget har siden sommeren 2018 fulgt arbejdet med at øge tilgængeligheden og nedbringe ventetider på telefonlinjen i Rådgivning om Sygehusvalg.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

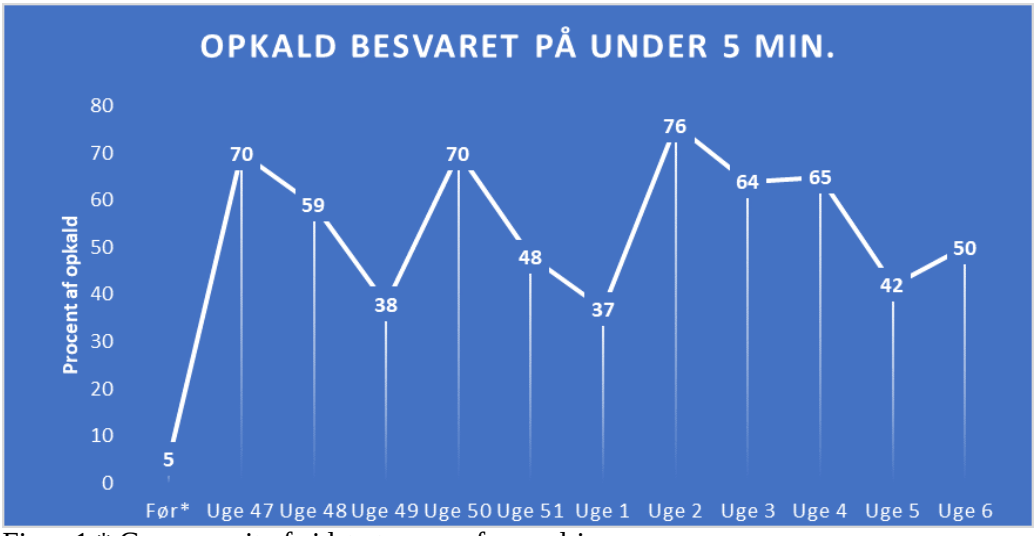
- **At** tage status for arbejdet med at øge tilgængeligheden og nedbringe ventetider på telefonlinjen i Rådgivning for Sygehusvalg til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Rådgivning for Sygehusvalg rådgiver og hjælper patienter om deres muligheder i forhold til retten til hurtig udredning og retten til frit- og udvidet frit sygehusvalg. Rådgivningen modtager henvendelser både per telefon og per mail. I 2018 har der været udfordringer med lange ventetider på telefonlinjen, og Rådgivning for Sygehusvalg har igangsat en række tiltag, som skal reducere disse – blandt andet er genkaldsfunktion blevet indført og åbningstiden for telefoniske henvendelser er udvidet. Rådgivning for Sygehusvalg har arbejdet med indsatserne siden november. Den fulde handleplan og status for den enkelte indsats er vedhæftet i bilag 1.

Overordnet set skal handleplanens indsatser understøtte målsætningerne om at det skal være nemt og bekvemt for patienterne at komme i kontakt med Rådgivning for Sygehusvalg og at patienterne skal opleve en god og effektiv hjælp, som er tilpasset deres forløb. Endvidere er der indført et driftsmål i forhold til ventetiden, som maksimalt må være fem minutter lang for 90 % af opkaldende til Rådgivning for Sygehusvalg.

Rådgivning for Sygehusvalg har lavet en opgørelse over opkald besvaret på under fem minutter. Flere af indsatserne er implementeret og der arbejdes med at tilpasse de nye procedurer, så de kommer til at virke optimalt.

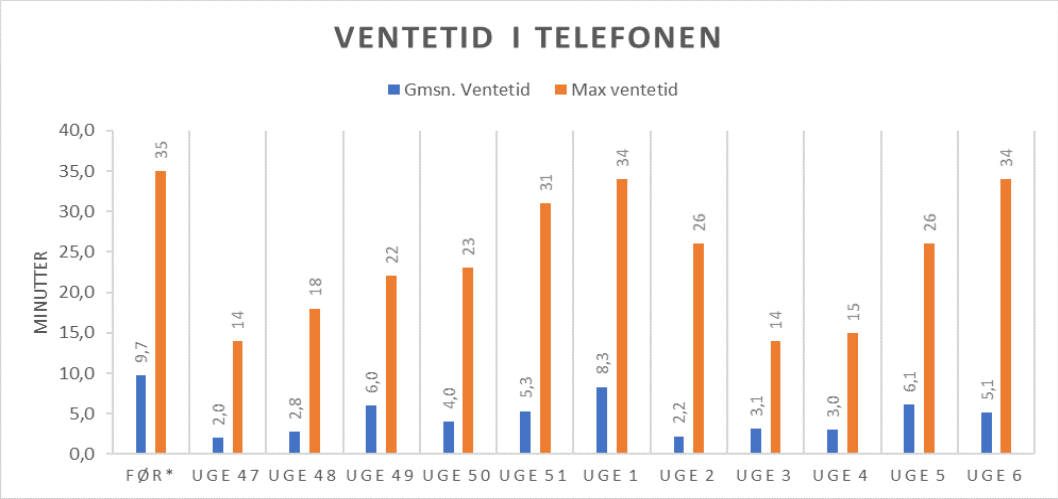


Figur 1.* Gennemsnit af sidste tre uger før ændring
Uge 51 indføres genkaldsfunktion. Større tekniske udfald i uge 49, 51 og 1

Som det fremgår af figur 1, er målet om maksimal ventetid på 5 minutter for 90% af henvendelserne ikke nået endnu. Af patienter, der kom igennem på under fem minutter, er 76 % i uge 2 den højeste score, mens den laveste ligger i uge 1 med 37 %. Udsvingene i ugerne 49, 51, 1 og 5 skyldes især de større tekniske udfald, som rådgivningen fortsat oplever. Det er forventningen, at når det nye visitations- og

betalingssystem implementeres, så vil systemet være væsentligt mere blive stabilt. Oprindeligt skulle det ske i marts, men sker nu først i slutningen af 2019, da det er afhængig af LPR3 og andre afregningselementer, som ikke kan gennemføres før. I mellemtiden er der derfor stort fokus på at få styrket supporten ved disse nedbrud.

Figuren nedenfor viser den maksimale ventetid og den gennemsnitlige ventetid for patienter i telefonen. Den maksimale ventetid for patienterne skal være så kort som muligt. I gennemsnit har ventetiden de seneste seks uger været mellem 2,2 og 6,1 minutter. I uge 51 blev patienters mulighed for at blive ringet op indført (genkaldsfunktion). Hidtidige erfaringer viser at genkaldsfunktionen benyttes af 26% af patienterne. Desværre ser vi også, at enkelte patienter har ventet i helt op til 34 minutter i denne periode. Det er patienter der vælger at blive i køen (uden at bede op tilbagekald) i perioder med spidsbelastning.



Firgur 2. *Gennemsnit af sidste tre uger før ændring
Uge 51 indføres genkaldsfunktion. Større tekniske udfald i uge 49, 51 og 1

Overordnede erfaringer
I takt med realiseringen af indsatserne er det Rådgivning for Sygehusvalgs erfaring, at flere patienter benytter og kommer igennem på telefonerne. Antallet af henvendelser er det samme eller svagt stigende, men fordelingen på henholdsvis mail og telefon har ændret sig, idet der er sket en stigning i antallet af henvendelser per telefon, fra omkring 500 til 800 om ugen, mens det er faldet i antallet af mails. I perioder med spidsbelastning er der naturligvis høj bemanding på telefonerne, hvilket har givet en positiv effekt. Erfaringerne er endvidere, at spidsbelastning typisk finder sted først på ugen. I tidspunkterne kl. 12.00-13.00 og de sene eftermiddagstimer kl. 15.30-17.00 er belastningen til gengæld ikke særlig stor. Der arbejdes løbende med at få tilpasset bemandingen på de forskellige dage og tidspunkter.

Det er Rådgivning for Sygehusvalgs erfaring, at der i perioden hvor de nye telefonsystemer er blevet implementeret, har været en stigning i antallet af patienter, der er blevet omvisiteret til privathospitaler (bilag 2)

Der er fortsat indsatser, der er i opstartsfasen og som venter på at blive fuldt etableret, fx at finde de optimale kommunikationsprocedurer for samtalen. Som tidligere nævnt påvirkes ventetiderne, når der opleves it-udfordringer. Erfaringen er her, at supporten er blevet forbedret, men det er klart, at sagsbehandlingstid, varighed af samtaler og patienternes oplevelse er påvirket af de tekniske problemer.

Sundhedsudvalget får igen forelagt en status på deres møde den 22. maj 2019.

I vedhæftede bilag 1 er status for den enkelte indsats uddybet.

KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ikke sig selv konsekvenser. Arbejdet med at nedsætte ventetiden i Rådgivning for Sygehusvalg fortsætter og administrationen følger udviklingen tæt.

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 kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges sundhedsudvalget den 25. februar 2019. Udvalget forelægges næste status den 22. maj 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Jens Kristian Kragholm

JOURNALNUMMER
[sagsnummer i Workzone]

BILAGSFORTEGNELSE
1. Status for indsatser i handleplan for Rådgivning for Sygehusvalg_bilag
2. Data over omvisitering af patienter til privathospitaler

9. ORIENTERING: STATUS PÅ ARBEJDET MED RÅDGIVENDE LÆGER VED AKUTTELEFONEN 1813 EFTER EKSTERN UNDERSØGELSE AF KOMPETENCENIVEAUET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Forretningsudvalget og regionsrådet blev i august 2018 orienteret om resultaterne fra den eksterne undersøgelse af kompetenceniveauet hos de rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813 samt administrationens planer for det videre arbejde med rapportens forslag til forbedring af lægernes kompetencer.

I nærværende sag orienteres om status på arbejdet.

INDSTILLING
Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget anbefaler:

- **At** status for arbejdet med udvikling af de rådgivende læger ved Akuttelefonens 1813's kompetencer tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Det har stor politisk bevågenhed at løfte kompetenceniveauet blandt lægerne i den rådgivende funktion i Akuttelefonen 1813. På baggrund af de tragiske hændelser fra 2017, hvor unge drenge døde af meningitis foretog Implement Consulting Group (Implement) en undersøgelse af kompetenceniveauet blandt de rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813 og kom med en række anbefalinger, som administrationen iværksatte i efteråret 2018.

Den rådgivende funktion
Der er altid en til to læger, der varetager funktionen som rådgivende læge ved Akuttelefonen 1813. Funktionen indebærer, at lægen ikke selv besvarer opkald, men i stedet rådgiver de visiterende læger og sygeplejersker, når de har brug for sparring til visitation særligt i forbindelse med vanskelige opkald. Derudover varetager den rådgivende læger også andre funktioner, fx koordinering af hjemmebesøg.

I forhold til kompetenceniveauet blandt de rådgivende læger konkluderede Implement at:

"Analysen viser, at man i 1813 har en rådgivende funktion, der generelt er bemandet med de læger, der har lang lægefaglig erfaring og lang anciennitet i 1813. Det er overvejende almene medicinere, der dækker funktionen, men læger med andre specialer har også vagter i funktionen. Langt flertallet af lægerne har relevant øvrig erfaring, der supplerer deres lægefaglige speciallægeuddannelse og gør dem kompetente til at varetage funktionens kerneopgaver. De læger, der hovedsageligt varetager den rådgivende funktion, har typisk erfaring som fx vagtlæge, akut erfaring og medicinsk erfaring". (Se bilag 1, side 1).

Derudover konkluderede Implement, at det er lykkedes Akuttelefonen 1813 at implementere den rådgivende funktion som et ekstra lægefagligt element, som medvirker til øget kvalitet i visitationen, særligt ved vanskelige og uklare opkald. Funktionen bidrager til uddannelse af kørende læger, der tilser patienter i eget hjem samt lægefaglig støtte til vagtlederen. Dertil bidrager funktionen generelt til at skabe tryghed for det visiterende personale gennem sundhedsfaglig sparring.

Potentialer for videreudvikling af de rådgivende lægers kompetencer
Implement pegede i rapporten på fem områder, hvor der er et udviklingspotentiale, som Akuttelefonen 1813 med fordel kunne arbejde med for at styrke de rådgivende lægers kompetencer yderligere. Siden forretningsudvalget og regionsrådet blev forelagt rapporten i august, har Akuttelefonen 1813 arbejdet med disse potentialer for at styrke lægernes kompetencer.

1. Ensartning af uddannelsesbaggrund
Implement pegede på, at de lægefaglige kompetencer kan styrkes ved at ensarte sammensætningen af de

rådgivende læger i forhold til speciallægeuddannelse. Implement pegede på, at de mest oplagte specialer er almen medicin og pædiatri.

I forbindelse med undersøgelsen opgjorde Implement, at almen medicinere dækker 63% af alle vagter ved Akuttelefonen 1813. Dermed er almen medicinere den gruppe, der dækker flest vagter ved Akuttelefonen 1813, og de dækker ligeledes flest rådgivende vagter pr. læge.

Siden 1. oktober 2018 har Akuttelefonen 1813 udelukkende ansat læger med speciale i almen medicin, intern medicin, akut medicin eller med væsentligt erfaring fra en af de øvrige regionale lægevagtsfunktioner.

Akuttelefonen oplyser, at der pr. december 2018 i alt er 147 aktive læger tilknyttet Akuttelefonen 1813. Ud af denne gruppe er der 62 læger med speciale i almen medicin eller som er i hoveduddannelse til almen medicin, hvilket svarer til 42% af den samlede lægegruppe.

Der er ikke udarbejdet en ny opgørelse af, hvilken andel af det samlede antal vagter og vagter som rådgivende læge, der dækkes af almen medicinere. Der er dog, som nævnt, sket en stigning i andelen af almen medicinere, og der er indført et struktureret kompetenceudviklingsprogram, som skal sikre, at læger med almen medicinske kompetencer rustes til at blive rådgivende læger. Antallet af rådgivende læger med almen medicinsk baggrund øges dermed, mens der reduceres i antallet af rådgivende læger med anden baggrund.

2. Anciennitet og erfaring
Implement pegede på, at der bør være et defineret minimumskrav til erfaring som kørende og visiterende læge ved Akuttelefonen 1813, før den rådgivende funktion kan varetages.

Akuttelefonen 1813 har ændret retningslinjerne for krav til minimumserfaring for rådgivende læger, så lægerne minimum skal have 6 måneders erfaring som visiterende læge, have gennemført vagter som kørende læge samt have gennemgået kompetenceudviklingsprogrammet for rådgivende læger.

3. Øvrigt erfaringsgrundlag
Implement pegede på, at tidligere erfaring som vagtlæge med telefonvisitation og rådgivning bør indgå systematisk i udvælgelsen af læger til den rådgivende funktion. Det blev derudover foreslået, at de rådgivende læger kommer i praktik på regionens akutmodtagelser eller -klinikker for at styrke kvaliteten af deres rådgivning om visitation af borgere.

Læger, der udvælges til funktionen som rådgivende læge skal fremover have erfaring med telefonvisitation fra almen praksis eller fra en af de øvrige regionale lægevagter. Akuttelefonen 1813 har igangsat proces vedr. praktikbesøg i regionens akutmodtagelser og -klinikker. De første praktikophold forventes afholdt i februar 2019. Praktikbesøgene er en del af kompetenceudviklingsforløbet for rådgivende læger.

4. Personlig og relationelle kompetencer
De rådgivende lægers personlige og relationelle kompetencer ift. samarbejde med øvrigt sundhedsfagligt personale kunne ifølge Implement styrkes gennem fælles og ensartede krav til lægernes kommunikative evner. Derudover kunne Akuttelefonen 1813 arbejde på, at skabe en fælles forståelse blandt de rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813 for forventninger til rollen som rådgivende læge.

I 2019 gennemføres der et kommunikationsforløb med kommunikationstræning for alle medarbejdere ved Akuttelefonen 1813. På kurset vil medarbejdernes kommunikative evner trænes, således at der sker en ensretning for hele Akuttelefonen 1813. Forventninger og forståelse af opgaven som rådgivende læge indgår som en del af kompetenceudviklingsforløbet, så det sikres, at læger handler ens i vagten – og der derved skabes en fælles forståelse for, hvad og hvornår den rådgivende læge skal og kan bruges.

5. Samarbejdsrelationer
Implement pegede på, at samarbejdsrelationer og mønstre kan forbedres ved tværfaglige udviklingsworkshops, som kan medvirke til øget tillid mellem de rådgivende læger og de visiterende

læger og sygeplejersker. Det tværfaglige samarbejde kunne forbedres ved øget brug af standardiserede kommunikationsformer.

Akuttelefonen 1813 har gjort alle personalemøder er tværfaglige, således at der sikres dialog og udvikling mellem læger og sygeplejersker. Møderne holdes en gang månedligt i to parallelle sessioner af to timers varighed hver.

Akuttelefonen 1813 har implementeret anvendelse af det standardiserede kommunikationsredskab, ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd). Formålet er at sikre en systematisk mundtlig overlevering af essentielle oplysninger om patienternes symptomer mellem de sundhedsfaglige visitatorer og den rådgivende læge, så den rådgivende læge har et optimalt beslutningsgrundlag for rådgivning om visitation af patienten. Den systematiske brug af redskabet skal således også forebygge evt. misforståelser mellem den rådgivende læge og andre sundhedsfaglige visitatorer.

Opfølgning på indsatsernes effekt
Ledelsen ved Akuttelefonen 1813 vil løbende vurdere effekten af indsatserne på de rådgivende lægers kompetencer.

KONSEKVENSER
Ved tiltrædelse af indstillingen arbejder Akuttelefonen 1813 videre med at udvikle de rådgivende lægers kompetencer.

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 25. februar og forretningsudvalget den 5. marts 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver Andersen / Nicolai Gottlieb

JOURNALNUMMER
17041452

BILAGSFORTEGNELSE
1. Bilag 1 Kompetenceniveau for rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813

10. DRØFTELSE: FORSLAG TIL FREMADRETTEDE INDSATSER TIL REGION HOVEDSTADENS HANDLINGSPLAN FOR FN'S VERDENSMÅL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionsrådet godkendte den 19. juni 2018 oplæg til procesplan for at udarbejde Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål.

Den 30. og 31. oktober samt 13. november 2018 drøftede alle udvalg en kortlægning af regionens nuværende bidrag til at realisere verdensmålene, samt tilkendegav ønsker om fokusområder for regionens fremadrettede indsats. På baggrund af drøftelserne har administrationen udarbejdet en række forslag til fremadrettede indsatser til handlingsplanen for FN's verdensmål. Disse forelægges hermed alle udvalg til drøftelse og prioritering.

På baggrund af sundhedsudvalgets drøftelse på mødet i oktober har administrationen vurderet, at der umiddelbart ikke vil være indsatser inden for udvalgets område. Udvalget har dog stadig mulighed for at drøfte og prioritere forslagene.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- **At** drøfte og prioritere, hvilke af de fremsatte forslag til fremadrettede indsatser, der bør indgå i regionens handlingsplan for FN's verdensmål.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Forslag til fremadrettede indsatser, som bør indgå i Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål
Den 30. og 31. oktober samt 13. november 2018 drøftede alle udvalg en kortlægning af regionens nuværende bidrag til at realisere verdensmålene, samt tilkendegav ønsker om fokusområder for regionens fremadrettede indsats.

På baggrund af drøftelserne har administrationen udarbejdet en række forslag til fremadrettede indsatser til regionens handlingsplan for verdensmålene, som forelægges udvalgene til prioritering. Til vurdering af de fremadrettede indsatser er metoden, som blev godkendt af miljø- og klimaudvalget den 30. oktober 2018, benyttet.

Forslag til indsatser er fokuseret omkring store og væsentlige indsatser, som peger op mod verdensmålene og hvor der kan være stor effekt af at øge ambitionsniveauet. Det gælder for alle forslag til indsatser, at de enten adresserer eksisterende målsætninger, som kræver en styrket indsats eller igangværende indsatser, hvor det kan være oplagt at styrke eller opskalere målet. For en uddybende beskrivelse af alle forslag til fremadrettede indsatser, se bilag 1.

Flere af forslagene til fremadrettede indsatser vil kræve yderligere ressourcer og dermed afhænge af den konkrete budgetproces som besluttes af regionsrådet. Hvilke indsatser, der konkret igangsættes, vil endvidere bero på de enkelte udvalgs prioritering i forbindelse med budgetprocesserne. Når indsatserne løftes ind i budgetprocesserne vil der være behov for en yderligere administrativ kvalificering af indsatserne alt efter, hvor man politisk ønsker at lægge vægten, hvilken udvikling, der eksempelvis er sket på området, ressourcebehovet mv. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at handlingsplanens mål er 2030 og der vil således ikke være behov for at igangsætte alt i 2020.

Det skal her understreges, at handlingsplanens succes vil være afhængig af, at der afsættes ressourcer til indsatserne i forbindelse med de kommende års budgetforhandlinger.

Forslag til fremadrettede indsatser under social- og psykiatriudvalget

- **Mindre ulighed i sundhed**
  Sundhedsrisici og forekomst af sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet. En af udfordringerne er, at mennesker med psykiske sygdom lever mellem 15 og 20 år kortere og med mere sygdom end den øvrige befolkning. Administrationen indstiller derfor, at der arbejdes for at reducere uligheden i sundheden for patienter på psykiatriområdet, og at opfølgningen sker indenfor rammerne af den kommende treårs plan på psykiatriområdet.
  Ressourcevurdering: udarbejdelsen af planen kan gennemføres indenfor de afsatte ressourcer.

Forslag til fremadrettede indsatser under udvalget for forebyggelse og sammenhæng

- **Styrkelse af forebyggelsesområdet**
  I regi af udvalget for forebyggelse og sammenhæng er der igangsat en proces for at udarbejde en plan for at styrke forebyggelsesområdet. Der er desuden afsat en forebyggelsespulje på 4 mio. kr. til initativer, der kan styrke området. Der er allerede en betydelig sammenhæng mellem de indsatsområder, der er foreslået i forebyggelsesplanen og flere af de områder, som FN ligger vægt på med deres delmål. Derfor foreslår administrationen, at forebyggelsesplanen kommer til at indgå i handlingsplanen for FN's verdensmål.
  Ressourcevurdering: udarbejdelsen af planen kan gennemføres indenfor de afsatte ressourcer.

Forslag til fremadrettede indsatser under miljø- og klimaudvalgets portefølje

- **På vej mod intelligent fossilfrit energiforbrug**
  CO_2-reduktion fra Region Hovedstadens drift er et stort og væsentligt fokusområde. Derfor har regionens Energiplan 2025 et ambitiøst mål om, at hospitalerne skal nedbringe CO_2-udledningen fra energiforbruget af el og varme med 60 % i 2025. Administrationen foreslår at øge målet til 70 % CO_2-reduktion i 2025, og at regionen er tæt på fossilfrit energiforbrug i 2030. Administrationen foreslår yderligere, at Region Hovedstaden i 2030 er en af Danmarks største offentlige bidragsydere til netbalancering. EU-programmet Elena medfinansierer 24 mio. kr. til teknisk assistance.
  Ressourcevurdering: ESCO 3.0 (ca. 1 mia. kr.) leasingfinansieres via kommunekredit. Afdrag på investeringen dækkes af energibesparelsen således at regionen ikke skal have "penge op af lommen". Behov for 4 mio. kr. til udstyr og tjenesteydelser samt 1 årsværk x 10 år i forbindelse med partnerskabsprojekter.

- **På vej mod affaldsfrie hospitaler**
  Administrationen foreslår, at der sættes mål om 50 % genanvendelse i 2030 og et visionsmål om affaldsfrie hospitaler i 2035. Der arbejdes allerede intenst på at øge genanvendelsen på regionens hospitaler via implementering at et nyt genanvendelsessystem, men med denne indsats lægges op til en kickstart af indsatsen for forebyggelse af affald og cirkulær økonomi med fokus på produkters levetid, reparationsegenskaber, genbrugsegnethed og muligheden for genanvendelse med mindst mulig downcycling. Desuden skal der kigges på brug af overflødig emballage og emballage, som ikke kan genanvendes.
  Ressourcevurdering: 4,7 mio. kr. til investeringer, 600.000 kr. til årlige øgede driftsomkostninger samt 3 årsværk x 10 år. Totaløkonomisk er udvidelsen af Genbrug og donation positiv.

- **På vej mod fossilfri drifts- og medarbejdertransport**
  I Transportplanen arbejdes for bæredygtig omstilling af Region Hovedstadens driftstransport samt medarbejdernes rejser. Administrationen foreslår at styrke den eksisterende indsats for at bidrage til at nå målet om at reducere CO_2-udledning fra driften med 12% inden 2025. Ændring af medarbejderes transportvaner er en krævende opgave og vil kræve tilførsel af flere medarbejderressourcer. Desuden foreslår administrationen, at der i 2030 er sket en fuld grøn omstilling af regionens flåde til bæredygtige køretøjer.
  Ressourcevurdering: 9 årsværk x 3 år, 1 årsværk x 2 år samt 250.000 kr. til systemunderstøttelse af regionens flådestyring. Kompensering af klimabelastningen fra regionens flytransport koster på årsbasis imellem 1,3 og 8 mio. kr., alt afhængigt af, hvilken model man vælger i forhold til eksterne eller interne CO2-reduktions investeringer.

- **Vandeffektive hospitaler**
  Administrationen foreslår, at reducere vandforbruget, målt pr. patient, på hospitalerne med 5% i 2025 og 7,5% i 2030. Et reduceret vandforbrug på hospitalerne vil give økonomiske besparelser ift. køb af vand, mindre afledningsbidrag og mindre vand gennem eventuelle spildevandsanlæg.
  Ressourcevurdering: 1,2 mio. samt 1 årsværk x 5 år.

- **Målrettet indsats som forebygger trusler fra jordforurening ved bæredygtige løsninger**
  Region Hovedstaden fortsætter med at forebygge og forhindre skadelige virkninger fra jordforurening for derigennem at beskytte borgernes sundhed, grundvandet og miljøet. Administrationen foreslår, at Region Hovedstaden fortsat deltager aktivt i udvikling af ny teknologi, som kan støtte en bedre, billigere og mere bæredygtig løsning af myndighedsopgaverne indenfor jord- og grundvandsforureningsområdet.
  Ressourcevurdering: Forventes gennemført inden for de eksisterende ressourcer. Øget aktivitet ift. bæredygtige oprensningsmetoder vurderes til ca. 1 årsværk x 2 år.

- **Fremme brugen af genanvendelige materialer som erstatning for jomfruelige råstoffer**
  Administrationen foreslår et mål om, at 20 % af råstofforbruget i hovedstadsregionen er dækket af genanvendte materialer i 2030. Efter 2020 dækkes vækst i råstofforbrug alene af genanvendte materialer (sekundære råstoffer). Indsatsen vil bidrage til implementering af cirkulær økonomi og er afgørende for sikring af kommende generationers adgang til råstoffer, forhindring af ressourceknaphed og afledte prisudsving.
  Ressourcevurdering: 1 årsværk x 2 år samt 1,5 mio. kr.

Forslag til fremadrettede indsatser under trafikudvalgets portefølje

- **Grøn busdrift**
  Den regionale kollektive trafik er med undtagelse af to buslinjer baseret udelukkende på fossil energi (diesel). Det er derfor tidligere besluttet at udfase dieselbusser i regionens drift frem mod 2030, og i stedet erstatte dem med el-busser eller andre busser med tilsvarende miljø- og støjfordele, og dermed understøtte fællesmålsætningen i Movia om fossilfri drift i 2030. Som led i at indfri målsætningen foreslår administrationen, at der afsættes midler til at finansiere den teknologiske omstilling.
  Ressourcevurdering: en årlig meromkostning på ca. 20% (ca. 50 mio. kr.) på nuværende tidspunkt for Region Hovedstadens buslinjer. Meromkostningen vil komme i etaper i takt med, at de forskellige linjer skal i udbud de kommende år.

Forslag til fremadrettede indsatser under erhvervs-, vækst- og forskningsudvalgets portefølje

- **Forskning i forebyggelse og implementering af forskningsresultater i klinikken**
  Administrationen foreslår at styrke forebyggelse og sundhedsfremme gennem forskning og bedre implementering af forskningsresultater. Det kan ske ved, at regionen opprioriterer nogle af de allerede igangværende indsatser vedrørende styrket forskning i forebyggelse og sundhedsfremme fra "Region Hovedstadens Strategi for Sundhedsforskning 2018-2022", som skal ses i sammenhæng med den kommende plan for styrkelse af forebyggelsesområdet.
  Ressourcevurdering: 5 mio. kr.

- **Personlig medicin**
  Administrationen foreslår at styrke den eksisterende indsats med at sikre endnu bedre patientbehandling ved at implementere personlig medicin som del af rutinebehandlingen. Det overordnede formål med personlig medicin er at tilpasse diagnostik og behandling til den enkelte patient ved at inddrage viden om bl.a. gener. Personlig medicin er et paradigmeskifte og bliver afgørende i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Styrkelse af den eksisterende indsats skal bl.a. ske indenfor uddannelse af sundhedspersonale, udbredelse i klinikken og inddragende borgerinitiativer.
  Ressourcevurdering: 2 mio. kr.

- **Flere praktikpladser gennem uddannelsesklausuler på Region Hovedstadens egne**

byggerier og flere praktikpladser i egen organisation
Administrationen foreslår, at Region Hovedstaden sikrer fuld udnyttelse af praktikpladspotentialet i forbindelse med uddannelsesklausuler på regionens egne byggerier og i regionens egen organisation. Indsatserne vil bidrage til at nå målene om at øge andelen af elever, der påbegynder en erhvervsuddannelse hos Region Hovedstaden med 10 procent i 2019 og at der frem mod 2025 skal der være 1 lærling/elev per 10. ansatte håndværker på regionens byggerier.
Ressourcevurdering: 3 årsværk x 10 år.

Forslag til fremadrettede indsatser under forretningsudvalget portefølje

- **Byggeri med bæredygtighed og samfundsansvar som grundsten**
  Administrationen foreslår, at Region Hovedstadens byggeri i 2030 følger et højt bæredygtighedsniveau, og at Region Hovedstaden har konsolideret sin frontløberposition indenfor samfundsansvarligt hospitalsbyggeri.
  Ressourcevurdering: 1 årsværk x 2 år, samt 50.000 kr. til uddannelse af bæredygtighedskonsulent.

- **Bæredygtig indkøbspraksis**
  Administrationen foreslår, at der skal være flere og mere ambitiøse krav i forhold til bæredygtige løsninger og miljømærker i Region Hovedstadens indkøb. Administrationen foreslår yderligere, at Region Hovedstaden i 2020 har iværksat to offentlig- privat innovation (OPI'er) indenfor bæredygtighed.
  Ressourcevurdering: Ressourcebehovet evalueres ultimo 2019 på baggrund af resultater fra forsøgsordning. Der er behov for 1 ekstra blivende årsværk til at igangsætte og gennemføre OPI indsatsen.

- **Øget omstilling til økologi**
  Regionens hospitalskøkkener har i løbet at 2018 gennemført en politisk beslutning om at omlægge til økologisk hospitalskost svarende til minimum 60 %. Indsatsen skal fokusere på at fastholde og videreudvikle økologiomlægningen samt øge køkkenernes samlede viden om økologisk produktion samt tage det næste skridt – nemlig at kombinere økologitænkningen med fokus på mere klimavenlig kostproduktion.
  Ressourcevurdering: 2 årsværk x 10 år, samt 100.000 kr.

Næste skridt i processen for udarbejdelse af Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål
Alle faglige udvalg prioriterer parallelt forslag til fremadrettede indsatser.

På baggrund af udvalgenes prioriteringer samt miljø- og klimaudvalgets godkendelse af rammen for handlingsplanen (se bilag 2), vil den endelige handlingsplan blive udarbejdet og forelagt til godkendelse i alle udvalg og regionsrådet i april og maj 2019, se procesplan i bilag 3. Der vil for nogle fremadrettede indsatser være behov for yderligere ressourcer til at gennemføre indsatserne. Dette vil skulle løftes ind i budgetprocessen fremadrettet, og vil skulle indgå i de almindelige budgetforhandlinger på lige fod med øvrige forslag.

KONSEKVENSER
Ved tiltrædelse af indstillingen drøftes og prioriteres hvilke forslag til fremadrettede indsatser (bilag 1) som udvalget anbefaler, at der bør indgå i regionens handlingsplan for FN's verdensmål. Udvalget er endvidere orienteret om rammen for handlingsplanen.

RISIKOVURDERING
Flere af de fremadrettede indsatser er afhængige af, at der bliver afsat yderligere ressourcer, for at de kan realiseres. Hvis ikke det lykkes at afsætte ressourcerne til indsatserne kan handlingsplanen ikke føres ud i livet. Det vil derfor kræve, at indsatserne løftes ind i budgetprocessen for 2020 og senere.

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

KOMMUNIKATION
Administrationen planlægger en intern og ekstern kommunikationsindsats, når den endelige handlingsplan for FN's verdensmål er vedtaget.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen behandles parallelt i alle fagudvalg den 25. og 26. februar samt i forretningsudvalget den 5. marts 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Diana Arsovic Nielsen.

JOURNALNUMMER
17037044.

BILAGSFORTEGNELSE
1. Forslag til indsatser til Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål
2. Rammen for Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål
3. Proces for Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål

11. EVENTUELT

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

25-02-2019 18:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

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

INDHOLDSLISTE

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

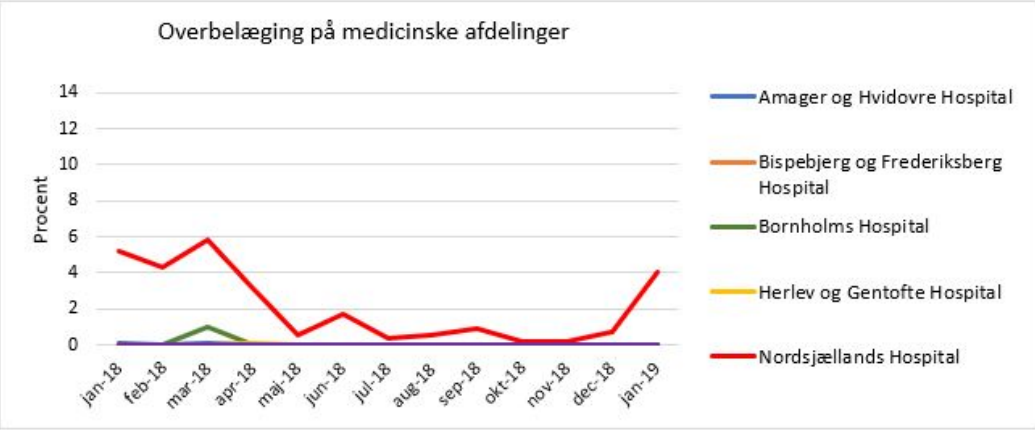
1. MEDDELELSER - STATUS PÅ HOSPITALERS OVERBELÆGNING I INFLUENZAPERIODEN

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.

Der er sket en tilpasning af definitionen af medicinsk blok, som betyder, at tallene for overbelægningen bagudrettet er blevet opdateret for at sikre overenstemmelse med data fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside. I nedenstående graf fremgår udviklingen i overbelægningen fra januar 2018 til og med januar 2019, som indeholder de opdaterede tal. Udviklingen i overbelægningen for 2018 vil derfor i denne orientering se anerledes end den seneste orienteringen, som udvalget modtog til mødet i januar.

Opgørelsen for januar 2019 viser, at den samlede overbelægning for hele regionen er 0,6%. Sammenlignet med december måned er overbelægningen 0,5 % højere for januar. Alle hospitaler med undtagelse af Nordsjællands Hospital har ikke nogen overbelægning i januar. Nordjsællands Hospitals overbelægning er for januar 4,0%, hvilket er en stigning med 3,3% siden december. I januar 2018 var overbelægningen for regionen samlet 0,8%, og Nordsjællands Hospitals overbelægning var 5,2%, mens Amager og Hvidovre Hospitals havde overbelæning på 0,1%.



JOURNALNUMMER
18050926

2. MEDDELELSER - GARANTIAFDELINGER

MEDDELELSER
Regionsrådet besluttede den 18. april 2017, at der skulle etableres forsøg med garantiafdelinger inden for fem udvalgte specialer. Herefter aftalte de udvalgte specialer på tværs af hospitalerne, hvordan garantiafdelinger kunne organiseres inden for deres område. Garantiafdelingerne er af praktiske grunde opstartet på forskellige tidspunkter fra marts 2018 og er alle i fuld drift i januar 2019.

Garantiafdelingerne er bevilget midler frem til udgangen af 2019. Det fremgår af budgettet for 2019, at der skal foretages en evaluering af garantiafdelingerne primo 2019. Administrationen er sammen med hospitalerne i gang med at lave en evaluering af garantiafdelingerne med fokus på aktivitet, samarbejde og betydningen for brugen af privathospitaler. Sundhedsudvalget forelægges først evalueringen i april måned. På det tidspunkt vil det stadig muligt for udvalget at indtænke resultatet af evalueringen i budgetprocessen for budget 2020.

JOURNALNUMMER
16032460

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.

JOURNALNUMMER

18000993

BILAGSFORTEGNELSE

1. Sundhedsudvalgets tentative arbejdsplan for 2019_20190208

FOLKETINGET
STATSREVISORERNE

FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN

December 2018
– 7/2018

Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger

Rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

7/2018

Beretning om

rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

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 august 2019.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes 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.

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 978-87-7434-592-3
ISBN pdf 978-87-7434-593-0

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

Overlevelsen blandt kræftpatienter i Danmark er steget de senere år og nærmer sig niveauet for overlevelse i Norge og Sverige. Det skyldes bl.a., at Folketinget i 2000 ved lov fastsatte maksimale ventetider til udredning og behandling af kræft, og at man fra 2008 har indført kræftpakkeforløb. Et kræftpakkeforløb er faglige anbefalinger af et optimalt standardforløb for udredning og eventuel behandling af en patient.

Statsrevisorerne konstaterer, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet løbende overvåger og arbejder for, at flest mulige patienter bliver udredt og behandlet inden for standardforløbstiderne. Statsrevisorerne konstaterer dog, at nogle regioner har forbedringspotentiale.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad har sikret tidlig opsporing og behandling af patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft. Særligt bør overvågningen af den tidlige indsats i almen praksis og overholdelsen af de maksimale ventetider styrkes.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at der er et betydeligt antal patienter, som – i strid med lovgivningen – ikke får tilbudt udredning og behandling af kræft i overensstemmelse med de maksimale ventetider.

Statsrevisorerne bemærker:

- At hverken regionerne eller Sundheds- og Ældreministeriet har viden om, hvorvidt kræftplaner og *Jo før - jo bedre* har virket efter hensigten om at forbedre tidlig opsporing i almen praksis. Undersøgelsen viser, at der er store regionale forskelle på, hvor mange patienter der henvises til diagnostiske pakkeforløb på sygehusene. Fx har Region Midtjylland henvist knap 5 gange så mange patienter til diagnostisk pakke som Region Sjælland.

Statsrevisorerne

19. december 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.

Statsrevisorernes bemærkning

- At der er forskelle i regionernes opsporing, udredning, behandling og opfølgning af kræftpatienter. Patienter behandles således forskelligt, afhængigt af hvilken region de bor i. Fx har Region Syddanmark i perioden 2013-2017 haft den højeste andel af forløb inden for standardforløbstiderne, mens Region Sjælland har haft den laveste i 2013, 2016 og 2017 og Region Nordjylland i 2014 og 2015.
- At regionerne siden 2014 har haft et mål om, at 90 % af kræftpakkerne skulle gennemføres inden for standardforløbstiderne, men det er ikke besluttet, hvornår målet skal nås. Modermærkekræft har som den eneste kræftpakke haft en gennemførelsesprocent på over 90 %, mens kræftpakkerne for blærekraft og prostatakræft har haft den laveste.
- At Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af overholdelsen af de maksimale ventetider er baseret på oplysninger fra regionerne, som er mangelfulde. Undersøgelsen indikerer, at der er en del flere patienter end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen, der har ventet længere end de maksimale ventetider.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion 1
1.1. Formål og konklusion 1
1.2. Baggrund 4
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning 6

2. Tidlig opsporing i almen praksis 9
2.1. Tilgængelighed og fælles dokumentationspraksis 10
2.2. Politiske initiativer i forhold til almen praksis 12
2.3. Brugen af diagnostisk pakke 14

3. Maksimale ventetider 17
3.1. Regionernes overvågning af de maksimale ventetider 18
3.2. Indberetninger til Sundhedsstyrelsen 22
3.3. Udvalgte patientforløb 25

4. Forløbstider 29
4.1. Rammer for den nationale monitorering 30
4.2. Opfølgning på forløbstider 37
4.3. Årsager og initiativer 41
4.4. Individuelle opfølgningsplaner 44

Bilag 1. Metodisk tilgang 46
Bilag 2. Nationale kræftplaner 51
Bilag 3. Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for 3 udvalgte kræftformer i perioden 2013-2017 52
Bilag 4. Årsagsbeskrivelser og initiativer i regionernes redegørelser 56
Bilag 5. Ordliste 58

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 regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsats over for kræftpatienter i perioden 2013-2017. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i november 2017.

2. Behandlingen af kræft har udviklet sig positivt de seneste 15-20 år, hvilket bl.a. har betydet, at overlevelsen blandt kræftpatienter er steget markant. Kræft er dog fortsat den hyppigste dødsårsag i Danmark. Ca. 30 % af alle dødsfald skyldes kræft. Det svarer til, at ca. 16.000 personer dør af kræft om året. Hvis kræftsygdommen opdages tidligt og behandles hurtigt, forbedres patientens mulighed for at overleve kræftsygdommen. Derfor er det væsentligt, at kræftpatienter tilbydes udredning og behandling så tidligt som muligt.

Udredning
Udredning er et undersøgelsesforløb, der har til formål at stille en diagnose, beskrive sygdommens omfang og på den baggrund tilbyde en specifik behandling.

Sundheds- og Ældreministeriet følger kræftområdet via de lovfastsatte maksimale ventetider og via fagligt anbefalede standardforløbstider i kræftpakkerne. De maksimale ventetider er en patientrettighed, som med enkelte undtagelser er ens for alle kræftpatienter og uafhængige af standardforløbstiderne. Standardforløbstiderne, som er sygdomsspecifikke, er fastsat ud fra en faglig vurdering af, hvordan en standardpatient inden for de enkelte kræftpakker kan få det hurtigst mulige forløb uden unødig ventetid.

Maksimale ventetider
De maksimale ventetider er lovbundne og med enkelte undtagelser ens for alle kræftpatienter. De består af en række maksimale ventetider for forskellige dele af et udrednings- og behandlingsforløb. Dertil kommer, at patienten skal have en række tilbud, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes.

3. De maksimale ventetider til udredning og behandling blev indført i 2000 i forbindelse med den første nationale kræftplan. Kræftplan I blev efterfulgt af 3 yderligere nationale kræftplaner i 2005, 2010 og 2016.

Kræftpakkeforløbene blev indført i 2008, og forløbstiderne er blevet monitoreret nationalt siden 4. kvartal 2012. Med kræftplanerne er der blevet igangsat en række initiativer og tilført ekstra midler til kræftområdet ud over de midler, der tilføres regionerne på de årlige finanslove. Desuden blev der med det politiske udspil *Jo før – jo bedre* i 2014 tilført 1,1 mia. kr. i perioden 2015-2018.

Kræftpakkeforløb
Et kræftpakkeforløb er en plan, der angiver de enkelte trin for udredning og eventuel behandling. Formålet er at ensrette forløbene og undgå unødig ventetid. Forløbene er forskellige, alt efter hvilken kræftsygdom der er mistanke om. Der er i alt 32 sygdomsspecifikke kræftpakker.

Initiativerne i kræftplanerne og *Jo før – jo bedre* har også haft fokus på de dele af kræftforløbene, som ikke er omfattet af de maksimale ventetider eller standardforløbstiderne. Det drejer sig om perioden før, patienten bliver henvist til udredning på et sygehus (tidlig opsporing), og perioden efter, patienten er blevet behandlet (opfølgning).

4. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter en rettidig indsats over for patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Understøtter regionerne, og følger Sundheds- og Ældreministeriet op på tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne, og at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgningsplan, når det er relevant?

Konklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad understøtter, at patienter med mistanke om eller konstateret kræft får en rettidig indsats. Overlevelsen blandt kræftpatienter i Danmark er steget og har de seneste år nærmet sig overlevelsen i Norge og Sverige. Regionerne og ministeriet har dog ikke tilstrækkeligt fokus på tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis. Der er endvidere patienter, som ikke får tilbudt udredning og behandling i overensstemmelse med de lovfastsatte maksimale ventetider. Regionerne og ministeriet har et stort fokus på standardforløbstiderne i kræftpakkerne, men de personlige opfølgningsplaner er ikke fuldt implementeret endnu. Der er regionale forskelle i forhold til tidlig opsporing, udredning, behandling og opfølgning af kræftpatienter, hvilket betyder, at patienter ikke stilles ens på tværs af regionerne. Konsekvensen af regionernes og ministeriets samlede indsats er, at der er risiko for, at kræftsygdomme ikke opdages og behandles så tidligt som muligt, og at kræftsygdomme dermed bliver mere fremskredne og sværere at behandle.

Diagnostiske undersøgelser
Hvis en patient har uspecifikke symptomer, fx træthed, vægttab, smerter eller blodmangel, og lægen har mistanke om alvorlig sygdom, kan patienten sendes til yderligere diagnostiske undersøgelser på sygehuset, fx i form af røntgenundersøgelser, CT-scanninger eller ultralydsundersøgelser.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad understøtter, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad følger op på tidlig opsporing i almen praksis. Undersøgelsen viser, at Folketinget gennem kræftplaner og *Jo før - jo bedre* har finansieret flere initiativer for at forbedre tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis, fx efteruddannelse og adgang for almen praksis til at henvise til diagnostiske undersøgelser. Regionerne har igangsat indsatser, der understøtter initiativerne, men der er regionale forskelle i omfanget af indsatserne i relation til fx efteruddannelse og opfølgning på tilgængelighed i almen praksis. Ministeriet har ikke fulgt tilstrækkeligt op på, om regionerne har iværksat de aktiviteter, som skal understøtte initiativerne. Konsekvensen er, at regionerne og ministeriet ikke har tilstrækkelig viden om, hvorvidt almen praksis bevæger sig i den rigtige retning i forhold til at sikre tidlig opsporing af kræftpatienter.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad understøtter, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Undersøgelsen viser, at regionerne har indberettet ca. 3.000 patienter til Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2017, som enten ikke har fået udredning eller behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Størstedelen af indberetningerne skyldtes systematiske fejl, fx fejltolkninger af reglerne i forbindelse med screeningsprogrammet for brystkræft. Rigsrevisionens gennemgang af 356 udvalgte patientforløb fra 2017 indikerer, at der er betydeligt flere patienter, end regionerne indberettede, der venter længere, end reglerne om maksimale ventetider foreskriver. Konsekvensen er, at der sandsynligvis er betydeligt flere patienter end de indberettede, som ikke fik opfyldt deres patientrettighed i 2017. Ministeriets overvågning af de maksimale ventetider baserer sig således på oplysninger, som ikke er fyldestgørende. Ministeriet vil gå i dialog med regionerne om regionernes procedurer på området, hvilket Rigsrevisionen finder positivt og nødvendigt.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i overvejende grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet i overvejende grad understøtter, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne. Undersøgelsen viser, at andelen af patienter, der får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, i en årrække har været stigende. Andelen er dog faldet fra 2016 til 2017 til et niveau, hvor godt 20 % af patientforløbene er længere end standardforløbstiderne. En del af disse forløb er længere end standardforløbstiderne som følge af lægefaglige hensyn eller patientønsker. De regionale forskelle indikerer dog, at der kan være et forbedringspotentiale for de regioner, hvor andelen af forløb inden for standardforløbstiderne for de enkelte kræftformer er relativt lav. Undersøgelsen viser, at ministeriet og regionerne med udgangspunkt i en omfattende og detaljeret monitorering kontinuerligt har fokus på at optimere kræftpatienternes forløb ved at sikre, at udfordringer identificeres, årsager afdækkes, og korrigerende initiativer iværksættes. Undersøgelsen viser dog, at det vil være muligt for ministeriet at gøre opfølgningen på forløbstiderne mere nuanceret. Det er ikke muligt for Rigsrevisionen at vurdere, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgningsplan, når det er relevant, fordi den nationale monitorering endnu ikke er iværksat.

Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har udviklet en omfattende og detaljeret registrerings- og monitoreringsmodel for at følge forløbstiderne. Der er ikke et tilsvarende fokus på tidlig opsporing af kræft i almen praksis og den lovfastsatte patientrettighed om maksimale ventetider. Rigsrevisionen anbefaler, at ministeriet i dialog med regionerne overvejer, hvordan fokus på tidlig opsporing og de maksimale ventetider yderligere kan styrkes, så der skabes en bedre balance mellem de forskellige dele af patientforløbet, uden at sygehusene pålægges yderligere administration.

1.2. Baggrund

5. Denne beretning handler om regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsats over for kræftpatienter i perioden 2013-2017. Rigsrevisionen har tidligere undersøgt kræftområdet. Vi afgav i november 2007 en beretning om Cancerregisteret. I december 2007 afgav vi en beretning om maksimale ventetider på kræftbehandling, og i januar 2012 afgav vi en beretning om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen.

Organspecifikke kræftpakkeforløb
Organspecifikke kræftpakkeforløb retter sig mod organspecifikke kræftformer, fx brystkræft og bugspytkirtelkræft. Hovedparten af kræftpakkeforløbene er organspecifikke.

Ud over de organspecifikke kræftpakkeforløb findes der et kræftpakkeforløb, der retter sig mod patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, som kan være kræft, men hvor der ikke er begrundet mistanke om en specifik kræftform. Der er desuden et kræftpakkeforløb, der er rettet mod patienter med metastaser, hvor den primære kræftsvulsts lokalisation ikke er klinisk oplagt, dvs. at det ikke er muligt at fastslå den organspecifikke kræftform.

6. Ca. 41.000 danskere fik hvert år i perioden 2013-2016 konstateret kræft. I 2017 begyndte ca. 128.000 patienter udredning i et organspecifikt kræftpakkeforløb, fordi de havde kræft, eller der var begrundet mistanke om kræft. For hovedparten af disse patienter blev mistanken om kræft afvist. Ca. 23.000 patienter gennemførte i 2017 et kræftpakkeforløb. Det er langt fra alle kræftpatienter, der bliver omfattet af en kræftpakke eller kan følge et kræftpakkeforløb fra start til slut, fx på grund af helbredsmæssige eller sociale forhold. Der findes ingen tal for, hvor mange patienter der er omfattet af reglerne om maksimale ventetider, som er en rettighed, der omfatter patienter, hvor der er mistanke om kræft.

Kræftområdet har udviklet sig positivt gennem de sidste 15-20 år, bl.a. som følge af indførelsen af kræftpakker og investeringer i området. Kræftoverlevelsen efter 5 år er steget fra 48 % i perioden 2000-2002 til 63 % i perioden 2014-2016. Men selv om dødeligheden af kræft er faldende, er kræft stadig den mest udbredte dødsårsag i Danmark.

Det er afgørende, at en kræftpatient udredes og behandles rettidigt, for at patienten får det bedst mulige forløb og de bedst mulige chancer for at overleve sin kræftsygdom. Derfor er der gennem årene bl.a. blevet iværksat 4 kræftplaner for at sikre dette. Kræftplanerne er opsummeret i bilag 2.

7. Sundheds- og Ældreministeriet fastsætter rammerne for rettidighed på kræftområdet, idet ministeriet har det overordnede ansvar for at implementere kræftplaner og politiske udspil, bekendtgørelsen om maksimale ventetider og standardforløbstiderne. Det er regionerne og sygehusene, der i det daglige skal efterleve bekendtgørelsen om maksimale ventetider og sikre, at flest mulige kræftpatienter opspores så tidligt som muligt og efter en faglig vurdering får påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne.

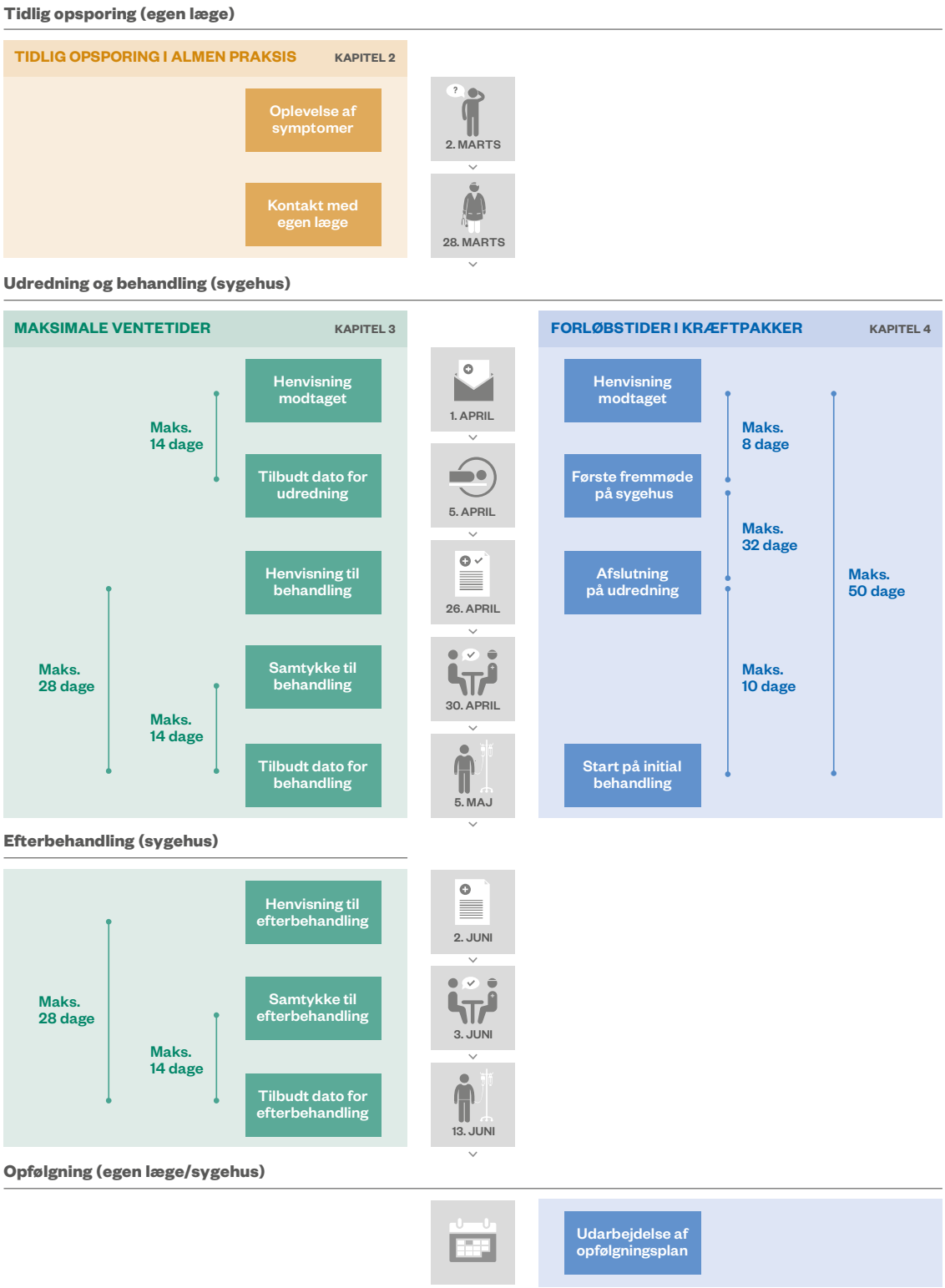
Task Force for Kræft
Taskforcen består af repræsentanter fra regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Sundheds- og Ældreministeriet.

Kræftudvalget
Kræftudvalget er et rådgivende forum med deltagelse af de vigtigste parter og aktører inden for kræftområdet. Udvalgets formål er at drøfte og følge aktuelle og væsentlige emner inden for området og på den baggrund rådgive Sundhedsstyrelsen.

Sundheds- og Ældreministeriet følger hovedsageligt området gennem en overvågning af regionernes indsats i forhold til de maksimale ventetider og monitorering af forløbstider samt gennem Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (herefter Task Force for Kræft) og Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft (herefter Kræftudvalget). Ministeriet har oplyst, at kræftområdet drøftes i regi af Task Force for Kræft, som har til opgave at følge udviklingen på kræftområdet generelt, herunder at tage initiativer til at imødegå identificerede udfordringer i sundhedsvæsenet primært af organisatorisk og kapacitetsmæssig karakter.

8. Et patientforløb for en kræftpatient kan opdeles i en række tidsintervaller, der går fra patientens første symptom, over udredning og behandling af kræftsygdommen til efterbehandling og opfølgningsplan. Figur 1 viser tidsintervallerne i et eksempel på et forløb for en kræftpatient.

Figur 1
Tidsintervaller i et eksempel på et forløb for en kræftpatient



Note: Standardforløbstiderne varierer i de enkelte kræftpakker.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelser for kræft og bekendtgørelsen om maksimaleventetider.

Screeningsprogram
I et screeningsprogram undersøger man befolkningen – eller grupper af befolkningen – for en bestemt sygdom.

I Danmark er der nationale screeningsprogrammer for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft.

Undtagelser for de maksimale ventetider
Patienter med kræftsygdomme, som kræver knoglemarvstransplantation, patienter med hudkræft, som ikke er modermærkekræft, og patienter, der modtager forskningsmæssig eller eksperimentel behandling, er ikke omfattet af bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Det fremgår af figur 1, at det første tidsinterval omhandler tidlig opsporing af kræftpatienten. Denne fase begynder typisk med, at patienten oplever symptomer og opsøger egen læge. Lægen skal herefter iværksætte de rette undersøgelser og eventuelt henvise patienten til videre udredning på sygehuset. Patientforløbet kan også starte med, at patienten indgår i et screeningsprogram, som det fx er tilfældet for brystkræft. Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes indsats i forhold til at understøtte *tidlig opsporing* af kræftpatienter i almen praksis behandles i kapitel 2.

Når den alment praktiserende læge har henvist patienten til sygehuset med begrundet mistanke om kræft, og patienten opfylder kriterierne for at indgå i en kræftpakke, begynder kræftpakkeforløbet. Der er i enkelte kræftpakker indbygget en filterfunktion, hvor patienten skal tilses af en specialist på sygehuset, som vurderer, om der er begrundet mistanke om kræft, hvorefter kræftpakkeforløbet begynder, hvis det er tilfældet. Det gør sig fx gældende i forhold til prostatakræft. De maksimale ventetider gælder med enkelte undtagelser for alle patienter, som henvises til sygehuset med mistanke om kræft. Det er sygehuset, der har ansvaret for at håndtere henvisningen fra egen læge og tilbyde en tid til udredning. Udredningen afsluttes med en be- eller afkræftelse af mistanken om kræft, og en eventuel behandling kan påbegyndes. Denne del af patientforløbet behandler vi i kapitel 3 om *maksimale ventetider* og i kapitel 4 om *forløbstider*. Efter behandlingen følger et opfølgningsforløb. *Opfølgningsforløbene* behandles ligeledes i kapitel 4.

9. Der findes 2 tidsforløb med forskellige målepunkter for kræftforløb. For det første er kræftpatienter omfattet af de lovbundne maksimale ventetider. For det andet er der fastsat fagligt anbefalede standardforløbstider i kræftpakkerne. Ifølge de maksimale ventetider må kræftpatienter maksimalt vente 14 dage, fra henvisning fra egen læge er modtaget på sygehuset til den dato, hvor patienten får tilbudt start på udredning, samt 14 dage, fra patienten har afgivet samtykke til specifik behandling, til patienten får tilbudt en dato for behandlingsstart. Derudover må der maksimalt gå 28 dage fra henvisning til behandling til tilbudt tid til behandling. De maksimale ventetider kan afviges, hvis patienten selv vælger at vente længere eller ved fagligt begrundet ventetid, fx hvis patientens helbred nødvendiggør en afvigelse.

Hvis patienten behandles inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne, er de maksimale ventetider i de fleste tilfælde automatisk overholdt.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

Revisionskriterier

10. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret, og om Sundheds- og Ældreministeriet har understøttet en rettidig indsats for patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft.

Med rettidig indsats mener vi, at kræftpatienter opspores så tidligt som muligt i almen praksis, og at de får tilbudt udredning og behandling inden for de maksimale ventetider og i videst muligt omfang i overensstemmelse med standardforløbstiderne. Derudover bør der efter endt behandling udarbejdes en personlig opfølgningsplan for de patienter, hvor det er relevant.

Det er regionerne, der har driftsansvaret for kræftområdet, hvorfor vi i undersøgelsen har fokus på, om de sikrer hurtig udredning, behandling og opfølgning af kræft. Regionerne har også driftsansvaret for de 3 nationale screeningsprogrammer, der skal medvirke til at sikre tidlig opsporing af brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft. De alment praktiserende læger har driftsansvaret for tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis. Det er dog regionernes ansvar at understøtte de alment praktiserende læger, ligesom regionerne har ansvaret for overenskomsten med de alment praktiserende læger. Derfor har vi undersøgt, om regionerne understøtter tidlig opsporing i almen praksis. Sundheds- og Ældreministeriet har ansvaret for de overordnede rammer på kræftområdet, fx bekendtgørelsen om maksimale ventetider og fastsættelsen af standardforløbstiderne. Undersøgelsen tager på den baggrund udgangspunkt i, om ministeriet følger op på tidlig opsporing i almen praksis og understøtter udredning, behandling og opfølgning af kræft.

11. I *kapitel 2* undersøger vi regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets initiativer for at understøtte tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis. Denne del af undersøgelsen tager udgangspunkt i de anbefalinger mv. vedrørende tidlig opsporing, der blev opstillet i Kræftplan II og III samt i regeringens initiativ *Jo før – jo bedre*. Det drejer sig om, hvorvidt almen praksis har fået øget adgang til efteruddannelse og rådgivning vedrørende kræft, om der er sikret fælles dokumentationspraksis i almen praksis, og om almen praksis har let adgang til at henvise direkte til diagnostiske undersøgelser på sygehusene. Da den første kontakt mellem patient og sundhedsvæsen primært finder sted hos egen læge, har vi desuden taget udgangspunkt i de krav om let tilgængelighed, der fremgår af overenskomsten mellem regionerne og de alment praktiserende læger. Kravene omhandler, at patienterne skal have let adgang til almen praksis via telefon og hurtig konsultation. Dermed underbygger kravene i overenskomsten patienternes mulighed for hurtigt at blive undersøgt og henvist til yderligere udredning og behandling på sygehusene.

I *kapitel 3* undersøger vi, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt. Denne del af undersøgelsen tager udgangspunkt i bekendtgørelsens krav til tidsfrister i behandlingen og de dertilhørende proceskrav. Da de maksimale ventetider er en lovfastsat patientrettighed, er det vigtigt, at regionerne overholder reglerne om maksimale ventetider for alle patienter.

I *kapitel 4* undersøger vi, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne. Denne del af undersøgelsen tager udgangspunkt i standardforløbstiderne, der fremgår af de sygdomsspecifikke kræftpakker. Vi undersøger derudover, om regionerne sikrer, og om ministeriet understøtter, at der udarbejdes personlige opfølgningsplaner for alle kræftpatienter, når det er relevant, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens opfølgningsprogrammer.

Metode

12. Undersøgelsen bygger på en gennemgang af materiale fra Sundheds- og Ældreministeriet og alle 5 regioner. Vi har holdt møder med Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, regionerne og 7 sygehuse.

Vi har indhentet data fra Sundhedsstyrelsen om regionernes indberetninger af manglende overholdelse af reglerne om maksimale ventetider. Desuden har vi udtaget en repræsentativ stikprøve af patientforløb i kræftpakkerne i 2017, hvor perioden fra afslutning på udredning til start på initial behandling er længere end 14 dage. Det har vi gjort for at undersøge, om patienten ved en eventuel forsinkelse, der går ud over de maksimale ventetider, er blevet informeret om sine rettigheder, og om forsinkelsen er initieret af patienten selv eller skyldes patientens helbredstilstand. Stikprøveudtagelsen er nærmere beskrevet i bilag 1.

Vi har indhentet data om forløbstiderne i kræftpakkerne for perioden 2013-2017 fra Sundhedsdatastyrelsen. Data er opdelt i kræftformer på nationalt niveau, regionalt niveau og sygehusniveau.

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

Afgrænsning

14. Undersøgelsen omhandler primært perioden 2013-2017. I kapitlet om tidlig opsporing i almen praksis tager vi desuden udgangspunkt i Kræftplan II og III fra henholdsvis 2005 og 2010.

15. I kapitel 2 om tidlig opsporing har vi undersøgt Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer i forhold til at understøtte tidlig opsporing i almen praksis. Almen praksis har ikke direkte indgået i undersøgelsen, da der ikke foreligger valide data på området, der kan vise graden af tidlig opsporing i almen praksis. Tidlig opsporing af kræftpatienter omfatter en række andre initiativer, fx de nationale screeningsprogrammer og oplysningskampagner. Disse elementer indgår ikke i undersøgelsen.

16. I kapitel 4 om forløbstider behandler vi bl.a. regionernes tiltag for at afdække årsagerne til lange forløbstider og regionernes initiativer for at forbedre forløbstiderne. For at belyse dette har vi taget udgangspunkt i 3 kræftformer – brystkræft, prostatakræft og bugspytkirtelkræft. De 3 udvalgte kræftformer omfattede tilsammen 22 % af alle de kræftpakkeforløb fra 2017, der var færdigregistrerede og afsluttet i Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018. De øvrige 29 kræftpakker indgår ikke i denne del af undersøgelsen. Brystkræft og prostatakræft er valgt, fordi disse kræftformer rammer mange patienter. Prostatakræft er desuden en kræftform, hvor regionerne har svært ved at overholde standardforløbstiderne. Bugspytkirtelkræft er valgt, fordi det er en meget tidskritisk kræftsygdom.

17. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. Bilag 2 indeholder en oversigt over de nationale kræftplaner. Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for 3 udvalgte kræftformer fordelt på regioner er vist i bilag 3. Bilag 4 indeholder eksempler på årsagsbeskrivelser og initiativer i regionernes redegørelser vedrørende forløbstiderne. Bilag 5 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Tidlig opsporing i almen praksis

Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad understøtter, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad følger op på tidlig opsporing i almen praksis. Folketinget har gennem kræftplaner og *Jo før - jo bedre* finansieret en række initiativer, der skal forbedre tidlig opsporing i almen praksis. Ministeriet har ikke fulgt tilstrækkeligt op på, om regionerne har iværksat de aktiviteter, som skal understøtte initiativerne. Alle regionerne har igangsat indsatser, der understøtter initiativerne, men der er regionale forskelle i omfanget af indsatserne i relation til fx efteruddannelse og opfølgning på tilgængelighed i almen praksis. Regionerne har desuden ikke opsamlet viden om, hvilke forbedringer der er opnået, bl.a. fordi der mangler data på området. Konsekvensen er, at der er risiko for, at kræftsygdomme ikke opdages så tidligt som muligt, og at kræftsygdomme dermed bliver mere fremskredne og sværere at behandle.

Undersøgelsen viser, at regionerne i mindre omfang har fulgt op på de krav, der stilles i de alment praktiserende lægers overenskomst om let tilgængelighed i almen praksis. 3 af regionerne har gennemført undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Ingen af regionerne har gennemført undersøgelser af, hvor hurtigt patienterne kan blive undersøgt i almen praksis. Undersøgelsen viser videre, at der ikke findes en fælles dokumentationspraksis i almen praksis. Det gør det vanskeligt for regionerne at opnå viden om patientforløb på tværs af sektorer, så muligheder for forbedring kan udpeges.

Undersøgelsen viser, at der er regionale forskelle i omfanget af efteruddannelseskurser, som regionerne har holdt for almen praksis. Fx har Region Syddanmark løbende holdt kurser, mens Region Sjælland ikke har holdt kurser i perioden 2014-2017. Deltagelsen fra almen praksis er begrænset og svinger fra region til region. Det er frivilligt for almen praksis at deltage i kurserne, hvilket gør det vanskeligt for regionerne at sikre en høj deltagelse.

Undersøgelsen viser, at almen praksis i alle regionerne kan få rådgivning om kræft på sygehusene, herunder de diagnostiske centre. Almen praksis har desuden fået direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehusene. Brugen af diagnostiske undersøgelser er steget markant fra 2014 til 2017, efter at regionerne med *Jo før - jo bedre* fik tilført midler til at øge kapaciteten til diagnostiske undersøgelser. Det er dog uvist, hvor meget af stigningen der vedrører kræftpatienter, og hvor meget af stigningen der stammer fra almen praksis. Derfor er det ikke muligt at opnå viden om, hvad midlerne fra *Jo før - jo bedre* har ført til af meraktivitet.

Diagnostisk pakke
Patienter med uspecifikke symptomer kan henvises til diagnostisk pakke, hvis lægen efter indledende diagnostiske undersøgelser stadig har mistanke om, at patienten er alvorligt syg.

Undersøgelsen viser, at der er store forskelle i regionernes brug af den diagnostiske pakke. Der bliver således henvist knap 5 gange så mange patienter pr. 100.000 indbyggere til diagnostisk pakke i Region Midtjylland som i Region Sjælland.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet følger sparsomt op på både regionernes indsatser og de ønskede virkninger inden for tidlig opsporing i almen praksis.

18. Chancen for at overleve en kræftsygdom øges, hvis sygdommen opdages tidligt. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne understøtter, og Sundheds- og Ældreministeriet følger op på tidlig opsporing i almen praksis.

Der er i de senere år igangsat en række initiativer på området for tidlig opsporing, herunder også nationale initiativer, fx i form af screeningsprogrammer, som regionerne har driftsansvaret for. Vi har dog i denne undersøgelse fokus på initiativer, som regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet har iværksat i relation til almen praksis. Ministeriet har opstillet lovkrav i forhold til maksimale ventetider og fastlagt standardforløbstider for patienter i forhold til udredning og behandling af kræft på sygehusene. Ministeriet har ikke på samme måde opstillet krav til den del af tidlig opsporing, som foregår hos de alment praktiserende læger forud for et eventuelt forløb på sygehuset. Folketinget har dog i kræftplanerne og i de politiske udspil opstillet nogle anbefalinger og målsætninger vedrørende tidlig opsporing i almen praksis. Det er disse anbefalinger og målsætninger sammen med udvalgte krav i de alment praktiserende lægers overenskomst, der har været udgangspunktet for vores undersøgelse i dette kapitel.

Udvalgte krav til almen praksis i overenskomsten fra 2014 om tilgængelighed
Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en stedfortræder, som lægen har indgået aftale med, kan træffes.

Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling, så patienter sædvanligvis kan få konsultation senest den 5. hverdag efter tidsbestilling. Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden måde inden kl. 16.00 samme dag.

2.1. Tilgængelighed og fælles dokumentationspraksis

19. Vi har undersøgt, om regionerne har fulgt op på de krav, der stilles i de alment praktiserende lægers overenskomst om let tilgængelighed, og om der er etableret en fælles dokumentationspraksis i almen praksis.

Let tilgængelighed i almen praksis

20. Da den første kontakt mellem patient og sundhedsvæsen primært finder sted hos egen læge, har vi undersøgt, om regionerne har fulgt op på de krav, som stilles i overenskomsten fra 2014 om let tilgængelighed for patienter til almen praksis i form af telefonisk tilgængelighed og første ledige tid til konsultation i almen praksis.

21. Undersøgelsen viser, at Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark hver har gennemført én eller flere undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis i egen region. Region Nordjylland og Region Sjælland har ikke gennemført undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Undersøgelsen viser desuden, at ingen af regionerne har foretaget undersøgelser af, hvor lang ventetid der er til første ledige tid til konsultation i almen praksis.

Regionerne har oplyst, at de kan følge tilgængeligheden i almen praksis via patientklager over lange ventetider. Derudover er tilgængelighed én af de parametre, som akkrediteringen af almen praksis, der afsluttes ultimo 2018, stiller krav til, ligesom bl.a. oplysninger om lægernes tilgængelighed kan følges på sundhed.dk.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne bør følge tilgængeligheden i almen praksis på eget initiativ, bl.a. fordi akkrediteringen af almen praksis primært er baseret på interviews med almen praksis og gennemgang af procedurebeskrivelser og ikke egentlige tests af den faktiske tilgængelighed.

Akkreditering af almen praksis
Formålet med akkrediteringen, der blev igangsat i 2016, er:

- at fremme kvaliteten i patientbesøg
- at fremme udviklingen af den kliniske organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Fælles dokumentationspraksis i almen praksis

22. Patientforløbene i praksissektoren dokumenteres ikke på samme måde som i sygehussektoren i kliniske kvalitetsdatabaser eller patientadministrative systemer. Det fremgår af Kræftplan II fra 2005, at der var et behov for at aftale en fælles dokumentationspraksis af fx nøgletidspunkter i form af tidspunktet for første symptom, tidspunktet for første konsultation hos egen læge og tidspunktet for henvisning til sygehus. Gennem denne dokumentation kan der opnås viden om patientforløbene, så der kan udpeges forbedringsmuligheder.

23. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret fælles dokumentationspraksis i almen praksis.

Undersøgelsen viser, at regionerne ikke har implementeret anbefalingen i Kræftplan II om at udvikle indikatorer og fælles dokumentation for almen praksis. Dermed er det ikke muligt for regionerne at opnå viden om patientforløbene på tværs af sektorer, så muligheder for forbedring kan udpeges.

24. Danske Regioner har på vegne af regionerne oplyst, at det ikke er muligt at trække data for første symptom, konsultation mv. i almen praksis i forhold til kræftdiagnose, og at det ikke er meningsfuldt at se på første symptom, da der er en række indgangskriterier til de enkelte kræftpakkeforløb. Dermed er det stadig vanskeligt at opnå viden om patientforløb fra almen praksis og udpege eventuelle forbedringsmuligheder på tværs af sektorer.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde bør arbejde på at indfri anbefalingen i Kræftplan II om behovet for at aftale en fælles dokumentationspraksis i almen praksis, så der fremadrettet kan opnås viden om patientforløbene og forbedringsmulighederne i forhold til tidlig opsporing i almen praksis.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne i mindre omfang har fulgt op på de krav, som stilles i de alment praktiserende lægers overenskomst fra 2014 om let tilgængelighed i almen praksis. 3 af regionerne har gennemført undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Ingen af regionerne har gennemført undersøgelser om første ledige tid i almen praksis.

Undersøgelsen viser desuden, at der ikke er etableret en fælles dokumentationspraksis i almen praksis.

2.2. Politiske initiativer i forhold til almen praksis

25. Vi har undersøgt, om regionerne har udmøntet, og om Sundheds- og Ældreministeriet har fulgt op på de midler, der blev givet gennem regeringens sundhedsstrategi *Jo før – jo bedre* fra 2014. Midlerne skulle give almen praksis bedre redskaber til at opdage kræft gennem efteruddannelse og rådgivning samt give alment praktiserende læger direkte adgang til henvisning til diagnostiske undersøgelser på sygehuset.

Adgang til efteruddannelse og rådgivning

Kliniske retningslinjer
Kliniske retningslinjer er evidensbaserede anbefalinger, som bruges af fagpersonale, der skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

26. Det fremgår af Kræftplan II fra 2005, at løbende efteruddannelse af lægerne i almen praksis vil understøtte implementeringen af de kliniske retningslinjer i den daglige praksis. Ved udmøntningen af *Jo før – jo bedre* blev der på finansloven for 2015 afsat midler til efteruddannelse af alment praktiserende læger med henblik på at blive bedre til at opfange alarmsymptomer hurtigere. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret, at almen praksis har fået øget adgang til efteruddannelse og rådgivning i kræftsymptomer, bl.a. via regionernes udmøntning af *Jo før – jo bedre*.

27. Undersøgelsen viser, at alle regionerne har holdt kurser, som almen praksis har kunnet tilmelde sig. Det er frivilligt for almen praksis at deltage i kurserne. Der er stor variation i omfanget af efteruddannelsen. Region Sjælland har i undersøgelsesperioden kun holdt efteruddannelsesmøder om tidlig opsporing i 2013. Derudover har regionen med start i august 2018 iværksat kompetenceudviklingskurser for praksispersonale. Region Syddanmark udbyder løbende kurser i kræftdiagnostik og kurser i visitation og opsporing af patienter med symptomer, der kan være tegn på kræft. Region Syddanmark har derudover givet almen praksis tilbud om frivillig auditering, hvor udvalgte patientforløb i almen praksis gennemgås.

Deltagelsen i efteruddannelse varierer fra region til region, hvor Region Sjælland har haft den laveste deltagelse med ca. 20 % af almen praksis, mens ca. halvdelen har deltaget i Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Midtjylland. Det er regionernes opfattelse, at en deltagelsesprocent på 50 % er acceptabel, når det tages i betragtning, at efteruddannelse for almen praksis ikke er obligatorisk, og at regionernes efteruddannelsestilbud skal konkurrere med andre udbydere af efteruddannelse til almen praksis.

I alle regionerne har almen praksis mulighed for at få rådgivning fra hospitalerne. Region Hovedstaden har oprettet en rådgiverfunktion bestående af 10 telefonnumre til rådgivning inden for 10 forskellige kræftformer samt 4 telefonnumre til diagnostiske enheder, som almen praksis kan kontakte. I de øvrige regioner kan almen praksis tage kontakt til den relevante afdeling eller de diagnostiske centre på sygehusene, hvis de har behov for rådgivning.

Adgang til diagnostiske undersøgelser

28. Vi har undersøgt, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har fulgt op på de midler, der blev givet til almen praksis' adgang til at henvise direkte og bestille tid til diagnostiske undersøgelser på sygehuset. Det har vi gjort ved at undersøge, om regionerne har viden om, hvorvidt almen praksis bruger de undersøgelsesformer, der er givet midler til, og om der dermed har været en stigning i brugen af disse.

29. Folketinget afsatte i forbindelse med den politiske aftale *Jo før – jo bedre* 690 mio. kr. i perioden 2015-2018 til at øge kapaciteten til udredning af kræft på sygehusene. Midlerne udmøntes via de regionale bloktilskud. Det fremgår af udmøntningsplanen for *Jo før – jo bedre*, at de tilførte midler ved fuld indfasning vil svare til en stigning i kapaciteten til udredning af kræft på ca. 15-20 % i forhold til niveauet i 2014. Det var forudsat, at kapaciteten til udredning skulle øges med op til 10 % fra 2. halvår 2015 til 2016 og yderligere med 10 % i 2017.

30. Danske Regioner har oplyst, at det er vanskeligt at fastsætte en baseline, som meraktiviteten kan beregnes ud fra, og at isolere effekten af de midler, der blev afsat i forbindelse med *Jo før – jo bedre*. Det er derfor aftalt mellem Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet, at udvalgte parametre vil danne grundlag for opfølgningen, fx antallet af CT-scanninger og ultralydsundersøgelser.

Danske Regioner har videre oplyst, at de diagnostiske undersøgelser, der er valgt som baseline, ikke udelukkende bruges til udredning ved mistanke om kræft. Det kan derfor ikke forudsættes, at hele aktivitetsstigningen skyldes patienter, der skal udredes for mistanke om kræft, da der ikke er foretaget særskilte opgørelser for denne gruppe af patienter.

31. Undersøgelsen viser, at der har været en stigning i CT-scanninger fra 2014 til 2017 på ca. 17 %. De valgte parametre for opfølgningen på *Jo før – jo bedre* viser en aktivitetsstigning, men denne kan ikke isoleres til kræftpatienter eller til aktivitet fra almen praksis.

32. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet har fulgt implementeringen af *Jo før – jo bedre* i Task Force for Kræft. Rigsrevisionens gennemgang af referaterne viser dog, at ministeriet udelukkende har fået information om brugen af diagnostiske undersøgelser. Ministeriet har ikke indhentet information om status på de efteruddannelses- og rådgivningstiltag i forhold til almen praksis, der blev igangsat med *Jo før – jo bedre*.

33. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det er regionerne, der har myndighedsansvaret for almen praksis. Rigsrevisionen er enig med ministeriet i, at det er regionerne, der har myndighedsansvaret i forhold til almen praksis. Det er dog samtidig Rigsrevisionens opfattelse, at det er ministeriets ansvar at følge de initiativer, der finansieres af Folketinget, fx *Jo før –jo bedre*, og dermed om de politiske hensigter i aftalen indfries. Rigsrevisionen er opmærksom på, at midlerne ikke kan følges krone for krone, da udmøntningen er sket via bloktilskud, men ministeriet har mulighed for i tilknytning til de politiske aftaler at følge regionernes aktiviteter og dermed følge op på, om intentionerne om bl.a. at opdage kræft tidligere bliver indfriet.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om kræftområdet
Bilag 1 - Side -21 af 66

Resultater

Undersøgelsen viser, at alle regionerne i forskellig grad har udmøntet midler fra *Jo før – jo bedre* til at øge adgangen til efteruddannelse og rådgivning i kræftsymptomer for almen praksis. Alle regionerne har holdt kurser, som almen praksis har kunnet tilmelde sig. Omfanget af uddannelsestilbuddene er dog meget varierende blandt regionerne. Region Sjælland har fx ikke arrangeret efteruddannelse i perioden 2014-2017. Deltagelsen fra almen praksis er begrænset og varierer fra region til region, hvor Region Sjælland har haft den laveste deltagelse med ca. 20 %, mens ca. halvdelen har deltaget i Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Midtjylland. Regionerne er udfordret af, at det er frivilligt for almen praksis, om de vil deltage i kurserne. I alle regionerne har almen praksis desuden mulighed for at få rådgivning i kræftsymptomer.

Undersøgelsen viser desuden, at regionerne har fået tildelt midler og har givet almen praksis direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehusene. Antallet af CT-scanninger er steget med ca. 17 % fra 2014 til 2017. De måleparametre, som Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet bruger som opfølgning, kan dog ikke isoleret set sige noget om, hvor meget af meraktiviteten der vedrører kræftpatienter, eller hvor meget der er genereret fra almen praksis.

Endelig viser undersøgelsen, at Sundheds- og Ældreministeriet har fulgt op på implementeringen af *Jo før – jo bedre* fra 2014 i Task Force for Kræft. Ministeriet har ikke fulgt tilstrækkeligt op på regionernes aktiviteter, og dermed om intentionerne med *Jo før – jo bedre* bliver indfriet.

2.3. Brugen af diagnostisk pakke

34. Vi har undersøgt regionernes brug af diagnostisk pakke, der var en del af Kræftplan III og blev implementeret i 2012. Formålet var at sikre hurtigere udredning og behandling af de kræftpatienter, som henvender sig til almen praksis med uspecifikke symptomer, og som på henvendelsestidspunktet ikke kan henvises til et specifikt kræftpakkeforløb.

35. Tabel 1 viser udviklingen i antal diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 indbyggere i regionerne og på landsplan i perioden 2013-2017.

Møde i Sundhedsudvalget d. 25-02-2019

Tabel 1

Antal gennemførte diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 indbyggere i perioden 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Ændring
Region Hovedstaden	112	147	171	192	187	67 %
Region Sjælland	34	32	43	51	56	65 %
Region Syddanmark	53	76	99	125	138	160 %
Region Midtjylland	175	230	274	263	267	53 %
Region Nordjylland	151	188	212	234	241	60 %
Landsplan	**106**	**138**	**165**	**178**	**181**	**71 %**

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen.
Data for 2013-2016: Sundhedsdatastyrelsens "Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom" fra 1. december 2017.
Data for 2017: Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018 og CPR-registret 2017.
Ændring i antal forløb er Rigsrevisionens beregning.

Det fremgår af tabel 1, at der i 2017 på tværs af alle regioner var ca. 71 % flere diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 indbyggere end i 2013. Det fremgår også, at der er store regionale forskelle i antallet af forløb. I 2017 blev der iværksat 267 forløb og 241 forløb pr. 100.000 indbyggere i henholdsvis Region Midtjylland og Region Nordjylland. Samme år var der i Region Hovedstaden 187 forløb pr. 100.000 indbyggere, mens der i Region Syddanmark var 138 forløb pr. 100.000 indbyggere. Region Sjælland havde færrest forløb med 56 forløb pr. 100.000 indbyggere. Rigsrevisionen kan konstatere, at der blev henvist knap 5 gange så mange patienter pr. 100.000 indbyggere til diagnostisk pakke i Region Midtjylland som i Region Sjælland.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionernes henvisningspraksis til diagnostisk pakke indikerer, at der er forskelle i udredningen af patienter, afhængigt af hvor i landet de bor. Disse forskelle kan have betydning for, hvor hurtigt en patient udredes.

36. Sundhedsstyrelsen henstillede i november 2017 på baggrund af ovenstående, at Region Sjælland nærmere analyserede de organisatoriske forhold og patientstrømmene for den diagnostiske pakke og nogle af de store kræftsygdomme for at se, om det eventuelt kunne give en forklaring på de observerede forskelle, og om det havde patientmæssig betydning.

Region Sjælland har i sin redegørelse til Sundhedsstyrelsen oplyst, at der kan være flere årsager til det lave antal. Det kan muligvis skyldes, at regionens borgere er længe om at søge læge eller i højere grad kommer med specifikke symptomer. Desuden henvises patienterne muligvis for sent, fordi almen praksis ikke har nok opmærksomhed på uspecifikke symptomer og hurtig henvisning til diagnostisk pakke.

Region Sjælland har desuden oplyst i redegørelsen, at regionen løbende har været opmærksom på det lave antal i forhold til antallet i de andre regioner. Regionen har gennemført flere analyser med henblik på at forklare forskellen til de andre regioner, men disse giver ikke en entydig forklaring. Regionen har oplyst, at der i sidste kvartal af 2018 vil blive igangsat et ph.d.-projekt, der nærmere skal undersøge årsagerne til det lave antal henvisninger til diagnostisk pakke.

Resultater

Undersøgelsen viser, at alle regionerne i perioden 2013-2017 har øget brugen af diagnostisk pakke. Der er store forskelle i regionernes brug af diagnostisk pakke, og dermed er patienternes udredning forskellig, afhængigt af hvor i landet de bor. Der blev således henvist knap 5 gange så mange patienter til diagnostisk pakke i Region Midtjylland som i Region Sjælland. Sundhedsstyrelsen har bedt Region Sjælland redegøre for årsagen til, at regionen ligger så lavt sammenlignet med de øvrige regioner, men regionen mangler fortsat at foretage de nødvendige analyser for at kunne belyse årsagen tilstrækkeligt.

3. Maksimale ventetider

Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt, idet nogle patienter venter længere på enten udredning eller behandling, end reglerne foreskriver. Det er desuden Rigsrevisionens vurdering, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad understøtter, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt, fordi ministeriets overvågning af de maksimale ventetider baserer sig på oplysninger, som ikke er fyldestgørende. Det betyder, at ministeriet ikke får dækkende oplysninger om overholdelsen af reglerne. Ministeriet vil gå i dialog med regionerne om deres procedurer på området, hvilket Rigsrevisionen finder positivt og nødvendigt.

Undersøgelsen viser, at regionerne har systemer, der skal sikre proaktiv overvågning af overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider. Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden haft systemer til overvågning af de maksimale ventetider, der automatisk varsler om patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider er tæt på ikke at blive overholdt. Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland bruger lokalt forankrede overvågningssystemer, som kræver manuel gennemgang af patientforløb. Undersøgelsen viser desuden, at regionerne i et begrænset omfang auditerer afsluttede patientforløb for at identificere forløb, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at audit generelt kan være et nyttigt redskab til at identificere eventuelle fejl i arbejdsgange og manglende overholdelse af de maksimale ventetider.

Audit
Audit er en metode til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser vurderes på grundlag af en bagudrettet gennemgang 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.

Undersøgelsen viser, at regionerne i perioden 2014-2017 indberettede ca. 3.000 patientforløb til Sundhedsstyrelsen, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke var overholdt. Størstedelen af indberetningerne skyldtes systemfejl, fx kapacitetsudfordringer i forbindelse med indførelsen af den nationale screening for tarmkræft, og fejltolkninger af reglerne i forbindelse med screeningsprogrammet for brystkræft. Når reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, følger alle regionerne systematisk op, afdækker årsager og iværksætter initiativer til forbedringer.

Undersøgelsen viser, at der var 63 patientforløb ud af undersøgelsens stikprøve på 356 forløb fra 2017, der ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider. Det indikerer, at der i 2017 var godt 700 flere patientforløb end de 137 indberettede forløb på landsplan, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke var overholdt, når efterindberetningerne som følge af Rigsrevisionens undersøgelse er fratrukket. Undersøgelsen indikerer dermed, at der er betydeligt flere patienter, som ikke får opfyldt deres patientrettighed.

37. De maksimale ventetider er en lovfastsat patientrettighed, som indeholder frister for, hvor lang tid en kræftpatient højst må vente på udredning, behandling og efterbehandling. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt.

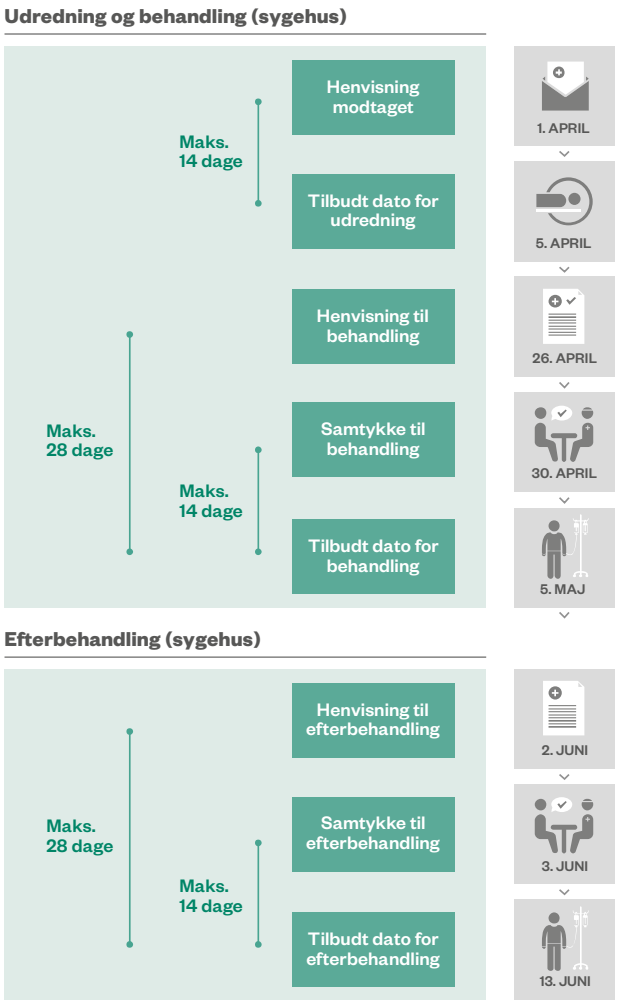
3.1. Regionernes overvågning af de maksimale ventetider

38. Vi har undersøgt, om regionerne har systemer, der sikrer fyldestgørende overvågning af, om reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Vi har derudover undersøgt, om regionerne følger op på, om reglerne bliver overholdt, og afdækker årsagerne til eventuel manglende overholdelse. Endelig har vi undersøgt, om regionerne iværksætter initiativer, hvis der er kontinuerlige problemer, og følger virkningen af initiativerne.

39. De maksimale ventetider er en patientrettighed, som med enkelte undtagelser gælder for alle kræftpatienter og er en forbedret ventetidsbeskyttelse i forhold til andre patientgrupper. Regionerne er ikke forpligtede til at registrere centrale datoer for de maksimale ventetider, og der er ikke et nationalt it-baseret monitoreringssystem af fristerne i de maksimale ventetider. Regionerne skal dog hver måned indberette forløb, som ikke overholder reglerne om maksimale ventetider.

40. Figur 2 viser ventetidsfristerne fra bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Figur 2
Ventetidsfrister fra bekendtgørelsen om maksimale ventetider



Note: De angivne datoer er et eksempel på et fiktivt forløb for en kræftpatient.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Det fremgår af figur 2, at patienten højst må vente:

- 14 dage på start på udredning
- 28 dage, fra sygehuset modtager henvisning vedrørende patientens behandling til start på behandling, og 14 dage fra samtykke til specifik behandling til start på behandling
- 28 dage, fra sygehuset modtager henvisning vedrørende patientens behandling til start på efterbehandling, og 14 dage fra samtykke til efterbehandling til start på efterbehandling.

De maksimale ventetider indeholder ikke krav om, hvor længe udredningen, behandlingen og efterbehandlingen må vare.

41. Det er regionernes ansvar at sikre, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Kan patientens bopælsregion ikke tilbyde udredning, behandling eller efterbehandling på sine egne sygehuse inden for de maksimale ventetider, har regionen pligt til at tilbyde patienten henvisning til et andet sygehus her i landet eller i udlandet, som kan tilbyde behandlingen inden for den fastsatte maksimale ventetid.

42. Regionerne skal ifølge bekendtgørelsen om maksimale ventetider dokumentere overholdelsen af reglerne i patientjournalen. Reglerne kan godt være overholdt, selv om fristerne på 14 eller 28 dage tidsmæssigt ikke er overholdt. Det gør sig gældende, hvis enten hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger det, eller hvis patienten ikke ønsker udredning eller behandling på en tilbudt tid, som ligger inden for de maksimale ventetider. Hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes af enten helbredsmæssige årsager eller som følge af patientens eget ønske, har regionerne pligt til at dokumentere dette i patientjournalen.

Retningslinjer og ledelsesfokus

43. Undersøgelsen viser, at alle regionerne har udarbejdet regionale retningslinjer, der beskriver regionens forståelse af reglerne om maksimale ventetider, herunder regionens fortolkning af, hvornår de maksimale ventetider er overholdt. Retningslinjerne beskriver herudover sygehusafdelingernes procedurer for journalføring og for indberetning af patientforløb til sygehusets administration, regionens administration og Sundhedsstyrelsen, når reglerne om maksimale ventetider ikke overholdes.

Undersøgelsen viser, at regionsledelserne har fokus på at sikre overholdelse af reglerne om maksimale ventetider, idet ledelserne løbende bliver orienteret om og forholder sig til patientforløb, hvor der er udfordringer med at overholde reglerne. Regionerne har desuden et omfattende setup af sundhedspersonale, patientvejledere, forløbskoordinatorer og administrativt personale, som i det daglige arbejder med at sikre overholdelsen af de maksimale ventetider.

Varsling af de maksimale ventetider

44. Undersøgelsen viser, at alle regionerne har systemer, der proaktivt overvåger, om reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Det varierer dog, om det er varslingssystemer, der automatisk varsler om potentielle patientforløb, hvor reglerne er tæt på ikke at blive overholdt, eller om det er systemer, der kræver manuel gennemgang af forløbene for at kontrollere overholdelsen.

Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden anvendt automatiske varslingssystemer. Systemerne indeholder bruttolister over patienternes estimerede antal ventedage frem til den fundne booking, og systemerne kan derfor anvendes til at identificere patientforløb, hvor der er risiko for, at de maksimale ventetider ikke overholdes. Regionerne kan med denne overvågning af patientforløb nå at rette op på forløbene, så reglerne om maksimale ventetider overholdes. Sygehusafdelingerne trækker flere gange ugentligt lister over patientforløb, som manuelt og enkeltvis gennemgås for at kunne vurdere, om det er muligt at imødegå risikoen for, at reglerne om maksimale ventetider ikke overholdes.

I Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland er overvågningen baseret på manuelle og lokale systemer på den enkelte sygehusafdeling.

Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Hovedstaden har oplyst, at de er i gang med at udvikle automatiske varslingssystemer til overvågning af de maksimale ventetider. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen har mulighed for at overvåge overholdelsen af de maksimale ventetider i Sundhedsplatformen, men da der stadig opstår fejlregistreringer, er sygehusene forpligtede til at sikre en lokal opfølgning og overvågning af ventetiderne, indtil denne funktion kan tilgås i Sundhedsplatformen.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at regionerne med indførelsen af den tredje version af Landspatientregisteret, som forventes implementeret i foråret 2019, på frivillig basis kan registrere centrale datoer for de maksimale ventetider. Dette kan understøtte regionernes mulighed for at foretage elektronisk registrering og give mulighed for tidligt varsel af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider potentielt ikke overholdes.

Landspatientregisteret
Landspatientregisteret indeholder oplysninger om danskernes kontakter med sundhedsvæsenet og er sundhedsvæsenets mest centrale register. Oplysningerne kan fx være, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt eller en beskrivelse af patientens diagnoser og undersøgelser.

Audit af patientforløb

45. Undersøgelsen viser, at regionerne kun i meget begrænset omfang anvender audit af afsluttede patientforløb som supplement til den proaktive overvågning.

Region Hovedstaden har oplyst, at Rigshospitalet gennemgik patientjournaler for maj 2017 som følge af, at hospitalet i denne måned havde mange patientforløb, hvor reglerne ikke blev overholdt. På baggrund af gennemgangen fandt Rigshospitalet yderligere 13 forløb for maj, som blev indberettet til Sundhedsstyrelsen. Region Syddanmark har tidligere 2 gange årligt gennemgået udvalgte forløb, men har afsluttet denne praksis. Hverken Region Nordjylland, Region Midtjylland eller Region Sjælland auditerer patientforløb med henblik på at afdække overholdelsen af de maksimale ventetider. Region Nordjylland har dog oplyst, at regionen fremadrettet planlægger at foretage audit af udvalgte patientforløb.

Det er på baggrund af erfaringerne fra Region Hovedstadens gennemgang af patientjournaler Rigsrevisionens opfattelse, at audit generelt kan være et nyttigt redskab til at identificere eventuelle fejl i arbejdsgange og manglende overholdelse af de maksimale ventetider.

Opfølgning

46. Vores gennemgang af regionernes retningslinjer viser, at alle regionerne har en fast procedure for at identificere årsager og iværksætte handleplaner, når regionerne bliver bekendt med, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt.

På tværs af regionerne er det proceduren, at sygehusledelsen bliver orienteret om patientforløb, når der er risiko for, at reglerne om maksimale ventetider ikke overholdes. Sygehusledelsen drøfter forløbene med det relevante personale i afdelingen for at afklare, om reglerne er overholdt, og for at kortlægge, hvilke arbejdsgange der kan have forårsaget et potentielt regelbrud. Alle regionerne har desuden procedurer for at orientere regionsledelsen om overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider.

47. Region Midtjylland orienterer løbende regionsrådet om patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt De øvrige 4 regioner har ikke en fast praksis for dette, men orienterer regionen ved større og systematiske udfordringer med at overholde reglerne.

48. Når årsagen til manglende overholdelse af reglerne om maksimale ventetider er identificeret og drøftet mellem regionens ledelse og den relevante afdeling, er det på tværs af regionerne fast procedure at iværksætte handleplaner. Handleplanerne vil typiske indeholde konkrete initiativer, som skal sikre mod lignende tilfælde. Regionerne orienterer Sundhedsstyrelsen om de iværksatte tiltag.

Resultater

Undersøgelsen viser, at alle regionerne har systemer, der skal sikre proaktiv overvågning af overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider. Der er dog forskel på, hvor automatiserede systemerne er. Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden anvendt automatiske varslingssystemer, mens de øvrige regioner har lokalt forankrede systemer.

Undersøgelsen viser desuden, at alle regionerne i et begrænset omfang auditerer afsluttede patientforløb.

Endelig viser undersøgelsen, at alle regionerne følger systematisk op og afdækker årsager, hvis reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. På baggrund heraf udarbejder regionerne handleplaner og iværksætter initiativer.

3.2. Indberetninger til Sundhedsstyrelsen

49. Vi har undersøgt, hvor mange patientforløb der ikke har overholdt reglerne om maksimale ventetider, som regionerne selv har indberettet til Sundhedsstyrelsen i perioden 2014-2017. Vi har derudover undersøgt, hvilke kræftformer der har været de dominerende i indberetningerne, og hvilke årsager regionerne har angivet som forklaring.

50. Regionerne er forpligtede til hver måned at indberette til Sundhedsstyrelsen, om de har patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Regionerne skal i indberetningerne angive kræftformen og årsagen samt beskrive fremadrettede initiativer, som skal forhindre lignende tilfælde.

51. Tabel 2 viser antallet af patientforløb, hvor regionerne ikke har overholdt reglerne om maksimale ventetider i perioden 2014-2017.

Tabel 2
Antal patientforløb, der ikke overholder reglerne om maksimale ventetider i perioden 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	Ekstra indberetninger[1)]	I alt
Region Hovedstaden	853	33	30	90	0	**1.006**
Region Sjælland	172	4	5	25	0	**206**
Region Syddanmark	17	14	5	7	811	**854**
Region Midtjylland	133	1	4	62	0	**200**
Region Nordjylland	121	1	86	16	519	**743**
Landsplan	**1.296**	**53**	**130**	**200**	**1.330**	**3.009**

[1)] Region Syddanmark og Region Nordjylland har begge patientforløb, som ikke kan henføres til et specifikt år.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Sundhedsstyrelsen (opgjort i november 2018).

Det fremgår af tabel 2, at 3.009 patienter i perioden 2014-2017 ikke har fået udredning eller behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Region Hovedstaden havde i perioden flest patientforløb (1.006), hvor reglerne ikke blev overholdt. Herefter følger Region Syddanmark og Region Nordjylland med henholdsvis 854 og 743 forløb. I Region Midtjylland blev reglerne ikke overholdt i 200 forløb og i Region Sjælland i 206 forløb. Antallet af kræftpatienter varierer fra region til region. Det er ikke muligt at beregne, hvor stor en andel de indberettede forløb udgør af det samlede antal forløb, da der ikke findes opgørelser af, hvor mange patienter der årligt er omfattet af reglerne om maksimale ventetider i hver region. Regionerne har indberettet 200 forløb for 2017, hvor reglerne ikke blev overholdt. Tallet er inkl. 63 forløb, der er blevet efterindberettet som følge af Rigsrevisionens undersøgelse. Fratrukket de 63 forløb ville regionerne have indberettet 137 forløb for 2017.

Regionerne har oplyst, at antallet af indberetninger bør ses i relation til den samlede aktivitet på kræftområdet. Regionerne påpeger, at det fremgår af Sundhedsdatastyrelsens årsopgørelse, at godt 500.000 patienter begyndte udredning i et kræftpakkeforløb i perioden 2014-2017.

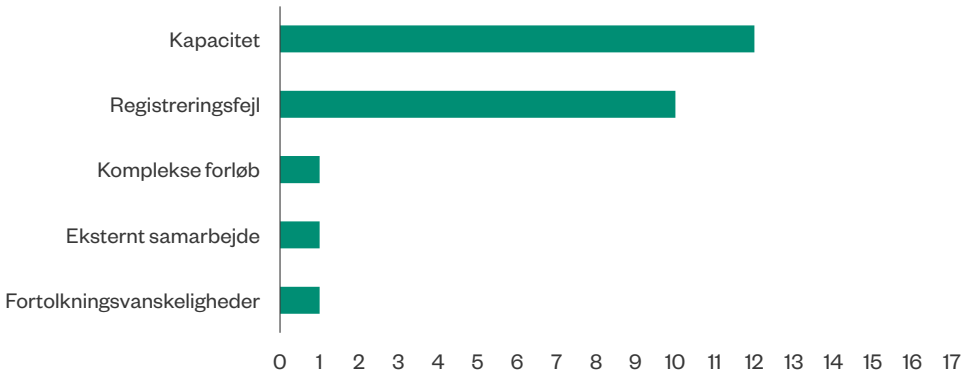
I undersøgelsesperioden var der i 2014 flest kræftpatienter, som ikke fik udredning og behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Den manglende overholdelse i 2014 skyldtes primært det landsdækkende screeningsprogram for tyktarmskræft og endetarmskræft, som blev iværksat pr. 1. marts 2014. I den forbindelse havde regionerne ikke tilstrækkelig kapacitet til at gennemføre alle de påkrævede screeninger.

Både de 811 patientforløb, som Region Syddanmark havde indberettet ekstra til Sundhedsstyrelsen, og de 519 forløb, som Region Nordjylland havde indberettet ekstra, skyldtes en systematisk fejlfortolkning af reglerne om maksimale ventetider i perioden 2014-2016 for kvinder, der blev indkaldt til yderligere udredning efter brystkræftscreening i regionen.

52. Vi har gennemgået regionernes månedlige indberetninger til Sundhedsstyrelsen i perioden 2014-2017, hvor der har været indberetninger af mere end 10 patientforløb for hver region, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Det drejer sig om i alt 17 indberetninger. 10 af de 17 indberetninger omhandler patienter med tarmkræft. Alle regionerne med undtagelse af Region Syddanmark har haft vanskeligheder med at sikre tilstrækkelig kapacitet til screeningsprogrammet for tarmkræft. 3 af de 17 indberetninger omhandler patienter med brystkræft, og 4 af indberetningerne er fordelt på en blandet gruppe af kræftdiagnoser.

53. Figur 3 viser de årsager, som regionerne i indberetningerne har angivet som forklaring på, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Vi har på baggrund af indberetningerne opdelt årsagerne i 5 kategorier: kapacitet (både fysisk og personalemæssig), registreringsfejl, komplekse forløb, eksternt samarbejde og fortolkningsvanskeligheder af bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Figur 3
Årsagsforklaringer i indberetningerne til Sundhedsstyrelsen i perioden 2014-2017



Note: Samme indberetning kan indeholde flere årsager.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes indberetninger til Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af figur 3, at kapacitet bliver angivet som årsag til manglende overholdelse af de maksimale ventetider i 12 af de 17 indberetninger. Registreringsfejl bliver angivet som årsag i 10 af indberetningerne. Derudover bliver komplekse patientforløb som følge af, at patienten har andre sygdomme, eksternt samarbejde og fortolkningsvanskeligheder af bekendtgørelsen om maksimale ventetider hver angivet som årsag én gang.

Vi har ikke gennemgået indberetninger til Sundhedsstyrelsen, som har indeholdt mindre end 10 patientforløb. Regionerne har dog oplyst, at manglende overholdelse i enkeltstående forløb som oftest skyldes menneskelige fejl, fx forglemmelse eller fejlregistrering.

Fejlregistrering
Et eksempel på fejlregistrering er, at sygehuset ved en fejl registrerer en forkert dato for henvisning til behandling, der ligger senere end den rigtige dato for henvisningen. Sygehuset har derfor reelt færre dage til at give patienten tilbud om behandling, end hvad der fremgår af registreringen.

54. Vores gennemgang af regionernes indberetninger viser, at regionerne kun indberetter ganske få enkeltstående patientforløb, hvor reglerne ikke er overholdt. De fleste forløb, hvor reglerne ikke er overholdt, kan inddeles i klynger, der har samme årsag som forklaring på den manglende overholdelse. Det er fx i forbindelse med fejltolkninger af bekendtgørelsen, kapacitetsudfordringer ved indførelsen af det nationale screeningsprogram for tarmkræft eller systematiske menneskelige fejl. Den manglende overholdelse af reglerne opdages i nogle tilfælde først sent i forhold til, hvornår de fandt sted.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne i perioden 2014-2017 indberettede 3.009 tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke var overholdt. Region Hovedstaden havde flest indberetninger, og regionerne indberettede samlet flest patientforløb i 2014. Hovedparten af indberetningerne skyldtes systemfejl, fx kapacitetsudfordringer som følge af indførelsen af det nationale screeningsprogram for tarmkræft.

Undersøgelsen viser desuden, at mangel på kapacitet og registreringsfejl var de primære årsager i indberetningerne. Tarmkræft er den kræftform, som forekommer hyppigst i indberetningerne.

3.3. Udvalgte patientforløb

55. Vi har gennemgået udvalgte kræftpatienters forløb for at undersøge regionernes overholdelse af reglerne om maksimale ventetider i 2017 og dermed få en indikation af, om omfanget af regionernes indberetninger har været fyldestgørende.

Det er et lovkrav, at behandlingstilbud, patientinformation, samtykke mv. i relation til de maksimale ventetider skal dokumenteres i patientjournalen. Regionerne er som følge heraf forpligtede til at dokumentere forsinkelser, som er længere end de maksimale ventetider, herunder også tilfælde, hvor patienten accepterer en tid ud over den maksimale ventetid, eller hvis patientens helbredstilstand påkræver det.

56. Vi har udtrukket en stikprøve på 356 patientforløb, der er repræsentativ på landsplan, men ikke for de enkelte regioner. Stikprøven er fordelt med 128 forløb fra Region Hovedstaden, 77 fra Region Syddanmark, 66 fra Region Sjælland, 47 fra Region Nordjylland og 38 fra Region Midtjylland.

Forberedelse til behandling
"Forberedelse til behandling" udgør forløbstiden, fra der er truffet beslutning om den initiale behandling, til behandlingen starter. Hvor lang forløbstiden maksimalt bør være afhænger af kræftformen.

Der findes ikke nationale data for overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider. Vi har derfor udtrukket stikprøven med udgangspunkt i målepunkter fra forløbstiderne i kræftpakkerne. Vi har udtrukket forløb, hvor "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, dvs. patientforløb, hvor der er gået mere end 14 dage, fra der er truffet beslutning om den initiale behandling, til behandlingen starter. Det drejer sig om i alt 4.819 forløb. Der var i 2017 i alt 23.105 gennemførte kræftpakkeforløb. Stikprøven er udtaget på denne måde, fordi længden på "forberedelse til behandling" indikerer, at den maksimale ventetid, der vedrører tid til behandling, potentielt ikke er overholdt.

57. Vi har undersøgt, i hvor mange af de 356 forløb patienten har ventet 14 dage eller mindre på henholdsvis udredning, behandling og eventuel efterbehandling. Vores gennemgang viser, at dette gør sig gældende i 128 af de 356 forløb. I disse forløb er de maksimale ventetider overholdt, da de holder sig inden for de maksimale ventetider på 14 og 28 dage.

Af de resterende 228 patientforløb, hvor "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, har vi frasorteret 36 forløb, som enten har været tværgående på tværs af regionerne, eller hvor forløbene har været fejloprettet. Det efterlader 192 forløb, hvor vi ud fra regionernes materiale har undersøgt, om reglerne om maksimale ventetider er overholdt. Kan regionerne ikke dokumentere, at manglende overholdelse af de maksimale ventetider er enten patientinitieret, skyldes, at patienten er blevet informeret om sine rettigheder og vælger en tid ud over de maksimale ventetider, eller skyldes patientens helbredstilstand, er reglerne om maksimale ventetider ikke overholdt.

58. Tabel 3 viser resultaterne af vores stikprøvegennemgang.

Tabel 3
Rigsrevisionens vurdering af udvalgte patientforløb

	Forløb i alt	Forløb over 14 dage	Overholdt	Ikke overholdt
Region Hovedstaden	128	72	44	28
Region Sjælland	66	34	14	20
Region Syddanmark	77	37	36	1
Region Midtjylland	38	15	13	2
Region Nordjylland	47	34	22	12
Landsplan	**356**	**192**	**129**	**63**

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af tabel 3, at der i stikprøven i alt er 356 patientforløb, og at patienten i 192 af disse har ventet 14 dage eller længere på enten udredning, behandling eller efterbehandling. Rigsrevisionen har ved gennemgangen af forløbene vurderet, at 129 af de 192 sager er dokumenteret tilstrækkeligt, dvs. at det er dokumenteret, at det enten er patientens eget valg eller helbred, der begrunder, at forløbet er længere end 14 dage, eller at det alternativt fremgår af journalen, at patienten ved forsinkelser af kapacitetsmæssige årsager er informeret om forsinkelsen og sine rettigheder. De 129 forløb vurderes som overholdt.

I 63 patientforløb har Rigsrevisionen vurderet, at dokumentationen ikke er tilstrækkelig, hvorfor Rigsrevisionen på dette grundlag vurderer, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Ingen af de 63 forløb var indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår desuden af tabellen, at der er betydelige regionale forskelle på antallet af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Region Hovedstaden, Region Sjælland, og Region Nordjylland er med henholdsvis 28, 20 og 12 forløb de regioner, hvor Rigsrevisionen har fundet flest forløb, hvor dokumentationen ikke lever op til kravene i bekendtgørelsen om maksimale ventetider. Det svarer til, at reglerne ikke er overholdt for henholdsvis 22 %, 30 % og 26 % af de udtrukne forløb i de 3 regioner. Reglerne om maksimale ventetider er ikke overholdt i 2 forløb i Region Midtjylland og i ét forløb i Region Syddanmark. Det svarer til henholdsvis 5 % og 1 % af de udtrukne forløb i de 2 regioner. På landsplan er det 17,7 % af forløbene i den samlede stikprøve, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt.

59. Hvis andelen af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, i den samlede stikprøve korrigeres, så der tages højde for tilfældige regionale skævheder i stikprøven, indikerer det, at der er 842 forløb i 2017, som ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider. Det indikerer, at der er 705 flere forløb end de 137 indberettede forløb på landsplan, som ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider i 2017, når efterindberetningerne som følge af Rigsrevisionens undersøgelse er fratrukket. De bagvedliggende beregninger fremgår af bilag 1.

Tilfældige regionale skævheder
De tilfældige regionale skævheder i stikprøven skyldes, at vi har valgt at udtrække stikprøven simpelt tilfældigt med henblik på at gøre stikprøven repræsentativ på landsplan.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at stikprøven indikerer, at der kan være betydeligt flere tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt, end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen i 2017.

60. Regionerne har oplyst, at de 63 patientforløb, hvor Rigsrevisionen har vurderet, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, nu er efterindberettet til Sundhedsstyrelsen.

61. Regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at manglende dokumentation i patientjournalen ikke automatisk er ensbetydende med, at patienten ikke er informeret om sine rettigheder og har accepteret, at de maksimale ventetider ikke overholdes.

Rigsrevisionen kan konstatere, at regionerne i de 63 patientforløb, som vi har gennemgået, ikke har dokumenteret i patientjournalen, at forsinkelsen enten er patientinitieret, skyldes, at patienten er blevet informeret om sine rettigheder og vælger en tid ud over de maksimale ventetider, eller skyldes patientens helbredstilstand. Derfor er bekendtgørelsens dokumentationskrav ikke overholdt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at dokumentationskravet sikrer, at sygehusene kun samler dokumentation om overholdelsen af de maksimale ventetider ét sted, så der ikke kan opstå tvivl om, hvorvidt patienten er informeret om sine rettigheder og har accepteret, at de maksimale ventetider ikke overholdes.

Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af de maksimale ventetider

62. Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af de maksimale ventetider er baseret på regionernes indberetninger til Sundhedsstyrelsen. Indberetningerne er baseret på tro- og loveerklæringer. Ministeriet har oplyst, at den nuværende overvågningsmodel placerer ledelsesansvaret hos regionerne. Det er regionens ansvar gennem løbende forbedringsindsatser at optimere modellen, så den effektivt opfanger alle patientforløb, hvor reglerne ikke er overholdt.

Rigsrevisionen er enig med Sundheds- og Ældreministeriet i, at regionerne har ledelsesansvaret for overholdelsen af de maksimale ventetider, men det er Rigsrevisionens opfattelse, at ministeriets overvågning baserer sig på oplysninger, som er behæftet med betydelig usikkerhed.

Regionerne har som følge af Rigsrevisionens stikprøve foretaget ekstra indberetninger af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse oplyst, at styrelsen vil gå i dialog med regionerne om deres procedure på området. Rigsrevisionen finder en sådan dialog positiv og nødvendig.

Resultater

Undersøgelsen viser, at 63 af de 356 patientforløb, som Rigsrevisionen har gennemgået i en stikprøve, ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland er med henholdsvis 28 (22 %), 20 (30 %) og 12 (26 %) forløb de regioner med flest forløb, hvor dokumentationen ikke lever op til reglerne. Ingen af de 63 forløb var indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Rigsrevisionens beregning af andelen af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, indikerer, at der er 705 flere forløb end de 137 indberettede forløb på landsplan, som ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider i 2017, når efterindberetningerne som følge af Rigsrevisionens undersøgelse er fratrukket. Der kan dermed være betydeligt flere tilfælde, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Det er dermed Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af de maksimale ventetider baserer sig på oplysninger, som er behæftet med betydelig usikkerhed.

4. Forløbstider

Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i overvejende grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet i overvejende grad understøtter, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, ved løbende at monitorere forløbstiderne, identificere udfordringer og iværksætte initiativer. Det er dog samtidig Rigsrevisionens vurdering, at ministeriet kan gøre opfølgningen på forløbstiderne mere nuanceret.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet generelt understøtter en retvisende monitorering ved hjælp af en detaljeret registreringsramme for forløbstiderne. Undersøgelsen viser dog også, at der har været eksempler på systematisk afvigende registreringspraksis i relation til brystkræftforløb i Region Midtjylland og i Region Syddanmark på bestemte sygehuse. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at registreringsafvigelserne betyder, at monitoreringen bliver mindre retvisende.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet anmoder regionerne om at gennemgå kræftpakkeforløb, der er længere end standardforløbstiderne som følge af forhold, som regionerne har vanskeligt ved at påvirke, fx at patienten selv ønsker at vente. Det skyldes, at ministeriet ikke har anvendt indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand i opfølgningen på forløbstiderne, selv om det kunne have gjort ministeriets opfølgning mere nuanceret.

Patientens ønske
Ventetiden skal kategoriseres som patientens ønske, hvis patienten melder afbud eller udebliver fra undersøgelse eller behandling, og hvis patienten afslår tilbud om udredning eller behandling i anden enhed inden for gældende tidsfrist.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke har fastsat et mål for, hvor stor en andel af patienterne der skal have påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, fordi ministeriet ikke har fundet det fagligt hensigtsmæssigt. Regionerne har fastsat et driftsmål om, at 90 % af kræftpakkeforløbene skal gennemføres inden for standardforløbstiderne. Det er dog ikke fastsat, hvornår målet skal nås. Andelen af forløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne, er steget fra 71 % i 2013 til 79 % i 2016. Herefter er andelen faldet til 77 % i 2017. Udviklingen dækker over væsentlige forskelle mellem regionerne og på tværs af de enkelte kræftpakker. De regionale forskelle er dog blevet mindre over tid.

Undersøgelsen viser, at regionerne afdækker årsagerne, når patienter har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne, og iværksætter initiativer for at forbedre forløbstiderne.

Undersøgelsen viser, at det ikke er muligt at vurdere, om regionerne sikrer, at alle patienter får udarbejdet en opfølgningsplan, når det er relevant, fordi der endnu ikke foreligger valide data. Implementeringen af de personlige behovsvurderinger og opfølgningsplaner, som regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i 2011 besluttede at indføre, er endnu ikke færdig. Hovedparten af opfølgningsprogrammerne er implementeret i regionerne, men enkelte udestår i nogle regioner. På nuværende tidspunkt forventes de resterende opfølgningsprogrammer og monitoreringen først at være færdigimplementeret i 2019. Det er 8 år efter, at der blev truffet beslutning om at indføre personlige behovsvurderinger og opfølgningsplaner.

63. Kræftpakkerne indeholder standardforløbstider for, hvor lang tid der må gå, før en standardpatient får udredning og påbegyndt behandling. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at flest mulige kræftpatienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne. Kapitlet handler desuden om, hvorvidt regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgningsplan, når det er relevant.

4.1. Rammer for den nationale monitorering

64. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet sikrer rammer, der understøtter en retvisende monitorering af forløbstiderne.

Sundheds- og Ældreministeriet er ansvarlig for rammerne i den nationale monitorering, herunder at understøtte retvisende registreringer via de nationale beskrivelser af kræftpakkeforløbene og via de nationale registreringsvejledninger, som er udarbejdet af henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen.

Nationale data og opgørelser

65. Sundhedsdatastyrelsen følger forløbstiderne og opgør kvartalsvis og på årsbasis, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne, fordelt på regioner, kræftformer og behandlingstyper. Sundhedsdatastyrelsens opgørelser om forløbstiderne danner grundlag for Sundhedsstyrelsens opfølgning på regionernes arbejde med kræftpakkerne.

66. Konkrete forhold som fx anden komplicerende tilstand eller patientens egne ønsker kan medføre, at forløbstiderne for den enkelte patient kan afvige fra standardforløbstiderne. Sygehusene registrerer i deres egne systemer og indberetter til Landspatientregisteret, hvis patienten ønsker at vente, eller hvis patienten venter, fordi patienten skal behandles eller reguleres for anden komplicerende tilstand, inden behandlingen af kræft kan foretages. Disse registreringer af ventetid er dog ikke direkte koblet til registreringerne af forløbstiderne, men er gældende for alle patienter.

67. På baggrund af de kvartalsvise og årlige opgørelser beder Sundhedsstyrelsen udvalgte regioner om enten mundtligt eller skriftligt at redegøre for årsager og fremadrettede initiativer for udvalgte kræftpakker og behandlingstyper. Disse redegørelser drøftes sammen med den samlede monitoreringsopgørelse i Task Force for Kræft, hvor både Sundhedsstyrelsen og regionerne er repræsenteret.

Sundhedsstyrelsen besluttede ved indførelsen af den nuværende monitoreringsmodel at fokusere sin løbende overvågning og indhentning af redegørelser med udgangspunkt i den del af kræftpakkeforløbene, der i det enkelte kvartal eller på årsbasis ligger under den nedre 1. kvartil. I 3. kvartal 2013 udgjorde den nedre 1. kvartil de regioner, kræftformer og behandlingstyper, hvor under 60 % af forløbene blev gennemført inden for standardforløbstiderne, mens det i 2. kvartal 2018 var dem, der havde en gennemførelsesandel på under 66 %.

Den nationale 1. kvartil
Den nationale 1. kvartil afgrænser den fjerdedel af kræftpakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, som er gennemført inden for standardforløbstiderne. Kvartilerne er beregnet på basis af alle gennemførte forløb, hvor der er anbefalet en standardforløbstid for behandlingsformen.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen dermed anvender en benchmarkingtilgang. Sundhedsstyrelsen har gennem årene fortsat fundet, at denne tilgang var den mest hensigtsmæssige i forhold til at sikre hovedsigtet med monitoreringen af kræftpakkerne, som er at sikre en løbende kvalitetsforbedring af kræftbehandlingen.

Sundhedsstyrelsen vurderer fra kvartal til kvartal, hvilke regioner, kræftformer og behandlingstyper der skal udvælges fra den nedre 1. kvartil til nærmere redegørelse. Styrelsen baserer bl.a. udvælgelsen på en vurdering af den mellemregionale variation, specialer med kontinuerlige udfordringer og igangværende processer i andet regi, fx i relation til maksimale ventetider eller allerede igangsatte initiativer. Dermed har Sundhedsstyrelsen ikke opstillet faste kriterier for, hvilke regioner, kræftformer og behandlingstyper styrelsen anmoder om redegørelser for.

Specialeplan
Sundhedsstyrelsens specialeplan beskriver, hvilke sygehuse der må varetage de specifikke specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen opstiller desuden en række principper, krav og anbefalinger for hver af de 36 lægelige specialer.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsens arbejdsform sikrer et løbende fokus på, at udfordringer løses regionalt, men at der også kan være udfordringer, som er udbredte eller vedvarende, selv om regionerne har fokus på dem og har iværksat indsatser. Dette kan foranledige, at Sundhedsstyrelsen søger at hjælpe regionerne gennem strukturelle ændringer. Dette kan fx være gennem ændringer i kræftpakkeforløbene på grund af udvikling i udredningen og behandlingen af den pågældende kræftsygdom. Styrelsen har også mulighed for at udføre overordnede strukturelle ændringer ved fx at justere specialeplanen.

68. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet ved at samle forløbstidsdata, udarbejde monitoreringsopgørelser, indhente redegørelser og drøfte disse i Task Force for Kræft generelt understøtter en retvisende monitorering. Det er desuden efter Rigsrevisionens opfattelse hensigtsmæssigt, at ministeriet tager udgangspunkt i de områder, hvor udfordringerne ser ud til at være størst ud fra opgørelserne af forløbstiderne. Det er dog imidlertid ikke nødvendigvis de områder, hvor regionerne har bedst mulighed for at forbedre forløbstiderne, da en lav andel af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne fx kan skyldes, at patienter i nogle kræftpakker eller behandlingstyper hyppigere vælger at vente.

Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Sjælland frasorterer ventetider i relation til patientens ønsker og anden komplicerende tilstand i deres egne opgørelser, da det ifølge deres udsagn giver et mere reelt billede af forløbstiderne og dermed et bedre grundlag til at beslutte, hvilke tiltag regionen skal iværksætte for at forbedre forløbstiderne.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Sjælland ved at frasortere disse ventetider fokuserer deres opfølgning på de områder, hvor de har mulighed for at forbedre forløbstiderne. Det giver desuden regionerne indsigt i omfanget af ventetid inden for de forskellige kræftpakker og behandlingstyper, der skyldes patientens ønsker, eller at patienten skal behandles for anden komplicerende tilstand.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen ikke har anvendt indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand i opfølgningen på forløbstiderne, fordi ministeriet aktivt har besluttet at udarbejde en så simpel monitoreringsmodel som muligt. Ifølge ministeriet er det hverken muligt eller hensigtsmæssigt at frasortere ventetid i relation til patientens ønsker og anden komplicerende tilstand i den nationale monitorering, da det ikke er muligt at inddrage alle relevante forhold, som har indflydelse på forløbstiderne.

Region Nordjylland har oplyst, at regionen ikke finder de nuværende registreringer af ventetider i relation til anden komplicerende tilstand sammenlignelige på tværs af regionerne, da definitionen ikke er entydig.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at regionerne i redegørelserne blot kan oplyse, at der ikke er udfordringer eller problemer i relation til monitoreringen, hvis dette er tilfældet. Sundhedsstyrelsen har desuden oplyst, at det i nogle tilfælde kan være vigtigt også at følge forløbstiderne for de patienter, hvor ventetiden skyldes patientens ønsker og anden betydende sygdom. Udviklingen i og omfanget af anden betydende sygdom inden for en kræftpakke kan bidrage til at belyse, om et kræftpakkeforløb skal revideres. Ligeledes kan mellemregionale forskelle i forløbstider, der er længere end standardforløbstiderne på baggrund af anden betydende sygdom, indikere forskelle i patientpopulationer eller utilstrækkelig kapacitet eller styring af forløb i en region.

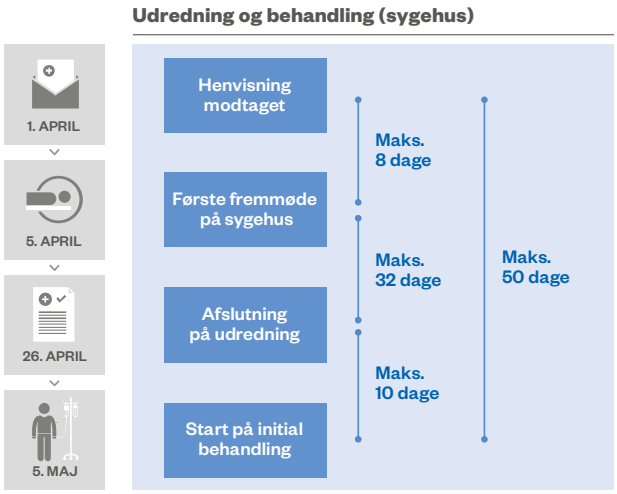
Det er Rigsrevisionens opfattelse, at en analyse af indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand potentielt kunne bidrage til et mere nuanceret billede af forløbstiderne, selv om en sådan analyse ville være forbundet med datamæssige udfordringer og forbehold.

Uoverensstemmelser i registreringspraksis

69. For at den nationale monitorering kan være retvisende, er det en forudsætning, at registreringerne af forløbstiderne ikke afviger systematisk fra pakkeforløbsbeskrivelserne for kræft og Sundhedsdatastyrelsens registreringsvejledninger. Derfor har vi undersøgt, om der er systematiske afvigelser i sygehusenes registreringer af målepunkterne i kræftpakkeforløbene.

70. Den samlede forløbstid i den nationale monitorering er opdelt i forskellige målepunkter, som regionerne skal registrere. Standardforløbstiderne mellem målepunkterne varierer fra kræftpakke til kræftpakke. Figur 4 viser de centrale målepunkter (fælles for alle kræftpakker) eksemplificeret ved de sygdomsspecifikke standardforløbstider i et fiktivt kræftpakkeforløb.

Figur 4
Centrale målepunkter i registrering af kræftpakkeforløb og eksempel på standardforløbstider



Note: Standardforløbstiderne varierer i de enkelte kræftpakker.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelser for kræft.

Det fremgår af figur 4, at der er 4 centrale målepunkter i kræftpakkeforløbene, som sygehusene skal registrere. Den samlede forløbstid opgøres ud fra, hvor lang tid der er gået mellem registreringen af begyndelsespunktet "Henvisning modtaget" og slutpunktet "Start på initial behandling". Derfor er det afgørende, at særligt disse målepunkter registreres korrekt, hvis data skal give et retvisende billede af, hvor hurtigt patienterne kommer i gang med den primære behandling.

71. Vores analyse af forløbstidsdata fra Landspatientregisteret for de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft) viser, at der har været systematiske forskelle i registreringerne af begyndelsespunktet "Henvisning modtaget" for brystkræftforløb, som efter vores opfattelse betyder, at nogle sygehuse har fulgt en afvigende registreringspraksis. Det drejer sig om:

- Alle sygehuse i Region Midtjylland undtagen Hospitalsenhed Midt (og fra 2017 Hospitalsenheden Vest) har systematisk registreret "Henvisning modtaget" og "Første fremmøde på sygehus" samtidig for brystkræftforløb i perioden 2014-2017.
- Sygehus Sønderjylland har systematisk registreret "Henvisning modtaget" og "Første fremmøde på sygehus" samtidig for brystkræftforløb i perioden 2014-2016.

Disse systematiske afvigelser i registreringspraksis betyder, at kræftpakkeforløbene kommer til at fremstå kortere, end de reelt er, og at andelen af forløb inden for standardforløbstiderne vil fremstå kunstigt høj. Det betyder, at data bliver mindre sammenlignelige, og at forløbstiderne i den nationale monitorering ikke bliver helt retvisende. Monitoreringen vil dermed ikke i alle tilfælde give et reelt billede af, hvor stor en andel af kræftpatienterne der har ventet længere på behandling, end Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Region Midtjylland har oplyst, at det ikke er alle sygehuse i regionen, der kan registrere "Henvisning modtaget" korrekt i forhold til brystkræft. De fleste af regionens sygehuse registrerer "Henvisning modtaget" samtidig med "Første fremmøde på sygehus", fordi det ikke er teknisk muligt at registrere korrekt. Det skyldes, at de pågældende sygehuse mangler integration mellem 2 it-systemer.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen i 2012 blev gjort opmærksom på registreringsudfordringerne i forhold til brystkræft i Region Midtjylland, og at styrelsen har fulgt op på problematikken på et møde i Task Force for Kræft i april 2014, hvor styrelsen har presset på for, at der skulle gennemføres en it-systemintegration, som skal bidrage til korrekt indberetning. Styrelsen har desuden oplyst, at Task Force for Kræft efterfølgende har drøftet datakomplethed i monitoreringen i november 2014. Her blev der sat fokus på generelle udfordringer med registreringspraksis, herunder manglende registreringer.

Cancerregisteret
Cancerregisteret indeholder informationer om kræfttilfælde og andre anmeldelsespligtige sygdomme i Danmark. Cancerregisteret rummer bl.a. oplysninger om:

- diagnosetidspunktet for sygdommen
- den anatomiske lokalisation
- kræftform
- udbredelse af kræftsygdommen inden for de første 4 måneder efter diagnosetidspunktet.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det er regionernes ansvar at sikre ensartet registrering og ministeriets ansvar at sikre relevant vejledning om registrering. Dette sikrer ministeriet via registreringsvejledninger og vejledning af regionerne efter behov. Sundhedsdatastyrelsen leverer desuden bl.a. ugentlige opmærksomhedslister til regionerne med mulige udfordringer i regionernes egne registreringer og sammenholder data for forløbstider med data fra Cancerregisteret for at belyse datakompletheden. Ministeriet har desuden oplyst, at udfordringer vedrørende registrering bliver drøftet i forbindelse med Sundhedsstyrelsens løbende arbejde med at revidere pakkeforløbsbeskrivelser og vejledninger.

Rigsrevisionen er enig i, at det er regionernes ansvar, at registreringerne er retvisende. Det er dog samtidig Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet har et ansvar for at sikre rammer, der understøtter retvisende informationer om forløbstiderne i regionerne, herunder at følge op på systematiske afvigelser i registreringspraksis. Ministeriet har efter Rigsrevisionens opfattelse ikke haft tilstrækkeligt fokus på at følge op på Region Midtjyllands udfordringer med at registrere forløbstiderne for brystkræftpatienter korrekt, da ministeriet ikke har fulgt op siden 2014, på trods af at problemet ikke er blevet løst.

Region Syddanmark har oplyst, at registreringspraksis for brystkræftforløb har været drøftet i regionen i 2016, fordi der var forskel på, hvornår sygehusene registrerede målepunkterne. Derfor udarbejdede regionen en fælles registreringsvejledning for brystkræft. Regionen har desuden i 2016 udarbejdet en ny retningslinje for kræftpakkeforløb for kræft i øvre mave-tarm, som omfatter bugspytkirtelkræft. Baggrunden var bl.a., at der var uens registreringspraksis. Ifølge regionen er stort set alle registreringsafvigelser blevet fjernet eller identificeret med henblik på at blive løst.

Region Syddanmark har desuden oplyst, at komplekset af regler og registreringsprocedurer i relation til de maksimale ventetider og standardforløbstiderne kan være indviklet at navigere i for det kliniske personale, der ikke har dette som deres primære arbejdsområde. Det kan risikere at give anledning til misforståelser eller fejltolkninger. Desuden er der løbende en stor opgave i at uddanne og vedligeholde kendskabet til regelsættene, særligt for nyt personale.

Det er – på baggrund af møderne med sygehusafdelingerne – Rigsrevisionens opfattelse, at det er en udbredt opfattelse, at regler og registreringsprocedurer i relation til de maksimale ventetider og standardforløbstiderne er komplekse og indviklede at navigere i.

72. Ud over uoverensstemmelserne i relation til registrering af brystkræftforløb viser vores analyse af forløbstidsdata desuden, at regionerne ikke har helt samme registreringspraksis i forhold til, hvor og hvornår begyndelsespunktet for bugspytkirtelkræft registreres.

Vi har konstateret, at Region Midtjylland fra og med 2017 først begynder registreringen af kræftpakkeforløbet på den højtspecialiserede afdeling på Aarhus Universitetshospital. Dermed følger regionen en anden registreringspraksis end de øvrige regioner, hvor flere sygehuse begynder registreringen af forløbet, før patienten er sendt til den højtspecialiserede afdeling.

Region Midtjylland har oplyst, at regionens praksis er i overensstemmelse med regionens fortolkning af Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelse for bugspytkirtelkræft.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at registreringen af begyndelsespunktet i kræftpakkeforløbet for bugspytkirtelkræft skal foretages, når der ved henvisning til forløbet eller i sygehusregi er fundet begrundet mistanke om eller er påvist kræft i bugspytkirtlen. Ministeret har desuden oplyst, at kræftpakkeforløbet godt kan starte på en kirurgisk afdeling, som ikke er højtspecialiseret. Det kan fx være, hvis en kirurgisk afdeling har begrundet mistanke om kræft i bugspytkirtlen på grund af gulsot uden oplagt forklaring.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der kan være behov for, at Sundheds- og Ældreministeriet og Region Midtjylland drøfter regionens fortolkning af pakkeforløbsbeskrivelsen og registreringspraksis i relation til bugspytkirtelkræft.

73. Vores analyse af forløbstidsdata for prostatakræft har ikke vist tegn på uoverensstemmelser i registreringspraksis.

74. Regionerne har oplyst, at monitoreringen af de i alt 32 kræftpakker som hovedregel er retvisende og sammenlignelig på tværs af regionerne.

De 3 udvalgte kræftformer omfattede tilsammen 22 % af alle kræftpakkeforløbene, der var færdigregistrerede og afsluttet i Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018. Det er ikke muligt ud fra vores analyse af forløbstidsdata for de 3 udvalgte kræftformer at vurdere det samlede omfang af forskelle i registreringspraksis i alle kræftpakker, og dermed hvor stor indflydelse det har på forløbstiderne i monitoreringen. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at der er risiko for, at der kan være andre systematiske afvigelser for andre kræftformer, som kan påvirke den samlede forløbstid. Det betyder, at det ikke nødvendigvis er de regioner eller kræftformer, der reelt har den laveste gennemførelsesandel, som Sundheds- og Ældreministeriet har fokus på i sin opfølgning.

Resultater

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriets rammer generelt understøtter en retvisende monitorering af forløbstiderne, men at ministeriet ikke har tilstrækkeligt fokus på at sikre ensartet registrering på tværs af regionerne.

Undersøgelsen viser desuden, at monitoreringen er baseret på en omfattende og detaljeret registrering af centrale datoer i kræftpakkerne. Denne registrering gør det muligt for både Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne løbende at følge udviklingen i overholdelsen af standardforløbstiderne. Ministeriet samler forløbsdata, udarbejder monitoreringsopgørelser, indhenter redegørelser og drøfter opgørelser og redegørelser i Task Force for Kræft.

Endelig viser undersøgelsen, at der har været en systematisk afvigende registreringspraksis i relation til brystkræft i Region Midtjylland og i Region Syddanmark på bestemte sygehuse. Regionerne har oplyst, at monitoreringen som hovedregel er retvisende og sammenlignelig på tværs af regionerne. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at registreringsafvigelserne betyder, at monitoreringen bliver mindre retvisende. Undersøgelsen viser videre, at Sundheds- og Ældreministeriet anmoder regionerne om at gennemgå kræftpakkeforløb, som regionerne har vanskeligt ved at påvirke. Det skyldes, at ministeriet ikke har anvendt indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand i opfølgningen på forløbstiderne, selv om det kunne have gjort opfølgningen mere nuanceret.

4.2. Opfølgning på forløbstider

75. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har fastsat mål for, hvor stor en andel af patienterne der skal have udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne.

Mål for forløbstider

76. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det ikke er forventeligt, at standardforløbstiderne kan opfyldes for alle patienter i alle kræftpakkeforløb, fordi forhold som fx patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden. Det er dog ifølge ministeriet hverken muligt eller hensigtsmæssigt at frasortere ventetid i relation til disse forhold i monitoreringen. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet har gjort sig mange overvejelser om problemstillingen, men at overvejelserne har resulteret i, at ministeriet ikke har fundet det hensigtsmæssigt at fastsætte en national tærskelværdi for, hvor stor en andel af forløbene der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at intentionen bag monitoreringen er at sikre, at forløbstiderne så vidt muligt ligger inden for standardforløbstiderne, medmindre der er forhold som fx patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand, som taler imod det. For at Sundheds- og Ældreministeriet kan sikre sig dette, er det efter Rigsrevisionens opfattelse hensigtsmæssigt, at ministeriet gør sig overvejelser om, hvor stor en andel af patienterne der skal have påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne.

77. Regionerne har taget stilling til, hvor stor en andel af patienterne der skal have påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, ved at fastsætte et fælles regionalt driftsmål.

Danske Regioner har på vegne af regionerne oplyst, at Danske Regioners bestyrelse den 26. september 2014 vedtog en fælles målsætning om at bringe andelen af registrerede kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne op på 90 %. Ifølge Danske Regioner var formålet at styrke den ønskede lighed i behandlingen for alle og nærme sig samme ensartede niveau for patienter, der gennemgår et kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne. Danske Regioner har videre oplyst, at der ikke er tale om et formelt fastsat mål, der skal overholdes, eller en patientrettighed. Danske Regioner har desuden oplyst, at det ikke er besluttet, hvornår målet skal realiseres.

Opfølgning på udviklingen i forløbstider

78. Alle regionerne følger bagudrettet op på, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne, og alle regionerne gennemgår de forløb, hvor standardforløbstiden er overskredet. Alle regionerne har fremlagt ledelsesinformation, der angiver status for, hvor stor en del af forløbene der er gennemført inden for standardforløbstiderne. Ledelsesinformationen indeholder desuden oplysninger om, hvordan forløbsandele inden for standardforløbstiderne er fordelt på forskellige kræftområder (enten for alle eller for særligt udvalgte kræftpakker).

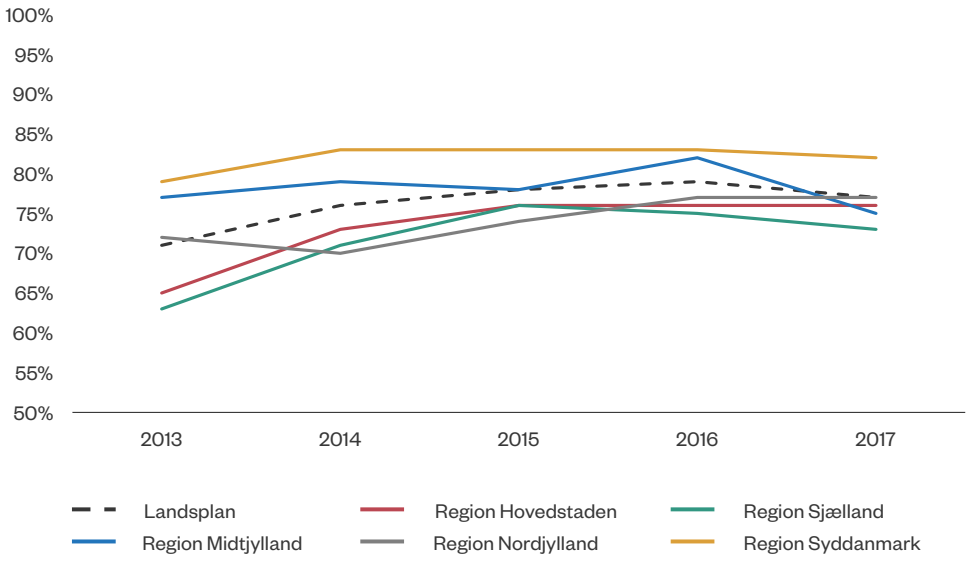
Regionerne adskiller sig i forhold til hinanden ved, hvordan de arbejder med tidligt at identificere kræftpakkeforløb, hvor der er risiko for, at forløbstiden vil blive overskredet. Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden anvendt et fælles varslingssystem (som også anvendes til de maksimale ventetider) til at give afdelingerne overblik over forløbstiderne. Som tidligere beskrevet (i relation til de maksimale ventetider) har de øvrige regioner ikke fælles regionale varslingssystemer, men hver afdeling eller hvert sygehus har typisk et regneark e.l., hvor forløbskoordinatorerne eller sekretærerne følger kræftpatienterne. De øvrige regioner er i gang med at udvikle tilsvarende fælles varslingssystemer.

Udvikling i forløbstider

79. Figur 5 viser udviklingen i, hvor stor en andel af alle kræftpakkeforløb der er blevet gennemført inden for standardforløbstiderne i perioden 2013-2017 fordelt på regioner.

Figur 5

Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 5, at der var en svagt stigende tendens på landsplan i andelen af kræftpakkeforløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne (fra 71 % i 2013 til 79 % i 2016). Herefter faldt andelen til 77 % i 2017. Regionerne har endnu ikke nået den fælles målsætning om på et uspecificeret tidspunkt at bringe andelen af registrerede kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne op på 90 %.

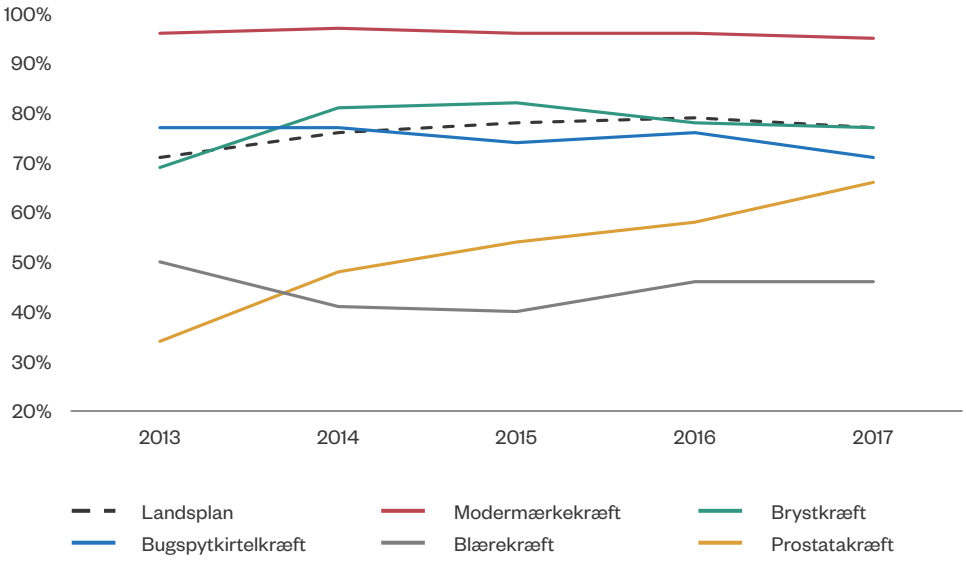
Der er betydelige variationer mellem regionerne – særligt i 2013 og 2014. Region Syddanmark har i hele perioden haft den højeste andel kræftpakkeforløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne, på mellem 79 % og 83 %. I 2013 var der en forskel på 16 procentpoint fra den højeste andel på 79 % i Region Syddanmark til den laveste andel på 63 % i Region Sjælland. I 2017 var der en forskel på 9 procentpoint fra den højeste andel på 82 % i Region Syddanmark til den laveste andel på 73 % i Region Sjælland. Dermed er de regionale forskelle blevet mindre over tid.

Udvikling og variationer i forløbstider på tværs af regioner og kræftformer

80. Figur 6 viser udviklingen på tværs af regionerne i andelen af kræftpakkeforløb, der er gennemført inden for standardforløbstiderne, for de 2 kræftformer, der har henholdsvis den laveste (blærekræft) og den højeste (modermærkekræft) gennemførelsesandel, og for de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft).

Figur 6

Andelen af kræftpakkeforløb inden for anbefalet forløbstid fordelt på udvalgte kræftformer i perioden 2013-2017



Antallet af kræftpakkeforløb fra 2017, der var færdigregistrerede og afsluttet i Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018, fordelte sig således for de viste kræftformer:

- modermærkekræft: 2.795
- brystkræft: 3.705
- prostatakræft: 925
- bugspytkirtelkræft: 470
- blærekræft: 550.

Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 6, at der er stor variation i forhold til, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne. Den eneste af de i alt 32 kræftpakker, som i hele perioden ligger over 90 %, er modermærkekræft. I den laveste del af spektret ligger blærekræft og prostatakræft.

Det fremgår desuden af figuren, at andelen af brystkræftforløb inden for standardforløbstiderne steg fra 69 % i 2013 til 82 % i 2015, hvorefter andelen faldt til 77 % i 2017. For bugspytkirtelkræft har andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne været relativt stabil fra 2013 til 2016 (ca. 74-77 %), hvorefter den faldt til 71 % i 2017. Andelen af prostatakræftforløb inden for standardforløbstiderne har været støt stigende fra 34 % i 2013 til 66 % i 2017.

81. Udfordringerne i forhold til at gennemføre kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne varierer fra kræftform til kræftform. Region Midtjylland har fx oplyst, at det ifølge Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelse for kræft i urinvejene kun er 75 % af alle blærekræftpatienter, der kan forventes at blive udredt og behandlet inden for standardforløbstiderne. Der er desuden stor variation i antallet af forløb inden for de forskellige kræftformer. Region Hovedstaden har oplyst, at små variationer i antallet af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne kan medvirke til store udsving i gennemførelsesandelene for kræftpakker med relativt få forløb.

82. Undersøgelsen viser desuden, at der for de enkelte kræftpakker er væsentlige regionale variationer i forhold til andelen af kræftpakkeforløb, som er gennemført inden for standardforløbstiderne. Variationerne i de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft) fremgår af bilag 3.

Resultater

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke har fundet det hensigtsmæssigt at fastsætte en national tærskelværdi for, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne. Regionerne har i 2014 opstillet mål om at bringe andelen af registrerede forløb inden for standardforløbstiderne op på 90 %, men det er ikke besluttet, hvornår målet skal realiseres.

Undersøgelsen viser desuden, at der på landsplan har været en stigning i andelen af kræftpakkeforløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne (fra 71 % i 2013 til 79 % i 2016), hvorefter andelen faldt til 77 % i 2017. Region Syddanmark har i hele perioden 2013-2017 haft den højeste andel forløb inden for standardforløbstiderne. Region Sjælland har haft den laveste andel i 2013, 2016 og 2017 og Region Nordjylland i 2014 og 2015.

Endelig viser undersøgelsen, at der er stor variation i forhold til, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne fordelt på de enkelte kræftpakker. For nogle kræftformer er andelen høj, mens den for andre er meget lav. Kun én kræftpakke (modermærkekræft) har i hele perioden 2013-2017 haft en andel af forløb, der er gennemført inden for standardforløbstiden, på over 90 %. Der er desuden væsentlige regionale forskelle inden for de forskellige kræftpakker. De regionale forskelle er dog blevet mindre over tid.

4.3. Årsager og initiativer

83. Vi har undersøgt, om regionerne afdækker årsagerne, når patienterne har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne. Derudover har vi undersøgt, om regionerne iværksætter korrigerende initiativer.

Redegørelser til Sundhedsstyrelsen

84. Vores gennemgang af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen viser, at nogle kræftformer hyppigt går igen i redegørelserne, mens andre sjældent eller aldrig indgår. I perioden 2013-2017 er brystkræft omtalt i 8 redegørelser og prostatakræft i 34 redegørelser. Styrelsen har ikke anmodet om redegørelser for bugspytkirtelkræft.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at der er forholdsvis få kræftpakkeforløb for bugspytkirtelkræft, og at Sundhedsstyrelsen kun medtager forløbstider for de regioner, som i det pågældende kvartal har mere end 10 forløb. Ministeriet har desuden oplyst, at det ikke er unaturligt, at der forholdsmæssigt anmodes om flere redegørelser for de store kræftformer.

Afdækning af årsager

85. Vi har undersøgt, om regionerne afdækker årsagerne, når patienter har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne i kræftpakkerne.

86. Undersøgelsen viser, at afdelingerne dagligt følger forløbstiderne for de kræftpatienter, som er i kræftpakkeforløb. Sygehusledelserne følger op på forløbstiderne ugentligt eller månedligt. Årsager til forløb, der er længere end standardforløbstiderne, og initiativer på afdelingsniveau drøftes på møder med sygehusledelsen, i tværfaglige grupper på og mellem sygehusene samt på møder mellem sygehusledelsen og regionen.

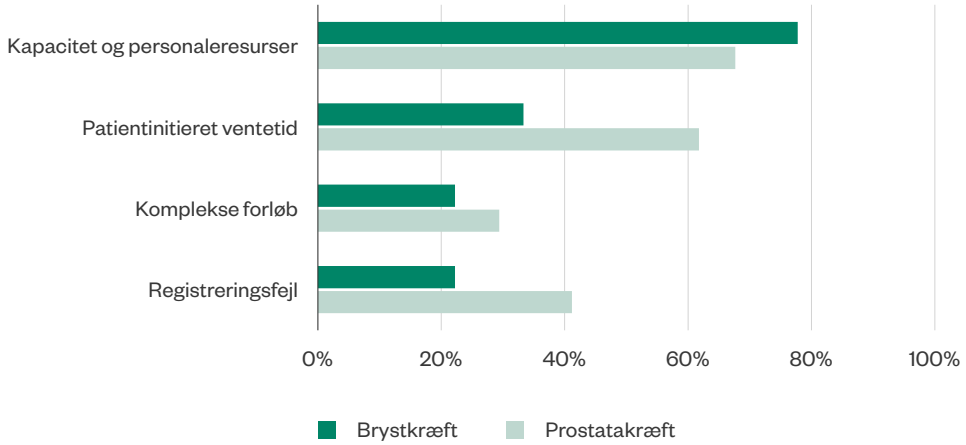
87. Vores gennemgang af regionernes redegørelser viser, at regionerne angiver mange forskellige årsagsforklaringer. De hyppigste årsagsforklaringer på tværs af regioner og kræftområder falder inden for følgende årsagskategorier:

- kapacitet og personaleresurser (herunder begrænsninger på operationsstuer, scannerne og andet udstyr, lægemangel, andre bemandingsproblemer mv.)
- patientinitieret ventetid (herunder at patienten ønsker betænkningstid, at afholde ferie, at vente på en bestemt læge e.l.)
- komplekse forløb (herunder lægefaglige vurderinger og anden komplicerende tilstand)
- registreringsfejl (herunder manglende eller fejlagtig registrering af registreringspunkterne, forkerte diagnose- eller behandlingskoder mv.).

Hyppigheden af årsager inden for de forskellige årsagskategorier varierer på tværs af kræftformer.

88. Figur 7 viser, hvor hyppigt regionernes årsagsforklaringer i henholdsvis de 9 redegørelser om brystkræft og de 34 redegørelser om prostatakræft efter Rigsrevisionens vurdering falder inden for de 4 hyppigste årsagskategorier.

Figur 7
Hyppighed af årsagskategorier i regionernes redegørelser om brystkræft og prostatakræft



Note: Procenterne angiver, hvor stor en andel af de 9 redegørelser om brystkræft og de 34 redegørelser om prostatakræft der efter Rigsrevisionens vurdering falder inden for de 4 kategorier. Mange af redegørelserne indeholder flere årsagsforklaringer, hvorfor de 4 forklaringer summerer til mere end 100 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af figur 7, at størstedelen af regionernes redegørelser om brystkræft indeholder årsagsforklaringer, der kan kategoriseres som kapacitet og personaleresurser, mens en mindre andel kan kategoriseres som patientinitieret ventetid, komplekse forløb og registreringsfejl. Regionernes årsagsforklaringer vedrørende prostatakræft falder hyppigst inden for kategorierne kapacitet og personaleresurser samt patientinitieret ventetid. Der er også en del årsagsforklaringer inden for henholdsvis registreringsfejl og komplekse forløb. Konkrete eksempler på beskrivelser af årsagsforklaringerne fremgår af bilag 4.

89. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at redegørelserne generelt giver et overblik over de største udfordringer for de udvalgte regioner, perioder og kræftformer.

Robotoperation
Prostata kan enten fjernes ved en almindelig åben operation eller ved en robotoperation, hvor indgrebet foretages gennem flere små huller og ved hjælp af kikkert. Det er lægerne, der vurderer, hvilke patienter der skal tilbydes en robotoperation.

Vores gennemgang af redegørelser og handleplaner samt interviews med udvalgte sygehuse viser, at mangel på mammakirurger og mammaradiologer er den mest dominerende årsagsforklaring i forhold til brystkræft på tværs af sygehuse og regioner. I forhold til prostatakræft er de mest dominerende årsagsforklaringer, at mange patienter vælger at vente længere tid på en robotoperation frem for en mere indgribende åben operation, og at regionerne mangler udstyr til robotoperationerne og speciallæger i urologi. For bugspytkirtelkræft er den gennemgående primære årsagsforklaring, at der er begrænset operationskapacitet, som på grund af populationens lille størrelse er meget følsom over for udsving i patienttilgang, personaleudskiftning mv. Dertil kommer, at det er vanskeligt at fordele patienterne optimalt mellem de 4 universitetshospitaler, som er højtspecialiserede inden for bugspytkirtelkræft. Det skyldes bl.a., at sygehusene har vanskeligt ved at få patienterne til at tage imod tilbud om at blive sendt til et andet sygehus, fordi de typisk er meget syge.

90. Det fremgår af redegørelserne, at flere årsager går igen over tid. Det kan efter Rigsrevisionens opfattelse skyldes, at årsagerne til dels kan henføres til forhold, som er vanskelige at løse. I forhold til brystkræft gælder det især mangel på mammakirurger og mammaradiologer. Tilsvarende er manglen på urologiske speciallæger en national udfordring i forhold til prostatakræft.

Region Nordjylland har oplyst, at det er en generel udfordring, at der er speciallægemangel, særligt i forhold til radiologer og patologer.

Regionernes initiativer

91. Vi har undersøgt, om regionerne iværksætter initiativer med henblik på at forbedre standardforløbstiderne, hvis behovet opstår.

92. Vores gennemgang af regionernes redegørelser viser, at der er stor variation i regionernes beskrivelser af de fremadrettede initiativer. Vi har dog identificeret, at de initiativer, som regionerne hyppigst beskriver, relaterer sig til 3 overordnede temaer:

- kapacitet og personaleresurser (herunder diverse initiativer til mere effektiv fordeling af patienter mellem afdelinger/sygehuse, indkøb af apparatur, optimering af brug af lokaler, rekruttering mv.)
- forbedret registreringspraksis
- organisatoriske tiltag (herunder ændringer af arbejdsgange, diverse undersøgelser, øget ledelsesmæssigt fokus, diverse koordineringsinitiativer mv.).

Hyppigheden af initiativerne inden for de overordnede temaer varierer fra kræftform til kræftform. I forhold til brystkræft er kapacitet og personaleresurser det hyppigst anvendte tema. Organisatoriske tiltag er det hyppigste tema inden for initiativerne i relation til prostatakræft. Dernæst kommer kapacitet og personaleresurser. Regionerne nævner også initiativer inden for bl.a. registreringspraksis og personaleresurser i relation til prostatakræft. Initiativerne omhandler ikke patientinitieret ventetid og komplekse forløb. Konkrete eksempler på beskrivelser af initiativer fremgår af bilag 4.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der i redegørelserne generelt er sammenhæng mellem de identificerede årsager og regionernes initiativer.

Regionerne og sygehusene har i redegørelser og handleplaner samt i interviews beskrevet en bred vifte af initiativer. Initiativerne har fokus på de forhold, som sygehusene og regionerne har størst mulighed for at påvirke. Initiativerne omfatter bl.a. tilførsel af midler til kapacitetsudvidelser og rekruttering af kirurger mv., udvidede åbningstider på operationsstuer, omlægning af arbejdsgange og effektivisering af processer. Regionerne har desuden oplyst, at der i relation til bugspytkirtelkræft er etableret et tværregionalt netværk, hvor der arbejdes med udfordringerne på tværs af regionerne. I relation til dette netværk er der fx etableret fælles multidisciplinære teamkonferencer og ensrettet informationsmateriale til patienterne.

Multidisciplinær teamkonference
Formålet med en multidisciplinær teamkonference er, at beslutninger i kræftpakkeforløbet bliver truffet på det bedst mulige grundlag med deltagelse af de nødvendige fagprofessionelle. Dermed kan alle relevante aspekter blive inddraget i beslutninger om fx udredning og tilbud om initial behandling eller skift af behandlingsstrategi.

Der kan både være tale om et fysisk møde, en telefon- eller videokonference eller et møde med uddelegerede beslutningskompetencer, der følger faste retningslinjer, som er aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger/fagprofessionelle.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne dels afdækker årsagerne, når patienter har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne, dels iværksætter korrigerende initiativer på regionsniveau, sygehusniveau og afdelingsniveau.

4.4. Individuelle opfølgningsplaner

93. Vi har undersøgt, om regionerne sikrer, at alle patienter får foretaget en behovsvurdering og udarbejdet personlige opfølgningsplaner, når det er relevant. Derudover har vi undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet følger de initiativer, som skal sikre personlige opfølgningsplaner for alle kræftpatienter.

94. I 2011 blev Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne enige om, at der skulle udarbejdes individuelle opfølgningsplaner for kræftpatienter. Baggrunden var, at kræftpatienter førhen blev omfattet af rutinemæssige kontroller, fx scanninger med faste intervaller efter endt behandling. Der er imidlertid ikke evidens for, at disse rutinemæssige kontroller forlænger overlevelsen. De nye opfølgningsplaner tager i stedet udgangspunkt i den enkelte patients behov og medfører, at patienten efter endt behandling skal have lagt en individuel opfølgningsplan, når det er relevant. Opfølgningsplanen kan godt indeholde en række fastlagte undersøgelser, fx blodprøver og scanninger, men kan også indeholde andre emner, fx mere støtte til egenomsorg. Der kan også være patienter, der vurderes ikke at have behov for fastlagte kontroller på sygehuset, men som fx vil få mulighed for hurtig adgang til sygehuset, hvis de får symptomer på tilbagefald.

På den baggrund udarbejdede Sundhedsstyrelsen 19 opfølgningsprogrammer, som er knyttet til forskellige kræftformer. De fleste opfølgningsprogrammer blev offentliggjort i 2015, mens enkelte først blev offentliggjort i 2016. Regionerne tilrettelagde en plan for en gradvis udrulning af opfølgningsprogrammerne, som skulle implementeres i 2015 og 2016.

95. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at implementeringen af opfølgningsprogrammerne følges i Task Force for Kræft. Implementeringen har været drøftet i Task Force for Kræft i juni 2016 og i juni 2017. Drøftelserne har taget udgangspunkt i en skriftlig statusredegørelse fra Danske Regioner. En statusredegørelse fra april 2018 om implementeringen af opfølgningsprogrammerne, som er udarbejdet af Danske Regioner til Task Force for Kræft, viser, at hovedparten af programmerne var implementeret, men at enkelte programmer kun var delvist implementeret i nogle regioner.

96. Vores interviews med udvalgte sygehusafdelinger viser, at det generelt er meget forskelligt fra afdeling til afdeling, hvor stor en ændring af praksis implementeringen af opfølgningsprogrammerne har medført. For nogle afdelinger er ændringerne begrænset i forhold til tidligere, da afdelingerne også før den formelle indførelse af opfølgningsprogrammer har udarbejdet opfølgningsplaner for den enkelte patient. Her har der primært været tale om at gennemgå eksisterende materiale og arbejdsgange for at sikre, at det er i overensstemmelse med kravene i opfølgningsprogrammerne. For andre afdelinger har implementeringen af opfølgningsprogrammerne medført en større ændring. Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik på Rigshospitalet har fx oprettet et sygeplejeambulatorium med åben telefon, som er ansvarlig for opfølgningsprogrammerne. Klinikken er i gang med at afdække, hvad de skal tilbyde af opfølgning i forhold til de kræftformer, hvor de skal udarbejde opfølgningsplaner.

97. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet i 2019 vil igangsætte en national monitorering, hvor regionerne kan registrere, når der er udarbejdet en personlig opfølgningsplan. På nuværende tidspunkt er det dog usikkert, hvornår monitoreringen træder i kraft, da der ifølge ministeriet er behov for yderligere præcisering af forholdene omkring registrering af opfølgningsplanerne.

98. Undersøgelsen viser, at der ikke findes brugbare opgørelser over, hvor mange behovsvurderinger regionerne har foretaget, fordi regionerne afventer en registreringsvejledning fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Resultater

Undersøgelsen viser, at det ikke er muligt at vurdere, om regionerne sikrer, at alle patienter får foretaget en behovsvurdering, og udarbejder personlige opfølgningsplaner til alle relevante kræftpatienter.

Undersøgelsen viser desuden, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i 2011 blev enige om, at der skulle udarbejdes individuelle opfølgningsplaner for kræftpatienter. Hovedparten af opfølgningsprogrammerne er implementeret i regionerne, men enkelte programmer udestår i nogle regioner. Den tilhørende monitorering er endnu ikke implementeret, og regionerne afventer en registreringsvejledning fra Sundhedsstyrelsen. Det er 8 år efter, at der blev truffet beslutning om at indføre personlige behovsvurderinger og opfølgningsplaner.

Endelig viser undersøgelsen, at Sundheds- og Ældreministeriet har fulgt regionernes implementering af opfølgningsprogrammerne i Task Force for Kræft.

Rigsrevisionen, den 12. december 2018

Lone Strøm

/Claus Vejlø Thomsen

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter en rettidig indsats for patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Understøtter regionerne, og følger Sundheds- og Ældreministeriet op på tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne, og at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgningsplan, når det er relevant?

I undersøgelsen indgår Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, og de 5 regioner, herunder 7 sygehuse i Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaten.

Undersøgelsen omhandler primært perioden 2013-2017. Dog har vi i forbindelse med vores behandling af tidlig opsporing også medtaget kræftplaner, der ligger forud for 2013.

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- lovgivning om maksimale ventetider, herunder bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme
- beskrivelser og vejledninger vedrørende kræftpakker og standardforløbstider
- redegørelser og notater udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen
- datasæt over forløbstider udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen
- Kræftplan II-IV og regionernes udmøntningsplaner af midlerne fra kræftplanerne
- regeringens "Jo før – jo bedre: Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle"
- regionernes redegørelser for og notater om almen praksis, maksimale ventetider og forløbstider
- korrespondance mellem Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne
- referater fra Task Force for Kræft og Kræftudvalget i perioden 2013-2018
- overenskomst om almen praksis fra 2014.

Møder

Vi har holdt møder med:

- Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen
- alle 5 regioner, herunder 2 sygehuse i Region Sjælland, i Region Syddanmark og i Region Midtjylland og ét sygehus i Region Hovedstaden.

Formålet med møderne med Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen har været at forstå lovgivningen og arbejdet med overvågningen af de maksimale ventetider, forløbstiderne og den tidlige opsporing i almen praksis.

Formålet med møderne med regionerne har været at få en forståelse af regionernes forvaltningsramme, og hvordan den omsættes i praksis på sygehusafdelingerne. Vi har på møderne talt med repræsentanter fra regionernes administration og ledelse samt sundhedsfagligt personale, der udreder og behandler brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft. Vi har udvalgt sygehusene på baggrund af forløbstidsdata fra Sundhedsdatastyrelsen, jf. tabel 1 nedenfor.

Tabel 1
Sygehusafdelinger, som Rigsrevisionen har holdt møder med om rettidighed i kræftindsatsen

	Sygehus	Afdeling
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	Urologisk Klinik Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik
Region Sjælland	Sjællands Universitetshospital	Plastik- og Brystkirurgisk Afdeling Kirurgisk Afdeling Urologisk Afdeling Administrativ Stab
	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	Radiologisk Afdeling Mave-tarm og karkirurgisk Afdeling Administrativ Stab
Region Syddanmark	Odense Universitetshospital	Direktionen Kirurgisk Afdeling Plastikkirurgisk Afdeling Urinvejskirurgisk Afdeling Onkologisk Afdeling
	Sygehus Lillebælt	Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling Urinvejskirurgi Onkologisk Afdeling Røntgenafdelingen
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	Røntgen og skanning Kræftafdelingen Urinvejskirurgi Plastik- og brystkirurgi Sundheds-It Økonomi & planlægning Hospitalsledelsen
	Hospitalsenhed Midt	Røntgen og skanning Mave-, Tarm- og Brystkirurgi Urinvejskirurgi Kvalitet Sundheds-It Hospitalsledelsen

Stikprøvegennemgang af de maksimale ventetider

Formålet med stikprøven har været at belyse overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider for kræftpatienter. Det har vi gjort ved at undersøge, om det er dokumenteret i patientjournalen, at patienten er blevet informeret om sine rettigheder ved en eventuel forsinkelse, der går ud over de maksimale ventetider. Vi har desuden undersøgt, om det er dokumenteret, om forsinkelsen er initieret af patienten selv eller skyldes patientens helbredstilstand.

Vi har indsamlet en stikprøve på 356 patientforløb. Det er ikke muligt på baggrund af Landspatientregisteret at indhente oplysninger om, hvorvidt de maksimale ventetider overholdes. Derfor har vi brugt data for overholdelse af standardforløbstiderne i kræftpakkerne til at udtage stikprøven. Vi har for hver region modtaget en liste over alle forløb fra 2017, hvor "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, dvs. forløb, hvor der er gået mere end 14 dage, fra patienten har afsluttet sin udredning, til behandlingen er påbegyndt. Det var i alt 4.819 forløb på landsplan, som fordelte sig på 1.768 forløb i region Hovedstaden, 1.005 i Region Syddanmark, 832 i Region Sjælland, 591 i Region Midtjylland og 623 i Region Nordjylland.

Stikprøven er udtaget på denne måde, fordi længden på "forberedelse til behandling" indikerer, at den maksimale ventetid, der vedrører tid til behandling, potentielt ikke er overholdt. At "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, er dog ikke nødvendigvis udtryk for, at de maksimale ventetider for behandling ikke er overholdt. Det skyldes, at der er forskellige målepunkter i henholdsvis kræftpakkerne og bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Antallet af patientforløb, vi har gennemgået pr. region, afhænger af regionens samlede andel af kræftpakkeforløb på landsplan i 2017, hvor "forberedelse til behandling" var længere end 14 dage.

Vi har udtrukket en stikprøve fra den samlede population simpelt tilfældigt. Derfor er stikprøven repræsentativ på landsplan, men ikke for de enkelte regioner. Den statistiske usikkerhed er større, hvis patientforløb opgøres på regionalt niveau. Den simpelt tilfældige udvælgelse har resulteret i mindre skævheder i andelen af forløb i de enkelte regioner, idet fordelingen i stikprøven ikke svarer fuldstændigt til fordelingen i populationen (de 4.819 forløb på landsplan).

Med den anvendte udvælgelses- og beregningsmetode kan vi slutte, at andelen af patientforløb i stikprøven, som ikke overholder reglerne om maksimale ventetider, med 95 % sikkerhed ikke afviger med mere end 5 % fra andelen i den samlede population af patientforløb. Tabel 2 nedenfor viser stikprøvens fordeling mellem regionerne.

Tabel 2

Fordeling af patientforløb i Rigsrevisionens stikprøve

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Landsplan
128 forløb	77 forløb	66 forløb	38 forløb	47 forløb	356 forløb

Kriterier for vurdering af patientforløbene
Vi har fået tilsendt dokumentation for patientforløbene i stikprøven fra regionerne. Regionerne har for hvert udtrukket forløb skullet anføre datoen for følgende milepæle, der alle fremgår af bekendtgørelsen om maksimale ventetider:

- henvisning modtaget fra praktiserende læge
- sygehusets meddelelse om, hvorvidt behandling kan tilbydes inden for de maksimale ventetider
- tilbud om at påbegynde udredning
- henvisning til behandling
- patientsamtykke til behandling
- tilbud om at påbegynde behandling
- patientsamtykke til eventuel efterbehandling
- tilbud om at påbegynde eventuel efterbehandling.

Vi har dermed indhentet dokumentation for alle de centrale datoer for maksimale ventetider for henholdsvis udredning, behandling og efterbehandling. Stikprøven dækker således alle ventetidsfrister i bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Vi har for hvert patientforløb bedt regionerne vurdere, om reglerne om maksimale ventetider er overholdt eller ej. Hvis reglerne er overholdt, har regionen skullet angive årsagen til dette. Årsagerne kunne angives som "Selvinitieret af patienten", "Hensyn til patientens helbredstilstand" eller "Andet". Derudover er regionen blevet bedt om at vedlægge dokumentation for årsagerne til, at forløb ikke overholder reglerne.

Vi har på den baggrund gennemgået stikprøven med henblik på at undersøge, om der i de enkelte forløb:

- er tider til udredning, behandling og/eller efterbehandling, der overskrider 14 dage, og hvor bekendtgørelsen om maksimale ventetider *potentielt* ikke er overholdt
- om det øgede tidsforbrug i de tilfælde er dokumenteret som enten:
  - patientinitieret
  - under hensynstagen til patientens helbredstilstand
  - at patienten ved tilbud/fastsættelsen af en dato for henholdsvis udredning, behandling og efterbehandling, der ligger ud over de 14 dage, er informeret om og har accepteret, at de maksimale ventetider er overskredet.

Foreligger der ikke dokumentation for dette, regnes bekendtgørelsen om maksimale ventetider for ikke at være overholdt.

Omregning af stikprøvens resultater til den samlede population

For at estimere det samlede antal patientforløb på landsplan i 2017, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, har vi taget udgangspunkt i andelen af forløb med manglende overholdelse i hver region. Vi har vægtet andelen af forløb i stikprøven, hvor reglerne ikke er overholdt, med de regionale andele af forløb i stikprøven. Dermed har vi taget højde for de små variationer, der er mellem den regionale sammensætning i henholdsvis stikprøven og populationen. Resultaterne af den vægtede estimering fremgår af tabel 3 nedenfor.

Tabel 3

Vægtet opregning af stikprøvens resultater til den samlede population

	Antal forløb i populationen	Andelen af forløb i stikprøven, hvor reglerne ikke er overholdt	Vægtet antal forløb i populationen, hvor reglerne ikke er overholdt
Region Hovedstaden	1.768	21,88 %	387
Region Sjælland	832	30,30 %	252
Region Syddanmark	1.005	1,30 %	13
Region Midtjylland	591	5,26 %	31
Region Nordjylland	623	25,53 %	159
Landsplan	**4.819**	**-**	**842**

Vores beregning indikerer, at der er 842 patientforløb på landsplan i 2017, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Hvis vi havde foretaget en simpel beregning uden vægtning, ville det til sammenligning indikere, at der ville være 852 forløb på landsplan i 2017, hvor reglerne ikke er overholdt (17,7 % af 4.819). Vægtningen har således begrænset betydning for vores resultat.

Vi har valgt at anvende den vægtede opregning, fordi resultatet af stikprøvegennemgangen indikerer, at der er regionale forskelle i andelene af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt.

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. Nationale kræftplaner

Kræftplan I (2000) havde fokus på at løfte alle dele af sundhedsvæsenets indsats over for kræftsygdomme. Kræftplanen fokuserede på strålebehandling, øget kapacitet til scanning og uddannelse af personale.

Kræftplan II (2005) havde fokus på at forebygge rygning og på bedre organisering af patientforløbet. I forlængelse af kræftplanen blev kræftpakkerne indført i 2007. Regionerne fik i perioden 2007-2010 tilført ca. 6,8 mia. kr. til kræftområdet.

Kræftplan III (2010) havde fokus på tidlig opsporing, hurtig udredning, forebyggelse, rehabilitering og palliation af kræftpatienter. Kræftplanen medførte et løft til kræftområdet på 810 mio. kr. over en 4-årig periode (2011-2014).

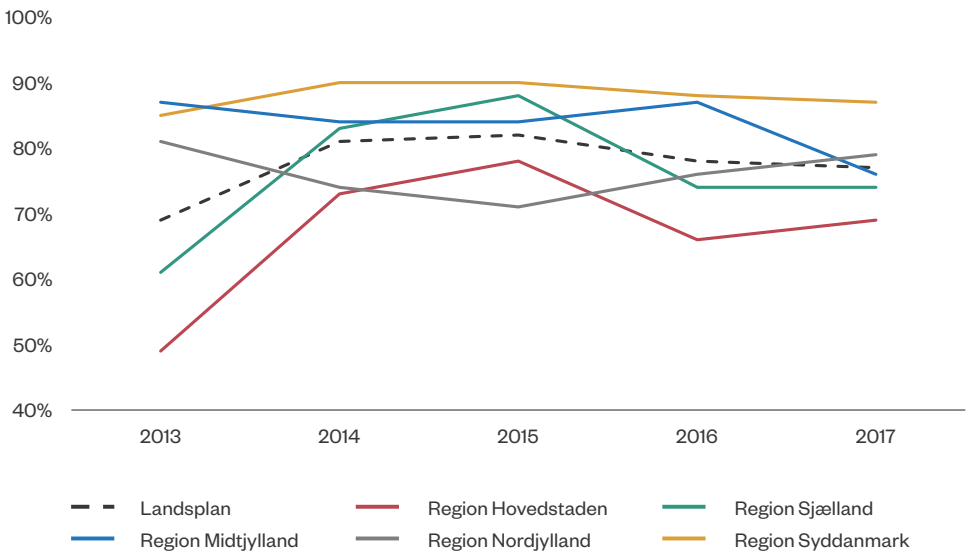
Kræftplan IV (2016) havde fokus på at styrke forebyggelsesindsatsen, at forbedre udredning og behandling, så flere overlever kræft, at alle patienter skulle opleve, at deres forløb var veltilrettelagt, og at de blev inddraget undervejs. Kræftplanen havde således bl.a. fokus på sammenhæng for patienten i hele forløbet. Derudover var der fokus på rehabilitering og opfølgning for dem, der havde fået kræft. Der blev med kræftplanen tilført ca. 1,5 mia. kr. i perioden 2017-2020, bl.a. til et løft i kapaciteten.

Palliation
Palliation betyder lindring og anvendes i dag om den professionelle indsats med henblik på at forebygge lidelse og lindre mennesker med en livstruende sygdom. Gennem palliation kan man fremme livskvaliteten hos den syge, de pårørende og senere de efterladte.

Bilag 3. Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for 3 udvalgte kræftformer i perioden 2013-2017

Figur 1-3 nedenfor viser de regionale variationer på de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft).

Figur 1
Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for brystkræft i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

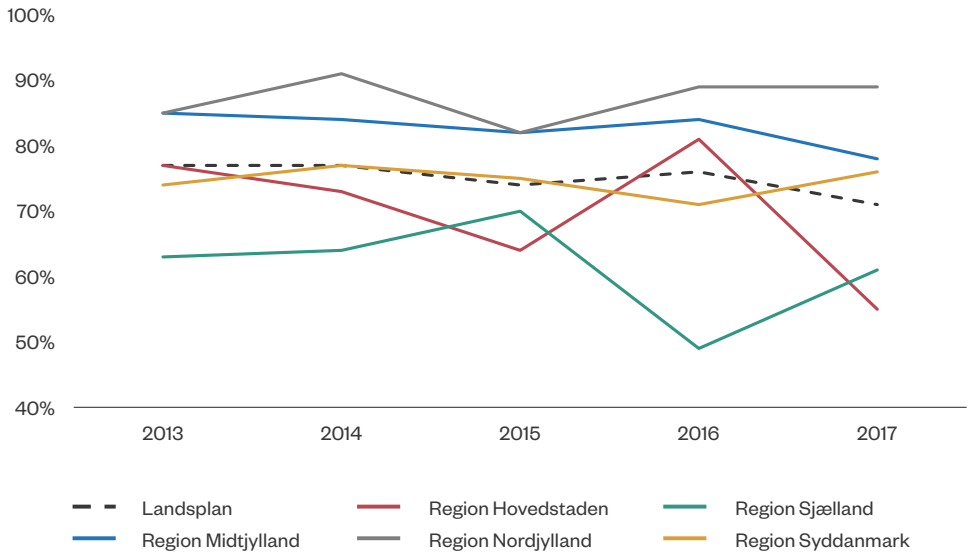
Det fremgår af figur 1, at andelen af brystkræftforløbene, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne, på landsplan steg fra 2013 til 2015. Fra 2015 til 2017 faldt andelen af brystkræftpatienter, der blev opereret inden for standardforløbstiderne fra 82 % til 77 %. Særligt Region Syddanmark skiller sig ud ved gennem hele perioden at have gennemført en betydeligt større andel brystkræftforløb inden for standardforløbstiderne. Der har dog også i Region Syddanmark været en svagt faldende tendens siden 2015.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om kræftområdet
Bilag 1 - Side -60 af 66

Det fremgår også af figuren, at der har været forskellige tendenser og udsving på regionsniveau. I 2013 var der en forskel på 38 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 87 % i Region Midtjylland til den laveste gennemførelsesandel på 49 % i Region Hovedstaden. I 2017 var der en forskel på 18 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 87 % i Region Syddanmark til den laveste gennemførelsesandel på 69 % i Region Hovedstaden. Dermed er de regionale forskelle blevet betydeligt mindre over tid.

Figur 2

Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for bugspytkirtelkræft i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

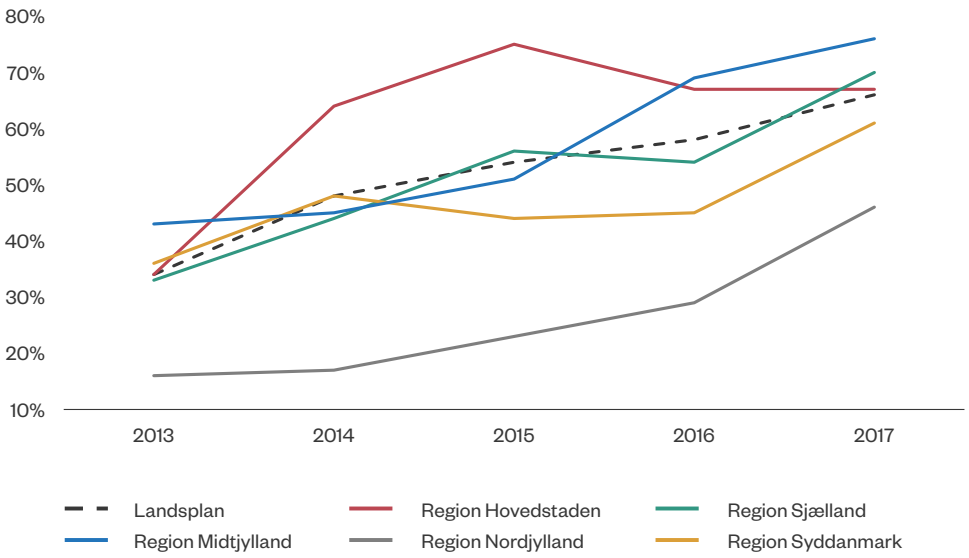
Det fremgår af figur 2, at den samlede andel af forløb for patienter med bugspytkirtelkræft, der afsluttes inden for standardforløbstiderne, er relativt stabil på landsplan fra 2013 til 2016. Dog faldt andelen fra 76 % i 2016 til 71 % i 2017.

Møde i Sundhedsudvalget d. 25-02-2019

Region Nordjylland lå i hele perioden med den højeste andel af kræftpakkeforløb, som var gennemført inden for standardforløbstiderne, og i 2017 var denne andel 89 %. Region Hovedstaden og Region Sjælland havde forholdsvis store udsving i gennemførelsesandele specielt i perioden 2015-2017. I 2013 var der en forskel på 21 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 85 % i Region Nordjylland til den laveste gennemførelsesandel på 64 % i Region Sjælland. I 2017 var der en forskel på 34 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 89 % i Region Nordjylland til den laveste gennemførelsesandel på 55 % i Region Hovedstaden. Dermed er de regionale forskelle blevet større gennem perioden.

Figur 3

Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for prostatakræft i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 3, at andelen af forløb for patienter med prostatakræft, der gennemføres inden for standardforløbstiderne, er steget på landsplan fra 34 % i 2013 til 66 % i 2017. Region Hovedstaden lå i perioden 2014-2015 med den højeste andel af forløb, som var gennemført inden for standardforløbstiderne, indtil andelen faldt fra 75 % i 2015 til 69 % i 2016. I 2013 og i perioden 2016-2017 lå Region Midtjylland med den højeste andel. Region Nordjylland lå i hele perioden lavest.

Punkt nr. 2 - Beslutning: Udtalelse til Sundheds- og Ældreministeriet om Rigsrevisionens beretning om kræftområdet
Bilag 1 - Side -62 af 66

I 2013 var der en forskel på 28 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 45 % i Region Midtjylland til den laveste gennemførelsesandel på 17 % i Region Nordjylland. I 2017 var der en forskel på 30 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 76 % i Region Midtjylland til den laveste gennemførelsesandel på 46 % i Region Nordjylland. Dermed har de regionale forskelle ikke ændret sig betydeligt fra 2013 til 2017. I 2015 var der dog en forskel på 52 procentpoint mellem den højeste og den laveste gennemførelsesandel i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Nordjylland.

Set i forhold til andre kræftformer har målopfyldelsen for prostatakræftforløb været relativt lav.

Møde i Sundhedsudvalget d. 25-02-2019

Bilag 4. Årsagsbeskrivelser og initiativer i regionernes redegørelser

I boks 1 og boks 2 fremgår konkrete eksempler på årsagsbeskrivelser og fremadrettede initiativer i regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen, der indsendes som opfølgning på monitoreringen af standardforløbstiderne.

Boks 1

Eksempler på årsagsbeskrivelser i regionernes redegørelser

Kapacitet og personaleresurser

- Der er aktuelt et generelt behov for større operationsmæssig kapacitet inden for urologi, men især til robotassisterende indgreb.
  (Prostatakræft, Region Hovedstaden, 3. kvartal 2016)
- Udfordringer med at rekruttere patologer og mangel på mammaradiologer.
  (Brystkræft, Region Midtjylland, 2. kvartal 2017)

Patientinitieret ventetid

- Mange patienter vælger at vente på at kunne få tilbudt en robotoperation – selv om patienten kan tilbydes åben operation inden for tidsfristen.
  (Prostatakræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2013)
- For nogle af patientforløbene og deraf manglende målopfyldelse skyldes det primært, at patienterne ønskede en bestemt operatør eller udbad sig betænkningstid inden det kirurgiske indgreb.
  (Prostatakræft, Region Hovedstaden 3. kvartal 2016)

Komplekse forløb

- Udsættelse som følge af lægefaglig vurdering.
  (Prostatakræft, Region Sjælland, 2. kvartal 2013)
- Komorbiditet og særligt komplicerede forløb.
  (Brystkræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2013)

Registreringsfejl

- Kompleksiteten i kræftpakkeforløbene på det urologiske område afspejler sig også i registreringen, idet der således fortsat er en opgave med at få indarbejdet korrekt og komplet registrering.
  (Region Syddanmark, årsrapport 2013)
- Gennemgang af de relevante patientsager fra Rigshospitalet i 2. kvartal 2014 viste, at årsagen til, at forløbstiden for nogle kræftpakker ikke er efterlevet, var fejlkodninger.
  (Prostatakræft, Region Hovedstaden, 2. kvartal 2014)

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2017.

Boks 2

Eksempler på beskrivelser af initiativer i regionernes redegørelser

Kapacitet og personaleresurser

- Øget åbningstid på operationslejer.
  (Brystkræft, Region Sjælland, 2. kvartal 2013)
- Der er tilført midler til rekruttering af urologiske speciallæger, men rekruttering har vist sig at være en udfordring, der kan forsinke tidspunktet for, hvornår der opnås målopfyldelse.
  (Prostatakræft, Region Midtjylland, 4. kvartal 2015)
- I starten af 2017 er der opsat en ny robot på Odense Universitetshospital til nedbringelse af ventetiden til operationer inden for bl.a. prostatakræft. Der er indkøbt nyt udstyr til MR-vejledt biopsi, som betyder, at kirurgerne selv vil kunne foretage undersøgelsen, uden at der skal være en radiolog til stede.
  (Prostatakræft, Region Syddanmark, 4. kvartal 2016)
- Rekruttering af kirurger fra beslægtede kirurgiske specialer til uddannelse i mammakirurgi.
  (Brystkræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2017)

Forbedret registreringspraksis

- Intensiv indsats for at sikre korrekt registrering.
  (Prostatakræft, Region Sjælland, 2. kvartal 2013)
- Der er i Hospitalenheden Vest gennemført audit vedrørende pakkeforløbene for 1. kvartal med henblik på at forbedre registreringspraksis.
  (Prostatakræft, Region Midtjylland, 1. kvartal 2015)

Organisatoriske tiltag

- Omlægning af booking til første besøg og bedre flow ved at foretage undersøgelser og biopsier samme dag.
  (Brystkræft, Region Hovedstaden, 2. kvartal 2013)
- Oprettelse af en booking- og registreringsenhed på urologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital, hvor forløbskoordinatorer indgår.
  (Prostatakræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2017)

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2017.

Bilag 5. Ordliste

Akkreditering af almen praksis	Det er fastsat i de alment praktiserende lægers overenskomst, at de skal akkrediteres efter særlige akkrediteringsstandarder udviklet til almen lægepraksis. Akkrediteringen gælder for en 3-årig periode, og alle almene praksis skal være akkrediteret første gang inden udgangen af 2018.
Audit	En metode til kvalitetsvurdering. I sundhedsvæsenet anvendes metoden til at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser på grundlag af en bagudrettet gennemgang 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.
Cancerregisteret	Register med informationer om kræfttilfælde og andre anmeldelsespligtige sygdomme i Danmark, som bl.a. rummer oplysninger om diagnosetidspunktet for sygdommen, den anatomiske lokalisation, kræftform og udbredelse af sygdommen inden for de første 4 måneder efter diagnosetidspunktet.
Den nationale 1. kvartil	Afgrænser den fjerdedel af kræftpakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, som er gennemført inden for standardforløbstiderne. Kvartilerne er beregnet på basis af alle gennemførte patientforløb, hvor der er anbefalet en standardforløbstid for behandlingsformen.
Diagnostisk pakke	Kræftpakke målrettet patienter med uspecifikke symptomer. Patienterne kan henvises til diagnostisk pakke, hvis lægen efter indledende diagnostiske undersøgelser stadig har mistanke om, at patienten er alvorligt syg.
Diagnostiske undersøgelser	Undersøgelser på sygehuset, fx i form af røntgenundersøgelser, CT-scanninger eller ultralydsundersøgelser, som gennemføres, hvis en patient har uspecifikke symptomer, fx træthed, vægttab, smerter eller blodmangel, og lægen har mistanke om alvorlig sygdom.
Initial behandling	Den først forekommende behandling, som patienten får i kræftforløbet. Det kan enten være kirurgisk behandling, medicinsk behandling eller strålebehandling.
Kliniske retningslinjer	Evidensbaserede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedspersonale. Formålet er at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet.
Kræftpakkeforløb	En plan for undersøgelser og eventuel behandling, der skal forkorte unødig ventetid. De enkelte trin i udredningen og den eventuelle behandling er tilrettelagt på forhånd, både hvad angår tid og indhold. Kræftpakkeforløbene er forskellige, alt efter hvilken kræftsygdom der er mistanke om. Retningslinjerne og tidsfristerne i kræftpakkeforløbene gælder i hele landet.
Landspatientregisteret	Register, som indeholder oplysninger om danskernes kontakter med sundhedsvæsenet, og som er sundhedsvæsenets mest centrale register. Oplysningerne kan fx være, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt og en beskrivelse af patientens diagnoser og undersøgelser.
Metastaser	Opstår, når kræftceller fra en kræftknude bliver ført rundt til andre steder i kroppen med blodet eller lymfen. Kræftcellerne kan derved sprede sig ved at danne nye kræftknuder (metastaser) andre steder i kroppen.
Organspecifikt kræftpakkeforløb	Kræftpakkeforløb, der retter sig mod organspecifikke kræftformer, fx brystkræft og bugspytkirtelkræft. Hovedparten af kræftpakkeforløbene er organspecifikke.

Palliation	Betyder lindring og anvendes i dag om den professionelle indsats med henblik på at forebygge lidelse og lindre mennesker med en livstruende sygdom. Gennem palliation kan man fremme livskvaliteten hos den syge, de pårørende og senere de efterladte.
Screeningsprogram	I et screeningsprogram undersøger man befolkningen – eller grupper af befolkningen – for en bestemt sygdom. I Danmark er der screeningsprogrammer for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft.
Specialeplan	En plan udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, der beskriver, hvilke sygehuse der må varetage de specifikke specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen opstiller desuden en række principper, krav og anbefalinger for hver af de 36 lægelige specialer.
Udredning	Et undersøgelsesforløb, der har til formål at stille en diagnose, beskrive sygdommens omfang og på den baggrund tilbyde en specifik behandling.

Center for Sundhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 38665271
Mail csu@regionh.dk
Web www.regionh.dk

NOTAT

Til: Sundheds- og Ældreministeriet

Journal nr.: 17038756

Dato: 18. januar 2019

Udtalelse fra regionsrådet i forbindelse med ministeriets redegørelse til Statsrevisorerne vedr. beretning nr. 7/2018 om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

Det er Region Hovedstadens vurdering, at Rigsrevisionen har foretaget en omfangsrig analyse af rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter, og at dette giver et godt grundlag for planlægningen af regionernes fremadrettede indsatser for kræftpatienter herunder at sikre mere ensretning mellem regionerne.

Statsrevisorerne såvel som Rigsrevisionen konstaterer, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet løbende overvåger og arbejder for at flest mulige patienter bliver udredt og behandlet inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad har sikret tidlig opsporing af kræft, og at der er et betydeligt antal patienter, som i strid med lovgivningen ikke får tilbudt udredning og behandling af kræft i overensstemmelse med de maksimale ventetider. Rigsrevisionen anbefaler, at ministeriet i dialog med regionerne overvejer, hvordan fokus på tidlig opsporing og de maksimale ventetider yderligere kan styrkes, så der skabes en bedre balance mellem de forskellige dele af patientforløbet uden, at sygehusene pålægges yderligere administration. Region Hovedstaden bakker op omkring en fælles dialog med ministeriet herom. Kræftområdet er højt prioriteret i regionen, og der pågår et målrettet arbejde i regionen med at sikre en bedre understøttelse af tidlig opsporing af kræft i almen praksis samt på overholdelse af de maksimale ventetider.

Tidlig opsporing af kræft i almen praksis

Rigsrevisionen og Statsrevisorerne bemærker, at regionerne ikke har tilstrækkeligt fokus på tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis, og at hverken regionerne eller Sundheds- og Ældreministeriet har viden om, hvorvidt kræftplaner og sundhedsstrategien 'Jo før – jo bedre' har virket efter hensigten.

Region Hovedstaden er ikke enig i, at regionen ikke har tilstrækkeligt fokus på tidlig opsporing, da regionen blandt andet med midlerne fra sundhedsstrategien har igangsat flere indsatser for at sikre tilgængelighed for patienter til almen praksis og efteruddannelse hos almen praksis om tidlig opsporing. Eksempelvis har regionen løbende afholdt workshops i kræftdiagnostik, som er finansieret med midler fra sundhedsstrategien, hvor Region Hovedstadens deltagelses-procent er blandt de højeste sammenlignet med de øvrige regioner. Derudover ønsker regionen at fremhæve, at almen praksis i Region Hovedstaden kan få rådgivning om kræft igennem den telefoniske rådgivningsfunktion, som er blevet oprettet i regionen.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke kan opnå viden om patientforløb og dermed forbedringsmuligheder i forhold til tidlig opsporing blandt andet på baggrund, at der ikke er et etableret en fælles dokumentationspraksis i almen praksis. Region Hovedstaden vil hertil gerne påpege, at der på nuværende tidspunkt ikke er en registreringsmodel, som kan anvendes til at monitorere, hvor lang tid der går fra, at der opstår en mistanke om kræft til, at diagnosen bliver stillet eller afkræftet.

Desuden viser Rigsrevisionens undersøgelse, at almen praksis i alle regioner har fået direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på hospitalerne eksempelvis til CT-scanninger. Region Hovedstaden er i øjeblikket i gang med at afdække, hvordan regionen bedre kan understøtte almen praksis adgang til diagnostiske undersøgelser. Derudover er der sket en generel stigning i brugen af den diagnostiske pakke, men undersøgelsen viser, at der er store regionale forskelle med hensyn til brugen af den diagnostiske pakke. Region Hovedstaden er en af de regioner med flest gennemførte diagnostiske pakkeforløb, og regionen har således fokus på at sikre en hurtig udredning og behandling af kræftpatienter med uspecifikke symptomer ved brug af de diagnostiske pakkeforløb.

Maksimale ventetider

Rigsrevisionen og Statsrevisorerne påpeger, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt, og at Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af overholdelsen af de maksimale ventetider er baseret på oplysninger fra regionerne, som er mangelfulde. Undersøgelsen indikerer, at der er en del flere patienter end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen, der har ventet længere end de maksimale ventetider.

Region Hovedstaden har de seneste år haft stor opmærksomhed overholdelse af de maksimale ventetider. Regionen finder det ikke tilfredsstillende, at der i forbindelse med Rigsrevisionens undersøgelsen er fundet 28 overskridelser af de maksimale ventetider, som ikke tidligere er indberettet til Sundhedsstyrelsen. For at imødekomme Statsrevisorernes og Rigsrevisionens kritik har koncernledelsen i efteråret 2018 drøftet, hvordan overskridelser kan undgås, og

hvad der skal til for at sikre, at alle overskridelser opfanges. Derudover har Region Hovedstaden med Sundhedsplatformen fået et Early Warning System, som har gjort det mere overskueligt at opdage, hvornår et forløb er ved at overskride de maksimale ventetider og giver bedre muligheder for at sikre, at patienterne bliver informeret korrekt om deres rettigheder.

Region Hovedstaden anerkender, at der er plads til forbedring blandt andet i forhold til at sikre korrekt dokumentation, da upræcis dokumentation i patientjournalerne var årsagen til halvdelen af regionens overskridelser af de maksimale ventetider. For at sætte en målrettet indsats ind på fremadrettet at sikre, at hospitalerne dokumenterer korrekt, har regionen nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde en detaljeret vejledning for, hvordan de maksimale ventetider skal registreres og dokumenteres.

Forløbstider og opfølgningsplaner

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i overvejende grad sikrer, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standard-forløbstiderne i kræftpakkerne, men Statsrevisorerne bemærker, at der er forskelle i regionernes overholdelse af forløbstiderne. Region Hovedstaden vil hertil påpege, at det er vigtigt også at tage i betragtning, at udviklingen i andelen af forløb, der er gennemført inden for forløbstiderne, er steget, og at de regionale forskelle i målopfyldelsen er blevet mindre over tid.

Statsrevisorerne og Rigsrevisionen bemærker desuden, at regionerne siden 2014 har haft et mål om, at 90 % af kræftforløbene skal gennemføres inden for standardforløbstiderne, men at det er ikke besluttet, hvornår målet skal nås. Region Hovedstaden vil gerne fremhæve, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke vurderer, at forløbstiderne kan overholdes for alle patienter i alle kræftpakkeforløb, og at det derfor ikke er hensigtsmæssigt at fastsætte en national målsætning for overholdelsen af forløbstiderne. Region Hovedstaden er enig i denne vurdering fra ministeriet, da der kan være forhold som eksempelvis patienternes ønske eller anden komplicerende sygdom, der kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden. Region Hovedstaden bestræber sig altid på, at flest mulige patienter bliver behandlet inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne.

Rigsrevisionen vurderer, at der er systematiske variationer i regionernes registreringspraksis, som kan betyde, at den nationale monitorering ikke i alle tilfælde giver et retvisende billede af, hvor mange at patienterne, der har ventet længere på behandling end de anbefalede forløbstider. Region Hovedstaden mener derfor, at der er behov for en afdækning af, om der er systematiske afvigelser i registreringspraksis i forhold til målepunkterne i kræftpakkerne både inden for og imellem regionerne således, at den nationale monitorering af forløbstiderne bliver mere retvisende og sammenlignelig mellem regionerne.

I forhold til opfølgningsplaner, viser undersøgelsen, at hovedparten af opfølgningsprogrammerne er implementeret i regionerne, men at det ikke er

muligt at undersøge, om alle patienter får udarbejdet en individuel opfølgningsplan. Dette skyldes, at den nationale monitorering af opfølgnings-planerne endnu ikke er implementeret. Region Hovedstaden afventer således Sundhedsstyrelsens nationale monitoreringsmodel.

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 38665271
Mail csu@regionh.dk
Web www.regionh.dk

NOTAT

Til: Regionsrådet

Journal-nr.: 17038756
Ref.: nthu/chal

Dato: 19. december 2018

Orientering vedr. Rigsrevisionens undersøgelse af kræftområdet

Rigsrevisionen har i 2018 undersøgt rettidigheden i regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsatser over for kræftpatienter herunder regionernes overholdelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider og forløbstiderne i kræftpakkerne. Undersøgelsen omhandler primært perioden fra 2013 til 2017. Beretningen offentliggøres den 19. december 2018, og er fortrolig indtil offentliggørelsen.

Overordnet konkluderer Rigsrevisionen, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad har sikret og understøttet, at patienter med mistanke eller påvist kræft får en rettidig indsats. Desuden fremhæver Rigsrevisionen, at der er regionale forskelle i forhold til tidlig opsporing, udredning og behandling, som betyder, at patienterne ikke stilles ens på tværs af regionerne.

Nedenfor præsenteres Rigsrevisionens konklusioner i beretningen om rettidigheden i regionernes indsatser over for kræftpatienter fordelt på de tre hovedområder tidlig opsporing, maksimale ventetider og forløbstider i kræftpakker herunder opfølgning efter endt kræftbehandling.

Tidlig opsporing af kræft i almen praksis
Rigsrevisionen vurderer i deres undersøgelse, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad understøtter tidlig opsporing af kræft i almen praksis. De praktiserende lægers arbejde med tidlig opsporing er vigtigt for patienternes chancer for at overleve deres kræftdiagnose. Alle regioner har igangsat indsatser, men det fremhæves i undersøgelsen, at der på tværs af regionerne er forskel på omfanget af regionernes indsatser i forhold til opfølgning på tilgængeligheden for patienter til almen praksis og efteruddannelse i kræftsymptomer mv.

Regionerne har i mindre omfang har fulgt op på de krav, der stilles i de praktiserende lægers overenskomst om let tilgængelighed for patienterne i form af telefonisk tilgængelighed og ledige tider til konsultation. Derudover har regionerne ikke etableret en fælles dokumentationspraksis i almen praksis, og på den baggrund vurderer Rigsrevisionen, at regionerne ikke kan opnå viden om patientforløb og dermed forbedringsmuligheder i forhold til tidlig opsporing.

Regionerne har i forskellig grad sikret adgang til efteruddannelse og rådgivning i tidlig opsporing af kræft for almen praktiserende læger. Region Hovedstaden har løbende afholdt kurser i kræftdiagnostik, og regionens deltagelsesprocent er blandt de højeste sammenlignet med de øvrige regioner. Almen praksis kan i alle regionerne få rådgivning om kræft, og Rigsrevisionen fremhæver, at Region Hovedstaden har oprettet en telefonisk rådgivningsfunktion for almen praksis.

Undersøgelsen viser desuden, at almen praksis i alle regioner har fået direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på hospitalerne, fx til CT-scanninger. Derudover er der sket en generel stigning i brugen af den diagnostiske pakke, der har til formål at sikre en hurtigere udredning og behandling af kræftpatienter med uspecifikke symptomer. Der er store regionale forskellige i forhold til brugen af den diagnostiske pakke, hvor Region Hovedstaden er en af de regioner med flest gennemførte diagnostiske pakkeforløb.

Maksimale ventetider
Alle patienter har ved mistanke eller påvist kræft ret til at blive udredt og behandlet inden for de ventetider, der er fastsat i bekendtgørelsen om de maksimale ventetider. Hvis regionerne ikke kan overholde reglerne for ventetiden, skal overskridelserne indberettes til Sundhedsstyrelsen. Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt.

Blandt regionerne har Region Hovedstaden i perioden mellem 2014-2017 haft flest patientforløb, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt. Undersøgelsen viser, at alle regioner har såkaldte *Early Warning-systemer*, der kan overvåge og varsle om patientforløb, hvor de maksimale ventetider er tæt på ikke at blive overholdt.

På trods af disse systemer, viser Rigsrevisionens undersøgelse, at der er flere patientforløb end regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen, som ikke var overholdt i 2017. Dette konkluderes på baggrund af en stikprøve af forløb, som Rigsrevisionen i forbindelse med deres undersøgelse har udtrukket fra alle regioner. For Region Hovedstaden blev der udtrukket 128 patientforløb fra 2017. En gennemgang af dokumentationen i patientjournalerne for disse forløb har vist, at regionen samlet har 28 overskridelser af de maksimale ventetider, som ikke tidligere er blevet indberettet til Sundhedsstyrelsen. Dette svarer til, at reglerne ikke er overholdt for 22 % af de udtrukne forløb i stikprøven. I den forbindelse oplyser hospitalerne, at ventetiden ikke umiddelbart har haft betydning for patienternes behandling. Ifølge Rigsrevisionen indikerer resultatet af stikprøven, at der kan være betydeligt flere tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen.

I de tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt, følger regionerne systematisk op, afdækker årsager og iværksætter initiativer til forbedring, hvilket Rigsrevisionen fremhæver som positivt.

Forløbstider og opfølgningsplaner
Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i overvejende grad sikrer, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne. Regionerne sikrer dette ved løbende at monitorere forløbstiderne, afdække årsager ved lav målopfyldelse og iværksætte initiativer, der skal forbedre overholdelsen af forløbstiderne.

Udviklingen i andelen af forløb, der er gennemført inden for forløbstiderne, er steget, og de regionale forskelle i målopfyldelsen er blevet mindre over tid. På trods af regionernes fælles målsætning om overholdelse af forløbstiderne på 90 %, fremgår det af Rigsrevisionens beretning, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke vurderer, at forløbstiderne kan overholdes for alle patienter i alle kræftpakkeforløb. Eksempelvis på grund af forhold som patienternes ønske eller anden komplicerende sygdom, der betyder at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden. Sundheds- og Ældreministeriet vurderer ikke, at det er hensigtsmæssigt at fastsætte en national målsætning for overholdelsen af forløbstiderne.

Rigsrevisionen vurderer, at der er systematiske variationer i regionernes registreringspraksis, som kan betyde, at monitoreringen ikke i alle tilfælde giver et retvisende billede af, hvor mange at patienterne, der har ventet længere på behandling end de anbefalede forløbstider.

I forhold til opfølgningsplaner, viser undersøgelsen, at hovedparten af opfølgningsprogrammerne er implementeret i regionerne. Dog vurderer Rigsrevisionen, at det ikke er muligt at undersøge, hvorvidt regionerne sikrer, at alle patienter får udarbejdet en individuel opfølgningsplan. Dette skyldes, at den nationale monitorering af opfølgningsplanerne endnu ikke er implementeret.

Igangsatte initiativer i Region Hovedstaden på baggrund af Rigsrevisionens undersøgelse

Tidlig opsporing
Region Hovedstaden har anvendt midler fra regeringens sundhedsstrategi "Jo før jo bedre" til at gennemføre en række workshops med fokus på tidlig opsporing, hvor halvdelen af regionens praktiserende læger har deltaget. Regionen har ligeledes givet tilbud til efteruddannelsesgrupper om bl.a. materiale om tidlig opsporing, som grupperne kan bruge til at drøfte emnet. Senest har der været afholdt en kræftdag i oktober 2018 med deltagelse af 200 læger og praksispersonale, som havde fokus på alle dele af kræftområdet fra forebyggelse til palliation herunder også tidlig opsporing.

Der er i øjeblikket ikke nogen registreringsmetode, der muliggør en generel monitorering af, hvor lang tid der går fra, at der opstår en mistanke om kræft til, at diagnosen bliver stillet eller afvist. De nye kvalitetsklynger i almen praksis skal arbejde med datadrevet kvalitet i henhold til overenskomsten, og oprettelsen af disse kan være en god

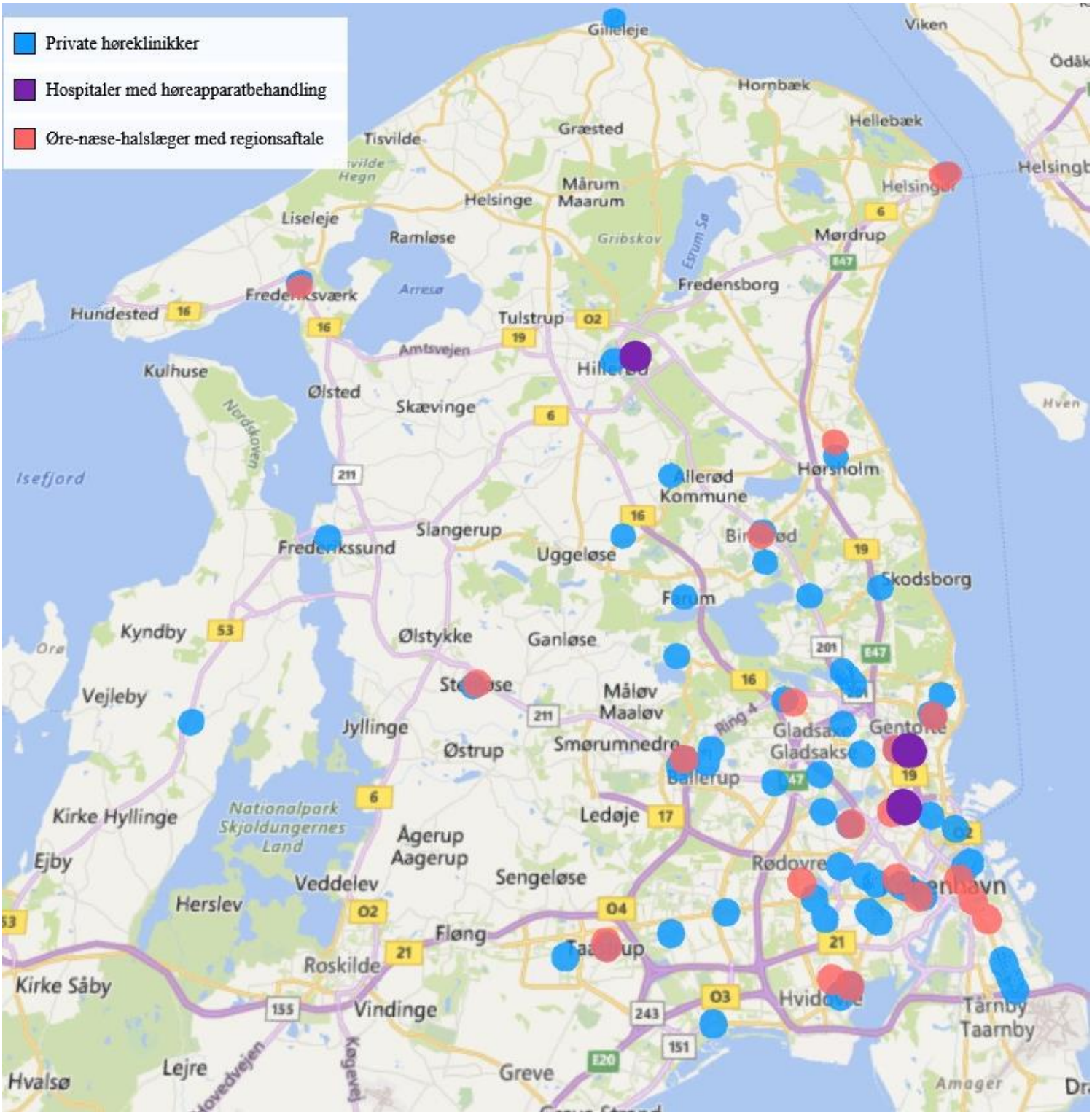
mulighed for, at almen praksis kan tage emnet om tidlig opsporing op ved brug af egne data.

Maksimale ventetider
Rigsrevisionens kritik omhandler særligt regionernes overholdelse af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider. Stikprøven er udtrukket ud fra regionens forløb fra 2017, og hospitalerne i regionen har stor opmærksomhed på overholdelse af de maksimale ventetider og har forbedret deres arbejdsgange og procedurer. I efteråret 2018 har koncernledelsen drøftet, hvordan overskridelser kan undgås, og hvad der skal til for at sikre, at alle overskridelser opfanges. Derudover har Region Hovedstaden med Sundhedsplatformen fået et fungerende Early Warning System, som har gjort det mere overskueligt at opdage, hvornår et forløb er ved at overskride de maksimale ventetider samt giver bedre muligheder for at sikre, at patienterne bliver informeret korrekt om deres rettigheder.

Halvdelen af de overskridelser, som Region Hovedstaden har fundet i forbindelse med Rigsrevisionens undersøgelse, skyldes upræcis dokumentation i patienternes journaler. Regionen har derfor nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde en detaljeret vejledning for, hvordan de maksimale ventetider skal registreres og dokumenteres.

Der er således i regionen gjort et stort stykke arbejde for at forbedre overholdelse af de maksimale ventetider, og tallene for 2018 viser også, at der markant færre overskridelser, der er indberettet til Sundhedsstyrelsen sammenlignet med de tidligere år.

Forløbstider i kræftpakker
I udkast til Hospitalsplan 2025, der netop er sendt i offentlig høring, foreslås der udarbejdelsen af en regional kræftplan med det formål fortsat at sikre høj kvalitet i udredning, behandling og rehabilitering efter kræft samt gode sammenhængende patientforløb.


Private høreklinikker
Hospitaler med høreapparatbehandling
Øre-næse-halslæger med regionsaftale
Gilleleje
Viken
Hornbæk
Græsted
Hellebæk
Tisvilde
Helsinge
Mårum
Maarum
Liseleje
Ramløse
Gribskov
Mørdrup
Fredensborg
Hundested
Tulstrup
Amtsvejen
Kulhuse
Ølsted
Skævinge
Hørsholm
Isefjord
Allerød
Kommune
Slangerup
Uggeløse
Skodsborg
Kyndby
Ølstykke
Ganløse
Vejleby
Måløv
Maaløv
Jyllinge
Østrup
Smørumnedre
Ballerup
Kirke Hyllinge
Nationalpark
Skjoldungernes
Land
Ledøje
Ejby
Ågerup
Aagerup
Rødovre
Veddelev
Sengeløse
Herslev
Fløng
Roskilde
Kirke Såby
Vindinge
Tårnby
Taarnby
Hvalsø
Lejre
Greve
Amager

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

Direkte 38665228

NOTAT

Dato: 30. januar 2019

Tabel 1. Fordeling af finanslovsmidler 2019

	Løsningsmodel 1 Hospitaler	Løsningsmodel 2 Øre-, næse -og halslæger
Gennemsnitspris pr. behandling inkl. udgift til høreapparater (kr.)	4.300	6129
Etableringsudgifter (kr.)	600.000	-
Øget udgifter til tilskud til privat høreapparatbehandling	800.000	800.000
Antal patienter, som kapacitet kan udvides med	Nordsjælland: 110 Rigshospitalet: 1.378	1.142
Udgifter ved kapacitetsudvidelsen	6.400.000	7.000.000
Totale udgifter	7.800.000	7.800.000
Antal behandlingslokationer	3	29

Tabel 2. Fordeling af finanslovsmidler 2020-2022

	Løsningsmodel 1 Hospitaler	Løsningsmodel 2 Øre-, næse -og halslæger
Gennemsnitspris pr. behandling inkl. Udgift til høreapparater (kr.)	4.300	6.129
Etableringsudgifter (kr.)	-	-
Øget udgifter til tilskud til privat høreapparatbehandling	800.000	800.000
Antal patienter, som kapacitet kan udvides med	Nordsjælland: 484 Rigshospitalet: 1.144	1.142
Udgifter ved kapacitetsudvidelsen	7.000.000	7.000.000
Totale udgifter	7.800.000	7.800.000
Antal behandlingslokationer	3	29

3/2017

STATSREVISORERNE
RIGSREVISIONEN

Rigsrevisionens beretning om

forebyggelse af hospitalsinfektioner

afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger

November 2017

5 /
2017

Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner

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 2017

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:
Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.
Sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen. Ministerens kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.
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 april 2018.
Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2017, som afgives i februar 2019.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls Lager og Logistik
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls.dk
Hjemmeside: www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN trykt 978-87-7434-537-4
ISBN pdf 978-87-7434-538-1

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM FOREBYGGELSE AF HOSPITALS-INFEKTIONER

Statens Serum Institut anslår, at 7-10 % af alle indlagte patienter i Danmark, svarende til ca. 60.000 patienter årligt, får en hospitalsinfektion. Hospitalsinfektioner opstår, når patienter bliver smittet med skadelige mikroorganismer, mens patienterne er på hospitalet. Statens Serum Institut vurderer, at det er muligt at nedbringe antallet af hospitalsinfektioner med op til 20 %.

Det er ikke muligt at beregne, hvad hospitalsinfektioner koster det danske sundhedsvæsen og samfund, men infektionerne medfører en større belastning i form af forringede og tabte leveår, end fx influenza gør. Dette understreger behovet for en indsats for forebyggelse. I økonomiaftalen for 2013 indgik regeringen og regionerne således en hensigtserklæring om at nedbringe omfanget af hospitalsinfektioner.

Beretningen omhandler Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner via mål for reduktion af hospitalsinfektioner, retningslinjer for hygiejne og rationel brug af antibiotika.

Statsrevisorerne finder, at Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner har været utilfredsstillende. Statsrevisorerne finder det foruroligende, at niveauet for sundhedspersonalets overholdelse af hospitalernes egne retningslinjer for hygiejne, fx rene hænder, er så lavt – ikke mindst fordi det anses som den mest effektive måde at afbryde smitteveje på.

Statsrevisorerne bemærker:

- At der i perioden 2013-2016 ikke har været opstillet specifikke nationale reduktionsmål for hospitalsinfektioner. Region Hovedstaden og Region Sjælland har dog i dele af perioden 2013-2016 haft et specifikt mål om at reducere hospitalsinfektioner.
- At hospitalerne i perioden 2013-2016 i 29 % af rengøringskontrollerne ikke levede op til retningslinjerne. For håndhygiejne og uniformshygiejne levede hospitalerne ikke op til retningslinjerne i 54 % og 43 % af kontrollerne. Den manglende overholdelse af retningslinjerne for hygiejne forøger risikoen for infektioner.
- At udviklingen i brugen af antibiotika på hospitalerne ikke er tilstrækkelig rationel, idet der udskrives for meget og for bredspektret antibiotika. Det skyldes bl.a., at hospitalernes arbejdsgange ikke altid understøtter rationel brug af antibiotika.
- At reduktionsmålet for brugen af antibiotika i den nationale handlingsplan fra 2017 med fordel kan følges op med reduktionsmål for hospitalsinfektioner.

STATSREVISORERNE,
den 15. november 2017

Peder Larsen
Henrik Thorup*)
Klaus Frandsen
Søren Gade
Henrik Sass Larsen
Villum Christensen

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion og konklusion **1**
1.1. Formål og konklusion 1
1.2. Baggrund 3
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning 10

2. Mål for og overvågning af hospitalsinfektioner **12**
2.1. Mål for reduktion af hospitalsinfektioner 13
2.2. Overvågning af hospitalsinfektioner 15

3. Efterlevelse af retningslinjer for hygiejne **20**
3.1. Rengøring 21
3.2. Hånd- og uniformshygiejne 27

4. Brug af antibiotika **33**
4.1. Mål for brug af antibiotika 35
4.2. Udviklingen i forbruget af antibiotika 38
4.3. Hospitalernes arbejdsgange for rationel brug af antibiotika 42

Bilag 1. Metodisk tilgang 46
Bilag 2. Mål og resultater fra de 10 hospitaler 50
Bilag 3. Ordliste 62

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 indsatsen for at forebygge hospitalsinfektioner. Hospitalsinfektioner er, når patienter bliver smittet med skadelige mikroorganismer (herefter bakterier), mens patienterne er på hospitalet i forbindelse med diagnostik, behandling og pleje.

Nogle hospitalsinfektioner kan behandles med antibiotika. Det er dog med til at øge antibiotikaforbruget, hvilket udvikler, fremmer og holder resistente bakterier i live. Andre hospitalsinfektioner kommer af bakterier, der er resistente over for ét eller flere antibiotika, og som derfor er svære at behandle effektivt.

2. Vi har selv taget initiativ til undersøgelsen i december 2016. Baggrunden for undersøgelsen er, at Statens Serum Institut anslår, at 7-10 % af alle indlagte patienter i Danmark, hvilket svarer til ca. 60.000 patienter årligt, får en hospitalsinfektion. Det er samtidig en udfordring, at flere bliver smittet med resistente bakterier. I økonomiaftalen for 2013 indgik regeringen og regionerne en hensigtserklæring om at nedbringe omfanget af hospitalsinfektioner. Derfor er undersøgelsesperioden afgrænset til perioden 2013-2016.

3. Det er ikke realistisk at udrydde alle hospitalsinfektioner, men Statens Serum Institut vurderer, at det er muligt at nedbringe antallet med op til 20 %. For at understøtte indsatsen har Statens Serum Institut beskrevet området i det danske infektionskontrolprogram. Programmet redegør for de indsatser, der skal til for at forebygge hospitalsinfektioner. Indsatserne er overvågning, retningslinjer for bl.a. hygiejne og rationel brug af antibiotika.

4. Overvågning af hospitalsinfektioner er en forudsætning for arbejdet med kvalitetsforbedringer. Ifølge internationale sundhedsmyndigheder som European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) giver et specifikt mål om at reducere hospitalsinfektioner derudover et tydeligt sigte for indsatsen. Retningslinjer for hygiejne, fx rengøring og rene hænder, anses som det mest effektive til at afbryde smitteveje. Rationel brug af antibiotika betyder, at antibiotika kun bruges, når det er nødvendigt. Antibiotika skal derudover være så smalspektret som muligt, fordi det bidrager mindre til udviklingen af resistente bakterier.

MIKROORGANISMER
Mikroorganismer er alle vegne. De fleste er gode, mens nogle er skadelige. Mikroorganismer dækker over både bakterier, vira, svampe og parasitter.

RESISTENTE BAKTERIER
Resistente bakterier er bakterier, der ikke er modtagelige over for behandling med én eller flere typer antibiotika, dvs. at behandlingen ikke virker.

ANTIBIOTIKA
Der findes forskellige typer antibiotika. De smalspektrede antibiotika er målrettet enkelte bakterier, mens de bredspektrede antibiotika rammer bredere og dræber flere forskellige bakterier. De bredspektrede bidrager til større resistensudvikling. Derfor er rationel antibiotikabehandling at bruge så smalspektret et præparat som muligt.

PENICILLIN
Penicillin er en form for antibiotika. Penicillin V er én af flere typer penicillin.

5. Sundhedsstyrelsen udgav i 2012 en vejledning, hvori det fremgår, at brugen af 3 kritisk vigtige typer antibiotika bør reduceres, fordi de bidrager til resistens og samtidig er potentielt livreddende for kritisk syge patienter. Derudover fremgår det af Sundheds- og Ældreministeriets nationale handlingsplan for antibiotika til mennesker (2017), at brugen af det smalspektrede penicillin V bør fremmes, da dette kun giver ringe anledning til resistens og samtidig virker på mange almindeligt forekommende infektioner.

6. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner er tilstrækkelig. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne gennem mål og overvågning en reduktion af hospitalsinfektioner?
- Lever hospitalernes hygiejne op til retningslinjerne?
- Understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne rationel brug af antibiotika?

KONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner ikke har været tilstrækkelig. Der mangler mål for reduktion af infektioner, og mulighederne for at overvåge udviklingen har ikke været brugt godt nok. Samtidig kan hygiejnen på hospitalerne blive klart bedre og brugen af antibiotika mere rationel.

Mål og overvågning er væsentlige led i indsatserne over for infektioner, da det giver retning og indsigt. Undersøgelsen viser dog, at der mangler specifikke mål for reduktion af infektioner. Sundheds- og Ældreministeriet har foretaget halvårlige undersøgelser af forekomsten af infektioner, indtil ministeriet i 2015 etablerede en national database til løbende overvågning. Undersøgelsen viser, at hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad har deltaget i de halvårlige undersøgelser og brugt den nationale database i deres arbejde med at overvåge udviklingen på afdelingerne. Der har dermed manglet overblik over både omfanget og karakteren af hospitalsinfektioner.

God hygiejne reducerer risikoen for, at infektioner opstår og smitter på hospitalet, men undersøgelsen viser, at hospitalerne i perioden 2013-2016 i 29 % af rengøringskontrollerne ikke levede op til målene. For håndhygiejne og uniformshygiejne levede de i henholdsvis 54 % og 43 % af kontrollerne ikke op til målene. På områderne for hygiejne er der derfor et væsentligt forbedringspotentiale.

Rationel brug af antibiotika forebygger særligt hospitalsinfektioner med resistente bakterier. Undersøgelsen viser, at udviklingen i forbruget ikke har været entydigt rationel, fordi der udskrives for meget og for bredspektret antibiotika. Hospitalernes andel af antibiotikaforbruget steg fra 2013 til 2016. De kritisk vigtige antibiotika udgjorde 6 % af det samlede antibiotikaforbrug i sundhedssektoren i 2013 og 5 % i 2016. På hospitalerne faldt andelen fra 28 % til 22 %. Faldet er positivt, men kunne ifølge Statens Serum Institut, regionerne og hospitalerne have været større. Det smalspektrede penicillin V udgjorde 25 % af det samlede antibiotikaforbrug i sundhedssektoren i 2013, men faldt til 23 % i 2016, selv om andelen burde stige. Hospitalernes forbrug af penicillin V udgjorde 10 % i både 2013 og 2016. Undersøgelsen viser, at hospitalernes arbejdsgange ikke altid understøtter rationel brug af antibiotika på grund af mangelfuld screening for MRSA, lang transporttid for prøver og et manglende systematisk overblik over, om det generelle ordinationsmønster er rationelt.

Sundheds- og Ældreministeriet har i 2017 sat mål og reduktionsmål for brugen af antibiotika i en national handlingsplan. Det fremgår af handlingsplanen, at målene skal medvirke til at reducere antibiotikaforbruget til mennesker og dermed resistensudviklingen frem mod 2020. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at udviklingen i antibiotikaforbruget indikerer, at Sundheds- og Ældreministeriet på et tidligere tidspunkt burde have udarbejdet reduktionsmål for brug af antibiotika. Det er desuden Rigsrevisionens opfattelse, at handlingsplanen bør følges op med reduktionsmål for hospitalsinfektioner, så indsatserne over for disse i højere grad tydeliggøres og samtænkes med udviklingen i forbruget af antibiotika. Sundheds- og Ældreministeriet bør følge resistensudviklingen på en måde, så effekten af den nye handlingsplan kan vurderes.

1.2. BAGGRUND

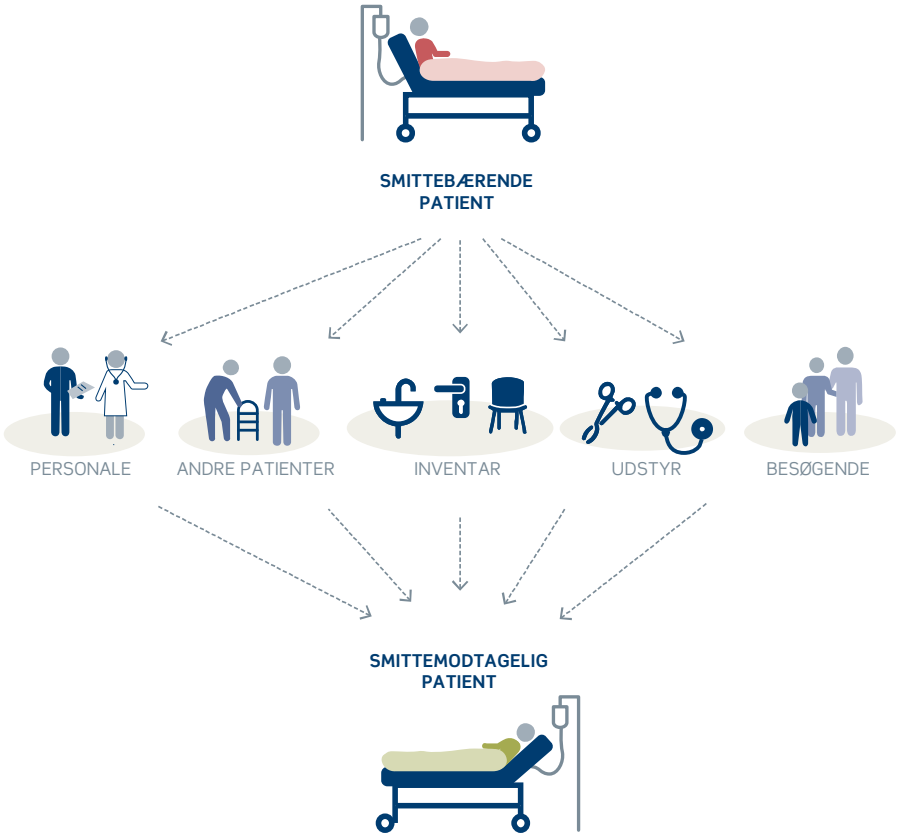
7. Det skal være trygt at være indlagt på et hospital. Hvis en patient bliver smittet med en infektion under ophold på hospitalet, risikerer patienten foruden øget sygelighed også længere behandlings- og indlæggelsestid.

8. Hospitalsinfektioner opstår, ligesom andre infektioner, når skadelige bakterier trænger ind i kroppen, og immunforsvarets modangreb ikke formår at få kontrol over bakteriernes udvikling. Hospitalsinfektioner kan også opstå af bakterier, som patienten allerede har i sig ved indlæggelsen. I de tilfælde kan der stadig være tale om en hospitalsinfektion, fordi patienten først bliver syg, når bakterien fører til en infektion som en konsekvens af den behandling, patienten får.

9. Bakterier har gode vilkår for at spredes på hospitaler, da hospitaler både huser mange patienter, der smitter, og mange patienter med svækket immunforsvar, der er modtagelige over for smitte. Smittevejene er de forskellige måder, en patient kan blive smittet på, og de angiver bakteriernes vej fra ét sted til et andet. Afbrydelse af smitteveje anses som en af de mest effektive indsatser til at forebygge hospitalsinfektioner og sikres bedst gennem god hygiejne. Der skelnes mellem forskellige typer af smitteveje, hvor kontaktsmitte er den hyppigste – især via hænder. Figur 1 viser eksempler på, hvordan bakterier kan smitte ved kontakt og give hospitalsinfektioner.

FIGUR 1

EKSEMPLER PÅ SMITTE VED KONTAKT



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af *Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) om generelle forholdsregler i sundhedssektoren* fra Statens Serum Institut, 2017.

Det fremgår af figur 1, hvordan en patient kan smitte en anden patient ved kontakt. Alle patienter, besøgende og ansatte kan potentielt bære bakterier, som kan føre til en infektion. For at forhindre bakteriernes vej til en patient omfatter forebyggelsesindsatsen derfor et komplekst fokus på stort set alle dele af hospitalsmiljøet, fra rengøring af udstyr og inventar, patientens besøg i spisesalen eller en besøgendes brug af toilettet, til lægens eller sygeplejerskens håndhygiejne imellem 2 undersøgelser.

10. Foruden afbrydelse af smitteveje udgør antibiotika et vigtigt led i at forebygge og behandle hospitalsinfektioner, da det er den medicin, der bruges til at dræbe og slå de skadelige og smitsomme bakterier ned. Det er derfor nødvendigt at bruge antibiotika i behandlingen af infektioner. Antibiotika skal dog bruges med omhu, da forbruget samtidig hænger sammen med udviklingen af resistente bakterier. Jo mere antibiotika der bruges, des mere modstandsdygtige bliver bakterier over for virkningen af disse, og over tid kan nogle bakterier blive resistente over for visse typer antibiotika, der derfor ikke længere kan bruges i behandlingen. Dette er med til at komplicere behandlingen af patienter og kan i værste fald føre til øget dødelighed. Det er derfor afgørende, at antibiotika bruges rationelt, så resistensudviklingen bremses, og alvorlige infektioner også i fremtiden kan behandles.

11. Når man skal forebygge hospitalsinfektioner påvirker reduktionsmål og overvågning, hygiejne og antibiotikaforbrug hinanden. Overblik over forekomsten af hospitalsinfektioner gør det muligt at handle, hvor behovet er størst, men vil ikke i sig selv vise årsagen til problemet, som kan være mangel på god hygiejne. God hygiejne alene kan ikke forhindre, at en patient efter en antibiotikabehandling udvikler resistente bakterier, ligesom forsøg på at mindske antibiotikaforbruget kan være uden effekt, hvis det ikke bakkes op af hygiejniske tiltag, der medvirker til at afbryde smitteveje. Det er derfor vigtigt, at alle 3 elementer er til stede i forebyggelsesindsatsen.

12. Foruden de personlige sundhedsmæssige konsekvenser for patienten har hospitalsinfektioner også økonomiske konsekvenser for samfundet. Konsekvenserne betoner samlet, at det er afgørende, at hospitaler sikrer en effektiv forebyggelse af hospitalsinfektioner, herunder rationel brug af antibiotika.

Udviklingen i antallet af patienter, der smittes

13. Det anslås, at 7-10 % af indlagte patienter i Danmark får en hospitalsinfektion, svarende til ca. 60.000 patienter om året, men den præcise forekomst af hospitalsinfektioner i Danmark kendes ikke.

14. Udviklingen i de typer hospitalsinfektioner, der følges, indikerer, at forekomsten har været stabil i flere år. De seneste nationale målinger, der blev offentliggjort af Sundheds- og Ældreministeriet i juni 2017, viser, at der fra 2015 til 2016 er sket et lille fald i forekomsten af bakteriæmier (blodforgiftninger) og Clostridium difficile-infektioner (CD-tarminfektioner), som er 2 af de mest hyppige hospitalsinfektioner i Danmark. Forekomsten af blodforgiftninger er faldet med 4 %, og forekomsten af CD-tarminfektioner er faldet med 3 %. Statens Serum Institut vurderer dog, at det med den rette indsats er muligt at reducere forekomsten yderligere.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE-INFEKTION (CD-TARMINFEKTION)
En Clostridium difficile-infektion er en tarminfektion, der kan medføre et langvarigt og alvorligt sygdomsforløb med en høj dødelighed.

15. Det er ikke muligt at beregne, hvad hospitalsinfektionerne samlet koster det danske sundhedsvæsen og samfund. ECDC estimerede i 2016, at der årligt opstår 2,6 millioner hospitalsinfektioner i Europa. Tilsammen medfører disse infektioner en større belastning i form af forringede og tabte leveår end fx influenza, hvilket understreger konsekvenserne og behovet for en styrket indsats for forebyggelse.

MRSA

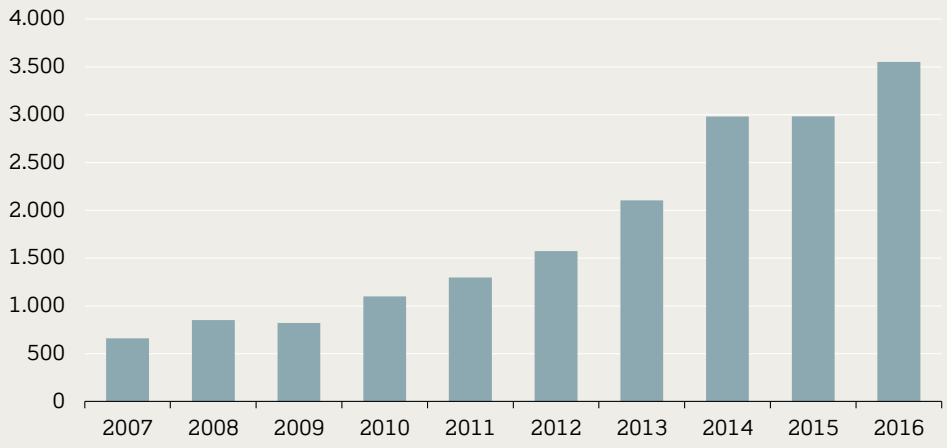
MRSA er stafylokokker, som er resistente over for de antibiotika, der normalt bruges til behandling af stafylokokinfektioner. Stafylokokker kan give en række infektioner – fra overfladiske sår til alvorlige infektioner som knoglebetændelse og betændelse i hjerteklappen.

Udviklingen i antibiotikaresistens

16. Det vides ikke, hverken hvor mange danskere der samlet set smittes med resistente bakterier, eller hvor mange danskere der dør som følge af infektioner med resistente bakterier. ECDC anslår dog, at der hvert år dør over 25.000 europæere som følge af infektioner med bakterier, der har udviklet resistens mod antibiotika. Og antallet stiger hvert år. Samtidig har udviklingen af resistente bakterier overhalet produktionen af nye antibiotika. En af de resistente bakterier, MRSA, blev behandlet i beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA fra oktober 2015. Vi skelner i denne beretning ikke mellem forskellige typer af MRSA. Figur 2 viser antallet af registrerede nysmittede personer med MRSA i Danmark i perioden 2007-2016.

FIGUR 2

ANTAL NYSMITTEDE PERSONER MED MRSA I DANMARK I PERIODEN 2007-2016



Kilde: Statens Serum Institut, 2017.

Det fremgår af figur 2, at antallet af registrerede nysmittede personer med MRSA har været stigende i perioden 2007-2014. Fra 2014 til 2015 var antallet stabilt på ca. 3.000 personer. Antallet af nysmittede steg igen fra 2015 til 2016, hvor antallet var over 3.500 personer. Langt de fleste mennesker bliver ikke smittet med MRSA på hospitaler, men i det øvrige samfund. Man kan være smittet med MRSA uden at få en infektion. MRSA kan spredes på en hospitalsafdeling, og der kan gå lang tid, før udbruddet opdages. Boks 1 beskriver et sådant eksempel.

BOKS 1

MRSA PÅ EN FØDEAFDELING

Et udbrud af MRSA blev påvist på et barselsafsnit. Smittespredningen formodes at være foregået fra januar til maj 2016.

Mistanken om udbruddet opstod, da man fandt MRSA hos 2 forskellige kvinder samtidig. Kvinderne havde været indlagt i samme periode på føde- og barselsafsnittet.

I alt blev 1 ansat og 19 patienter omfattet af udbruddet, heraf 8 barselskvinder og 11 spædbørn. 14 af patienterne havde deciderede infektioner, 5 viste sig blot at være smittebærere. Derudover fik 3 familiemedlemmer påvist MRSA.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af materiale fra regionerne og hospitalerne.

17. Der findes mange typer resistente bakterier, som kan give infektioner. Hospitalerne oplever foruden MRSA udfordringer med bakterierne VRE, ESBL og CPE, jf. boks 2.

BOKS 2

BESKRIVELSE AF VRE, ESBL OG CPE

VRE står for *vancomycin-resistente enterokokker*. Enterokokker kan føre til alvorlige infektioner såsom blodforgiftning, hvor man ofte vil behandle med antibiotikatypen vancomycin. VRE er resistente over for dette antibiotikum. Der findes antibiotika, som kan behandle VRE, men disse stoffer giver oftere bivirkninger for patienterne og er forbundet med yderligere resistensudvikling. Før 2013 blev færre end 50 smittet med VRE årligt i Danmark. I 2016 blev 429 nysmittede registreret. VRE er et stort problem andre steder i Europa.

ESBL står for *extented spectrum beta-lactamase*. ESBL-producerende bakterier er resistente over for en stor gruppe af almindeligt anvendt antibiotika. Behandling kan blive vanskelig, da udvalget af effektive antibiotika er begrænset. Ifølge Statens Serum Institut har forekomsten af ESBL-producerende bakterier de seneste 10 år været stigende i Danmark og på verdensplan. WHO vurderer resistensforekomsten af ESBL-typen som en af de største trusler mod verdenssundheden.

CPE står for *Carbapenemase-producerende enterobakterier*. Det er bakterier, som kan være modstandsdygtige over for en af de vigtigste typer antibiotika: carbapenemerne. CPE giver oftest urinvejsinfektioner, men kan også give infektioner hos patienter med katetre og kan være årsag til blodforgiftninger og meget alvorlige sygdomsforløb. For den enkelte patient kan carbapenem-resistente bakterier blive farlige, da de er særdeles vanskelige at bekæmpe med antibiotika. I de tilfælde må man ofte bruge antibiotika, som man har mindre erfaring med, og som er forbundet med langt flere risici for bivirkninger. Der blev i 2015 registreret 63 patienter, som var smittet med CPE på danske hospitaler. Det er næsten en fordobling i forhold til året før, hvor 36 blev registreret med CPE, mens kun 31 blev registreret i hele perioden 2008-2013.

Kilde: Statens Serum Institut, 2016.

Roller og ansvar

18. Der er ikke én lov eller strategi, som fastsætter krav til forebyggelse og bekæmpelse af hospitalsinfektioner i Danmark, men der er et netværk af sundhedsrelaterede love, retningslinjer, målsætninger og vejledninger, som tilsammen regulerer området. Herudover er der en række love, vejledninger og retningslinjer fra en række andre fagområder, fx arbejdsmiljø- og miljøområdet, som influerer på infektionsforebyggelsen.

Sundheds- og Ældreministeriet har det overordnede ansvar for sundhedsområdet. Ministeriet sætter de generelle rammer for overvågning, hygiejne og antibiotikaforbrug. I praksis er det primært Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, der har det overordnede ansvar for disse 3 områder inden for forebyggelse af hospitalsinfektioner.

19. Sundhedsstyrelsen varetager den generelle nationale risikohåndtering på sundhedsområdet. Det indebærer vejledning til sundhedspersonale, regioner og kommuner om forebyggelsesindsatser og udbrudshåndtering. Sundhedsstyrelsen udgiver vejledninger, der fokuserer på sundhedsvæsenets indsats i forhold til at begrænse sygdom og spredning af bl.a. MRSA.

HAIBA
HAIBA er en ny database til automatiseret overvågning af visse typer hospitalsinfektioner.

Statens Serum Institut har tilrettelagt det danske infektionskontrolprogram og varetager den nationale overvågning af infektionssygdomme, herunder hospitalsinfektioner, via HAIBA.

Under Statens Serum Institut ligger Central Enhed for Infektionshygiejne, som bl.a. udarbejder retningslinjerne for hygiejne og rådgiver alle dele af sundhedssektoren. Regionerne er repræsenteret i tværregionale arbejdsgrupper, når der udarbejdes retningslinjer.

KLINISK MIKROBIOLOGISKE AFDELINGER
De klinisk mikrobiologiske afdelinger betjener hele hospitalet og modtager og undersøger prøver for infektionssygdomme. De rådgiver også hospitalernes afdelinger og praktiserende læger om hygiejne og behandling og forebyggelse af infektioner.

Derudover overvåger Statens Serum Institut i samarbejde med Fødevareinstituttet og Veterinærinstituttet udviklingen i forbruget af antibiotika via DANMAP (the Danish Integrated Antimicrobial Resistance Monitoring and Research Programme), der er det danske overvågningsprogram for antibiotikaforbrug og udvikling i resistente bakterier. De klinisk mikrobiologiske afdelinger på hospitalerne er aktive i denne overvågning og leverer data hertil.

20. Regionerne har ansvaret for driften af hospitalerne, mens det er hospitalerne, der i praksis varetager forebyggelsen af hospitalsinfektioner. På hospitalerne er det i det daglige de enkelte afdelinger, der skal efterleve retningslinjerne og sikre en effektiv forebyggelse af hospitalsinfektioner gennem overvågning, god hygiejne og rationel brug af antibiotika.

Overvågning og opstilling af mål for hospitalsinfektioner, hygiejne og rationel brug af antibiotika har derfor både nationalt og regionalt ophæng. I praksis er det Statens Serum Institut, der følger den nationale udvikling, og hospitalernes klinisk mikrobiologiske afdelinger og de infektionshygiejniske enheder, der følger udviklingen på alle 3 områder regionalt og lokalt.

Nationale og fælles regionale initiativer

21. I økonomiaftalen for 2013 indgik regeringen og regionerne for første gang en hensigtserklæring om at nedbringe omfanget af hospitalsinfektioner. Der har både op til og siden været nationale og fælles regionale initiativer for at forebygge hospitalsinfektioner.

22. I finansloven for 2014 blev der afsat en pulje på 17 mio. kr. til forebyggelse af hospitalsinfektioner. På trods af at Sundheds- og Ældreministeriet modtog ansøgninger for i alt 23,6 mio. kr., blev kun ca. 7,8 mio. kr. udmøntet i 2014. Årsagen var, at flere af ansøgningerne ikke levede op til puljens kriterier for tildeling og derfor blev afvist af ministeriet. Puljen blev genopslået i 2016, hvor der samtidig blev opslået en ny pulje på 7,5 mio. kr. målrettet antibiotikaforbrug, resistens og forebyggelse af infektioner i primær- og hospitalssektoren. I anden ansøgningsrunde blev alle midler fra begge puljer udmøntet. Pengene er hovedsageligt gået til forskningsprojekter om forskellige tiltag til forebyggelse af hospitalsinfektioner og et optimeret antibiotikaforbrug. Bl.a. er der givet penge til projekter om nudging i hospitalssektoren, projekter om bedre diagnostik og behandling af urinvejsinfektioner.

NUDGING
Nudging er påvirkning af adfærd gennem tiltag, der ikke opfattes af det menneske, der nudges. Nudging kan fx bruges til at øge brugen af håndsprit, hvis der er placeret en spritdispenser lige ved indgangen til sengestuen.

23. Central Enhed for Infektionshygiejne under Statens Serum Institut har på opdrag fra Sundheds- og Ældreministeriet haft ansvaret for at udarbejde og vedligeholde et enstrenget sæt af nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR) for hele det danske sundhedsvæsen. Retningslinjerne skal tilvejebringe et fælles evidensbaseret vidensgrundlag om god infektionshygiejniske praksis, som regioner og hospitaler kan støtte sig til. NIR skal bidrage til at øge efterlevelsen af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler på hospitaler og derved reducere forekomsten af hospitalsinfektioner.

24. Forebyggelse af infektioner indgik i Den Danske Kvalitetsmodel, der bestod af akkrediteringsstandarder, som de enkelte behandlingssteder skulle leve op til. I regi af kvalitetsmodellen blev der bl.a. udført kontroller af hygiejne på de enkelte hospitalsafdelinger. I 2016 blev regeringen, Danske Regioner og KL enige om *Nationale mål for sundhedsvæsenet,* der er 8 nye nationale mål for kvaliteten i sundhedsvæsenet, der erstatter Den Danske Kvalitetsmodel. Et af målene er forbedret patientsikkerhed. Hospitalsinfektioner indgår som en af indikatorerne for forbedret patientsikkerhed, og udviklingen i hospitalserhvervede blodforgiftninger og CD-tarminfektioner følges.

25. Sundhedsstyrelsen udsendte i april 2017 en bekendtgørelse om arbejdsdelingen ved håndtering af infektioner. Bekendtgørelsen er ny og afgrænser Styrelsen for Patientsikkerheds og hospitalsledelsernes ansvar i forhold til hospitalsinfektioner. Derudover angiver bekendtgørelsen også tydeligt, at Sundhedsstyrelsen er bemyndiget til at udstede vejledninger om håndtering af infektioner.

26. Der har været flere initiativer til at udvikle en rationel antibiotikapolitik. I 2010 blev Det Nationale Antibiotikaråd nedsat med det formål at fremme rationel brug af antibiotika i Danmark, herunder at nedbringe antibiotikaresistens. Antibiotikarådet fik et nyt kommissorium i begyndelsen af 2017. Antibiotikarådet skal bl.a. føde ind til og følge den nationale handlingsplan for antibiotika, som Sundheds- og Ældreministeriet har udgivet i juli 2017.

ONE HEALTH-PERSPEKTIV
One Health-perspektivet går ud på, at indsatsen for at forebygge resistens skal ses som en opgave, der går på tværs af sektorer, fx sundhedsområdet og landbrugsområdet.

PATIENTSIKKERT SYGEHUS
Deltagerne i projekt Patientsikkert Sygehus var:

- Nordsjællands Hospital
- Næstved Sygehus
- Kolding Sygehus
- Hospitalsenheden Horsens
- Sygehus Thy-Mors.

27. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at Statens Serum Institut og Københavns Universitet fra 2020 sammen skal overtage det veterinære myndighedsberedskab fra DTU. Samlingen af det humane og det veterinære beredskab understøtter regeringens fokus på, at resistensproblematikken skal håndteres i et One Health-perspektiv, der skal gøre det muligt at forudse og forebygge infektioner hos mennesker.

28. Foruden de nationale initiativer har regionerne både fælles og egne initiativer. Sammen med TrygFonden og Danske Regioner stod Dansk Selskab for Patientsikkerhed bag projektet Patientsikkert Sygehus, som blev gennemført på 5 hospitaler i perioden 2010-2013. Projektet skulle reducere dødeligheden med 15 % og utilsigtede skader med 30 %. Målene skulle bl.a. nås gennem implementering af 12 kliniske pakker på hospitalerne, hvoraf flere var relevante for forebyggelse og behandling af infektioner. De 12 kliniske pakker i projektet beskrev best practice ud fra en række evidensbaserede elementer. Der var fx en central venekateterpakke og en blærekateterpakke.

29. Hospitalerne har også iværksat lokale indsatser med det formål at forebygge hospitalsinfektioner. Indsatserne er organiseret forskelligt på tværs af regioner og hospitaler.

1.3. REVISIONSKRITERIER, METODE OG AFGRÆNSNING

Revisionskriterier

30. Undersøgelsens revisionskriterier tager afsæt i de indsatser, der ifølge det danske infektionskontrolprogram forebygger hospitalsinfektioner. Vi har i beretningen særligt fokus på de 3 elementer af infektionskontrolprogrammet, der vedrører mål og overvågning, hygiejne og rationel brug af antibiotika.

REDUKTIONSMÅL ER RESULTATMÅL
Resultatmål er mål for, hvilket resultat man ønsker, at indsatsen skal føre til. Det kan fx være et mål om at reducere hospitalsinfektioner med 10 %.

31. I kapitel 2 undersøger vi, om en generel reduktion af hospitalsinfektioner er blevet understøttet gennem reduktionsmål og overvågning. Kriterierne i kapitlet bygger på det danske infektionskontrolprogram og på anbefalinger fra WHO og ECDC. Kriterierne for reduktionsmål bygger også på, at målene skal følge SMART-modellen. Vi vurderer, at mål og overvågning er tilstrækkeligt til stede, hvis der nationalt, regionalt og lokalt på hospitalerne arbejdes med specifikke mål for reduktion af hospitalsinfektioner, og der er overblik over forekomsten af infektioner.

SMART-MODELLEN
SMARTe mål er:

- specifikke
- målbare
- accepterede
- realistiske
- tidsbestemte.

32. I kapitel 3 undersøger vi, om retningslinjerne for hygiejnen på hospitalerne efterleves. Kriterierne i kapitlet bygger på nationale retningslinjer for rengøring på hospitalerne og personalets hånd- og uniformshygiejne og de kontroller, der måler efterlevelsen. Til at måle hospitalernes efterlevelse bruger vi hospitalernes egne kontroller, der i vidt omfang er tilvejebragt via standardiserede metoder. Hospitalerne har fx gennem hele undersøgelsesperioden foretaget systematiske kontroller af rengøringen. Vi vurderer, at hygiejniske tiltag forebygger smitte på tilstrækkelig vis, hvis hospitalerne i deres kontroller lever op til krav til rengøring og krav til hånd- og uniformshygiejne.

33. I kapitel 4 undersøger vi, om rationel brug af antibiotika understøttes og dermed medvirker til forebyggelsen af hospitalsinfektioner. Vi undersøger, om der er sat mål for brugen af antibiotika. Kriterierne i kapitlet bygger desuden på Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af antibiotika. Vi har særligt fokus på de 3 typer antibiotika, der i vejledningen betragtes som kritisk vigtige, og på brugen af det smalspektrede penicillin V. Vi har derudover fokus på de arbejdsgange på hospitalerne, der skal understøtte, at forbruget er rationelt. Arbejdsgangene skal sikre, at risikopatienter identificeres, at der skabes betingelser for en hurtig diagnose gennem hurtig transport af prøver, og at der følges systematisk op på afdelingernes ordinationsmønster. Vi vurderer, at rationel brug understøttes, hvis der nationalt, regionalt og lokalt på hospitalerne er sat mål for forbruget, hvis reduktionen i de kritisk vigtige antibiotika er tilstrækkelig, og hvis brugen af penicillin V stiger i forhold til de øvrige typer antibiotika. Samtidig skal der på hospitalerne udføres screeninger for MRSA, være kort transporttid for prøver og ske systematiske koblinger af diagnoser og antibiotika.

Metode

34. Undersøgelsen er baseret på interviews med og materiale fra Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, de 5 regioner og 2 hospitaler i hver region, herunder 38 hospitalsafdelinger og 8 klinisk mikrobiologiske afdelinger på de 10 hospitaler. I bilag 1 er en oversigt over de 10 hospitaler og 38 hospitalsafdelinger, som indgår i undersøgelsen. Vi har også indhentet materiale fra og interviewet repræsentanter for regionernes kvalitetsafdelinger, lægemiddelkomiteer, hospitalernes hygiejneorganisation og serviceafdelinger.

35. Vi kan i undersøgelsen ikke vurdere, om indsatsen er tilstrækkelig alene ud fra antallet af patienter, der får hospitalsinfektioner. For det første er der ikke præcise data for, hvor mange patienter der smittes. For det andet dækker data for infektionsforekomsten over en klinisk virkelighed, hvor hospitalsinfektioner ikke fuldstændigt kan undgås. Da hospitalerne har patienter med forskelligartede lidelser, fx fordi de er specialiseret på forskellige områder, er det naturligt, at der er forskel på infektionsforekomsten på tværs af hospitaler.

En nærmere beskrivelse af undersøgelsens metode og materiale fremgår af bilag 1.

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

Afgrænsning

37. Infektionsforebyggelse omfatter, men kan ikke afgrænses til, mål og overvågning, god hygiejne og rationel brug af antibiotika. Det er en grundforståelse i forebyggelse af infektioner, at alle patienter udgør en mulig smittekilde, og at alt udstyr, overflader mv. er en mulig smittevej. Derfor har en undersøgelse af hygiejne på hospitalerne også mange mulige fokusområder. Vi har valgt rengøring og hånd- og uniformshygiejne, fordi alle hospitaler har arbejdet målrettet og systematisk med dette gennem brug af rengøringsstandarder og Den Danske Kvalitetsmodel. Disse elementer dækker samtidig områder af hospitalet, som har betydning for alle patienter. Vi har afgrænset os fra de dele af hygiejnen, der handler om forebyggelse gennem korrekt forberedelse af patienten til operation, steriliserbart udstyr, der bruges ved operationer, målinger af ventilation på operationsstuer mv.

38. Bilag 2 indeholder mål og resultater fra de 10 hospitaler. Bilag 3 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Mål for og overvågning af hospitalsinfektioner

DELKONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne samlet ikke i tilstrækkelig grad understøtter en reduktion af hospitalsinfektioner gennem mål og overvågning.

Mål
Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne samlet ikke i tilstrækkelig grad har sikret, at der arbejdes målrettet for at forebygge infektioner, da der nationalt, regionalt og lokalt på hospitalerne mangler specifikke reduktionsmål for hospitalsinfektioner. Der er ikke et nationalt reduktionsmål. Region Hovedstaden og Region Sjælland har – som de eneste regioner – i dele af perioden 2013-2016 haft et specifikt mål om at reducere hospitalsinfektioner. På Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland har hospitalet selv taget initiativ til at sætte et mål.

I 2016 blev der opstillet *Nationale mål for sundhedsvæsenet*, herunder et mål for forbedret patientsikkerhed, hvor hospitalsinfektioner indgår som en af indikatorerne herfor. Der er for disse indikatorer ikke sat specifikke mål, men der er lagt op til, at målene skal forankres lokalt på hospitalerne med lokale delmål. Det er dog kun Region Syddanmark, Region Sjælland og Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland, der har iværksat en proces med at fastsætte lokale mål for begge eller en af de nye indikatorer, som knytter sig til hospitalsinfektioner.

Overvågning
Undersøgelsen viser, at regionerne og hospitalerne samlet set ikke i tilstrækkelig grad har sikret overvågning af forekomsten af hospitalsinfektioner. Sundheds- og Ældreministeriet har arbejdet med at sætte registreringsrammer for en overvågning af hospitalsinfektioner. Frem til 2014 kunne hospitalerne selv indrapportere data om hospitalsinfektioner, hvilket undersøgelsen viser, at de ikke i tilstrækkelig grad har gjort. Fra 2015 bliver data om hospitalsinfektioner trukket automatisk, men der er lovgivningsmæssige restriktioner, som gør, at hospitalerne mener, at det er vanskeligt at bruge de data, der er tilgængelige. Sundheds- og Ældreministeriet forventer at fremsætte et lovforslag, som skal gøre det muligt at bruge de tilgængelige data bedre i det lokale kvalitetsarbejde. Lovforslaget skulle have været fremsat i oktober 2017, men er udskudt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hospitalerne i højere grad kunne have gjort brug af de tilgængelige data i et overordnet arbejde med kvalitetsforbedringer.

39. Dette kapitel handler om, hvorvidt en reduktion af hospitalsinfektioner er understøttet gennem mål og overvågning.

Det fremgår af anbefalinger fra internationale sundhedsmyndigheder som WHO og ECDC samt det danske infektionskontrolprogram, at et væsentligt led i en effektiv forebyggelse af hospitalsinfektioner er at etablere et datagrundlag, der kan overvåge forekomsten og fastsætte mål, som kan sætte et tydeligt sigte for den ønskede udvikling. Anbefalingerne baserer sig på studier, der viser en række fordele ved at kombinere mål og overvågning med konkrete praktiske indsatser, som i vores undersøgelse omhandler god hygiejne og rationel brug af antibiotika.

2.1. MÅL FOR REDUKTION AF HOSPITALSINFEKTIONER

40. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne har sikret, at der arbejdes målrettet ud fra specifikke reduktionsmål i indsatsen for at forebygge hospitalsinfektioner.

Nationale mål

41. Der har i undersøgelsesperioden 2013-2016 ikke været nogen specifikke nationale reduktionsmål for hospitalsinfektioner.

I 2016 blev der opstillet et mål for forbedret patientsikkerhed, hvor hospitalsinfektioner indgår som en af indikatorerne. Det skete i forbindelse med, at Sundheds- og Ældreministeriet sammen med Danske Regioner og KL etablerede *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. Udviklingen for indikatoren følges ved at måle på udviklingen i hospitalserhvervede blodforgiftninger og CD-tarminfektioner via HAIBA, der er en ny database til overvågning af hospitalsinfektioner, men det vurderes udelukkende, om udviklingen er positiv eller negativ, og hvordan den enkelte region ligger i forhold til landsgennemsnittet. Der er fx ikke taget stilling til, om det nuværende niveau af infektioner er højt eller lavt og dermed er et passende udgangspunkt at bruge som baseline. Der er således fortsat ikke fastsat specifikke nationale reduktionsmål for den ønskede udvikling i hospitalsinfektioner.

Lokale mål

42. 5 af undersøgelsens 10 hospitaler har i hele eller dele af perioden 2013-2016 arbejdet med udgangspunkt i et specifikt mål for en reduktion af hospitalsinfektioner. Region Hovedstaden har – som den eneste region i undersøgelsen – haft et regionalt gældende reduktionsmål for flere typer hospitalsinfektioner, idet regionen ønskede at reducere forekomsten med 50 %. Da regionen senere vurderede, at målet var for ambitiøst, blev det ændret til blot at reducere hospitalsinfektioner uden et specifikt måltal. Region Sjælland har i perioden haft et reduktionsmål for CD-tarminfektioner. Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland har på eget initiativ opstillet et mål for, at maksimalt 8 % af de indlagte patienter må få en hospitalsinfektion.

PROCESMÅL
Fokus i et procesmål er typisk arbejdsgangene. Det kan fx være et mål for, at hospitalet dagligt skal revurdere, om en patient har behov for at have et kateter anlagt, da kateter i sig selv medfører en øget risiko for hospitalsinfektioner.

Alle hospitalerne oplyser generelt, at de har procesmål eller mål for indsatser, der har en kendt effekt på forekomsten af hospitalsinfektioner. Hospitalerne måler fx på antallet af kateterdage, da katetre øger risikoen for infektioner betragteligt. Afdelingerne gør dette gennem pakkerne fra Patientsikkert Sygehus. I flere af pakkerne er der ud over procesindhold også resultatindikatorer, fx antal dage siden sidste kateterforårsagede urinvejsinfektion. Regioner, hospitaler og afdelinger oplyser, at deres manglende reduktionsmål for hospitalsinfektioner beror på manglende data for infektionsforekomsten.

43. *Nationale mål for sundhedsvæsenet* fra 2016 lægger op til, at målene forankres regionalt på hospitalerne med lokale delmål. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at det er de enkelte regioners ansvar at forankre de nationale mål til lokalt definerede, specifikke reduktionsmål på hospitaler og afdelinger. Nogle regioner og hospitaler er i gang med at formulere specifikke mål på baggrund af *Nationale mål for sundhedsvæsenet* fra 2016, jf. boks 3.

BOKS 3

NYE MÅL I REGIONERNE

Region Syddanmark har i 2017 udarbejdet en handlingsplan for nedbringelse af hospitalsinfektioner, hvor der bl.a. er fastsat specifikke reduktionsmål for hospitalserhvervede blodforgiftninger og CD-tarminfektioner. I handlingsplanen er der også fastsat et mål om at holde forekomsten af resistente bakterier på det nuværende niveau.

Region Sjælland har i dialog med sygehusene taget initiativ til at fastsætte specifikke reduktionsmål for blodforgiftninger og CD-tarminfektioner.

Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland har sat et specifikt mål for 2017 om at reducere henholdsvis CVK-infektioner, der udgør en del af de hospitalserhvervede blodforgiftninger, og urinvejsinfektioner med 5 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne og hospitalerne.

Det er ikke alle regioner, der har iværksat en proces for at fastsætte mål. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at alle regioner bør fastsætte specifikke reduktionsmål for blodforgiftninger og CD-tarminfektioner i overensstemmelse med forventningerne.

44. Rigsrevisionen finder det positivt, at Sundheds- og Ældreministeriet sammen med Danske Regioner og KL har taget initiativ til, at 2 udvalgte hospitalsinfektioner indgår som indikatorer i tilknytning til forbedret patientsikkerhed, og at udviklingen følges både nationalt og regionalt.

Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet noterer sig, at Rigsrevisionen gerne så et nationalt reduktionsmål, men at formålet med *Nationale mål for sundhedsvæsenet* fra 2016 er, at de skal forankres regionalt og lokalt. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet er enig i Rigsrevisionens kritik af de manglende regionale og lokale delmål og understreger i den forbindelse, at etablering af regionale og lokale delmål er afgørende for en effektiv overvågning af infektionshygiejnen på danske hospitaler.

45. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der også fortsat mangler et specifikt reduktionsmål for udviklingen på landsplan til at konkretisere den ønskede retning for udviklingen og indfri det forbedringspotentiale, der ifølge Statens Serum Institut vurderes at være for at reducere hospitalsinfektioner.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne samlet ikke i tilstrækkelig grad har sikret, at der arbejdes målrettet ud fra specifikke reduktionsmål i indsatsen for at forebygge hospitalsinfektioner.

Der er ikke et nationalt reduktionsmål. I *Nationale mål for sundhedsvæsenet* fra 2016 blev der opstillet et mål for forbedret patientsikkerhed, hvor hospitalserhvervede blodforgiftninger og CD-tarminfektioner indgår som indikatorer. Der er for disse indikatorer ikke et specifikt mål om reduktion, men der er lagt op til, at målene skal forankres lokalt på hospitalerne med lokale delmål. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der også fortsat mangler et specifikt reduktionsmål for udviklingen på landsplan til at konkretisere den ønskede retning for udviklingen og indfri det forbedringspotentiale, der ifølge Statens Serum Institut vurderes at være for at reducere hospitalsinfektioner.

Hospitalerne benytter ofte procesmål og ikke reduktionsmål for den samlede forekomst af hospitalsinfektioner. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland har haft et specifikt reduktionsmål, som hospitalerne har arbejdet efter. Aalborg Universitetshospital har opsat et specifikt reduktionsmål for 2017 for CVK-infektioner, der udgør en del af de hospitalserhvervede blodforgiftninger, og for urinvejsinfektioner. Det er kun Region Syddanmark og Region Sjælland, der er i gang med at omsætte de nationale indikatorer for både blodforgiftninger og CD-tarminfektioner til specifikke mål for hele regionen. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at de øvrige regioner bør fastsætte specifikke reduktionsmål for blodforgiftninger og CD-tarminfektioner i overensstemmelse med forventningerne i *Nationale mål for sundhedsvæsenet* fra 2016.

2.2. OVERVÅGNING AF HOSPITALSINFEKTIONER

46. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne har sikret overvågning af forekomsten af hospitalsinfektioner.

Systematisk overvågning af hospitalsinfektioner indebærer en række veldokumenterede fordele, fx øger det i sig selv opmærksomheden på at forebygge infektioner. Derudover giver overvågning mulighed for at identificere både udvikling og udbrud af infektioner, og det synliggør derfor også de behov for interventioner, der kan være. Overvågning gør det desuden muligt at måle effekter af interventioner og vurdere de økonomiske konsekvenser af hospitalsinfektioner. Overvågning er derfor en afgørende faktor for arbejdet med kvalitetsforbedringer både nationalt, regionalt og lokalt på hospitaler og de enkelte afdelinger.

Punkt nr. 5 - Orientering: Status pr. januar 2019 for arbejdet med hospitalsinfektioner på baggrund af Rigsrevisionens beretning
Bilag 1 - Side -22 af 68

PRÆVALENSUNDERSØGELSE
Ved en prævalensundersøgelse registrerer hospitalet for hver enkelt indlagt patient på en given dag, om patienten har en infektion, der er opstået i forbindelse med indlæggelsen.

Statens Serum Institut har lavet prævalensundersøgelser for blodforgiftninger, urinvejsinfektioner, nedre luftvejsinfektioner og dybe sårinfektioner.

INCIDENSOVERVÅGNING
Incidensen er det faktisk konstaterede antal nye tilfælde af patienter, der er smittet med en infektion. Opgørelsen kan ikke tage højde for, at nogle patienter har flere hospitalsinfektioner, fx både urinvejsinfektion og blodforgiftning. Disse patienter tæller dobbelt, da de indgår i opgørelsen af begge infektioner.

HAIBA viser forekomsten af blodforgiftninger, CD-tarminfektioner, urinvejsinfektioner og udvalgte infektioner efter operationer.

BEGRÆNSNINGER VED AUTOMATISK OVERVÅGNING
Ved automatisk overvågning af hospitalsinfektioner opfanges infektioner, der er opstået fra 48 timer efter indlæggelsen og indtil 48 timer efter udskrivelsen. Definitionen er ikke fuldstændig, da en infektion påvist før eller efter dette tidsrum også kan være hospitalserhvervet – ligesom en patient, der først testes efter 48 timer, kan have været inficeret allerede ved indlæggelsen.

Nationale tiltag

47. Statens Serum Institut står for en national overvågning af hospitalsinfektioner. Seruminstituttet har i undersøgelsesperioden 2013-2016 brugt 2 metoder til at indsamle data om hospitalsinfektioner. Den ene metode er prævalensundersøgelser, der er baseret på manuelle gennemgange af patientjournaler. Seruminstituttet har fra 2008 til 2014 koordineret 2 årlige prævalensundersøgelser af forekomsten af udvalgte hospitalsinfektioner, der tilsammen vurderes at udgøre 80 % af alle hospitalsinfektioner. Det var frivilligt for regioner og hospitaler at deltage.

Den anden metode er incidensovervågning, der opsamler information om hospitalsinfektioner. I 2015 blev den nationale database HAIBA sat i drift. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at HAIBA internationalt set er et unikt redskab til automatisk at indhente data fra eksisterende databaser til overvågning af hospitalsinfektioner. HAIBA viser udvalgte hospitalsinfektioner, fx blodforgiftninger og CD-tarminfektioner, fra 2010 og frem. Data kan trækkes helt ned på afdelingsniveau, men kan ikke kobles til den enkelte patient. HAIBA er et fællesoffentligt projekt, som regionernes klinisk mikrobiologiske afdelinger har bidraget til, men det er Statens Serum Institut, der i praksis er ansvarlig for udvikling og drift. Data hentes automatisk til HAIBA, og derfor er regioner og hospitaler repræsenteret med tal i HAIBA. Der har dog vist sig at være et arbejde i at sikre, at HAIBA giver et dækkende billede af infektionsforekomsten på tværs af regioner, og for at databasen er retvisende, er den derfor – som prævalensundersøgelserne – afhængig af hospitalernes deltagelse i validering af data.

Statens Serum Institut oplyser, at prævalensundersøgelser og incidensovervågning supplerer hinanden, fordi manuelle tjek er med til at validere data i HAIBA.

Hospitalers deltagelse i national overvågning

48. Vores gennemgang af de landsdækkende prævalensundersøgelser fra 2012 til 2014 viser, at antallet af hospitaler, der deltog, faldt fra 32 til 15, og at antallet af patienter, der indgik i undersøgelserne, faldt fra 5.071 patienter i 2012 til 1.643 i 2014. I 2014 faldt deltagelsen til et punkt, hvor Statens Serum Institut ikke længere anså undersøgelsen for at være repræsentativ. Statens Serum Institut har stillet redskaber til prævalensundersøgelserne til rådighed indtil udgangen af 2016, men af de 10 hospitaler var det kun Hospitalsenheden Vest, Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland, som fortsatte med at lave prævalensundersøgelser indtil da. Der er ikke lavet landsdækkende prævalensundersøgelser siden 2014. Statens Serum Institut oplyser, at der ikke vil blive lavet flere landsdækkende prævalensundersøgelser, da mange hospitaler ikke er interesserede i at deltage.

Rigsrevisionen konstaterer, at Statens Serum Institut og hospitalerne ikke er enige om værdien af prævalensundersøgelser. Seruminstituttet oplyser, at de over for hospitalerne har fremført, at prævalensundersøgelserne bidrager med at tydeliggøre problematikken om hospitalsinfektioner på afdelingerne, understøtter en løbende validering af automatiserede opgørelser i HAIBA og fokuserer på specifikke problemstillinger, som ikke er inkluderet i HAIBA. Statens Serum Institut oplyser videre, at regionerne har medgivet, at brugen af prævalensundersøgelser giver en større synlighed, men at det er arbejdskrævende, og at udbyttet ikke står mål med indsatsen.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der flere steder har manglet en samlet viden om udviklingen i hospitalsinfektioner i perioden, fra hospitalerne ikke længere deltog i prævalensundersøgelser, frem til HAIBA blev taget i brug og valideret.

49. I Danmark er der 11 klinisk mikrobiologiske afdelinger. Den ene ligger i Statens Serum Institut, mens de øvrige er fordelt på landets hospitaler. De klinisk mikrobiologiske afdelinger, der er placeret på hospitalerne, følger forekomsten af udvalgte hospitalsinfektioner og tager kontakt til afdelingerne ved mistanke om uhensigtsmæssigheder. Afdelingerne får input, når det skønnes nødvendigt. De klinisk mikrobiologiske afdelinger har således en dag-til-dag-overvågning af udviklingen på afdelingerne. Overvågningen vedrører alle typer af konstaterede infektioner og handler fx om:

- at udrede en høj forekomst af blodforgiftninger med en specifik bakterie på en afdeling og efterfølgende bidrage til de nødvendige hygiejniske indsatser
- at udrede, om diarréepisoder på en afdeling er tilfældige eller giver anledning til mistanke om smitte
- at vurdere, om en øget forekomst af en infektion med en bestemt bakterie er udtryk for en tilfældig variation, eller den burde have været forhindret.

50. De klinisk mikrobiologiske afdelinger oplyser generelt, at HAIBA-data kan bruges som indikator for forekomsten af hospitalsinfektioner. I 2015 og 2016 har Region Hovedstaden og Region Sjælland haft regional overvågning baseret på HAIBA-data, hvor udviklingstendenserne afrapporteres til hospitalerne. Flere klinisk mikrobiologiske afdelinger oplyser, at HAIBA har gjort dem opmærksomme på indsatsområder i forhold til forekomsten af visse infektioner. Odense Universitetshospital oplyser fx, at de planlægger en indsats i forhold til blodforgiftninger, da de kan se, at hospitalet ligger relativt højt i forhold til andre.

Afdelinger og brug af persondata

51. Vi har undersøgt afdelingernes brug af HAIBA, fordi overvågningen giver mulighed for at følge afdelingens udvikling over tid. Fordelen ved at bruge HAIBA, som samler registreringer fra alle hospitaler, er, at det giver en afdeling mulighed for at se afdelingens infektionsforekomst i forhold til tilsvarende afdelinger på andre hospitaler.

Undersøgelsen viser, at 35 ud af 38 behandlende afdelinger i undersøgelsen hverken var bekendt med deres egen infektionsforekomst over tid eller deres infektionsforekomst sammenlignet med andre. Kun 3 ud af de 38 afdelinger i undersøgelsen har foretaget opslag i HAIBA. Selv om HAIBA blev etableret i 2015, har afdelingerne således kun i begrænset omfang kendt til og brugt databasen. De klinisk mikrobiologiske afdelinger har fulgt udviklingen, men hospitalerne oplyser, at de afdelinger, der til daglig behandler patienter, har brug for data, der kan kobles direkte til den enkelte patient, bl.a. fordi en afdeling er stor og dækker over flere afsnit. Dette vil give mulighed for at afgøre, om de hospitalsinfektioner, der indfanges i HAIBAs overvågning, stemmer overens med de kliniske vurderinger. Det kan data fra HAIBA ikke. Hospitalerne oplyser, at der har været flere rapporterede fejl i HAIBAs dataopgørelser, som har gjort, at lægerne har sat spørgsmålstegn ved, om HAIBA gav et troværdigt billede af infektionsforekomsten. Fejlene bliver rettet, i takt med at de opdages, men det har forsinket anvendelsen af disse rapporter lokalt.

52. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at afdelingerne i højere grad kunne have brugt data fra HAIBA, så afdelingerne var bekendt med udviklingen i deres egen infektionsforekomst og samtidig kunne se, hvordan de lå i forhold til andre afdelinger. Denne viden kunne bruges i forbedringsarbejdet og fx medvirke til, at afdelingerne søgte viden om god praksis hos hinanden.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hospitalerne selv har et ansvar i forhold til den manglende data i perioden frem til, at HAIBA blev etableret, idet flere hospitaler kunne have deltaget i prævalensundersøgelserne, så data kunne have været anvendt både nationalt, regionalt og lokalt. Fra 2015 har hospitalernes klinisk mikrobiologiske afdelinger brugt de data, som HAIBA stiller til rådighed. Det er derudover Rigsrevisionens opfattelse, at etableringen og brugen af HAIBA giver bedre estimater for forekomsten af hospitalsinfektioner, der fremadrettet kan bruges nationalt, regionalt og lokalt til at formulere et specifikt mål for den ønskede udvikling.

53. Udfordringen med personhenførbare data gælder ikke kun HAIBA, men også andre databaser. I Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland har udviklingen af egne lokale databaser til overvågning af hospitalsinfektioner været stoppet eller sat på standby. Region Syddanmark og Region Midtjylland oplyser, at de bl.a. på grund af mangel på personhenførbare data fra HAIBA har genoptaget udviklingen af deres egne databaser, da de forventer, at det snart vil blive afklaret, om de må bruge data på patientniveau. Samtidig vurderer de 2 regioner, at de vil kunne bruge deres egne databaser bedre end HAIBA.

54. Statens Serum Institut oplyser, at de anerkender behovet for at tilgå personhenførbare oplysninger i HAIBA for at få det fulde udbytte. Det er imidlertid ikke umiddelbart foreneligt med lov om behandling af personoplysninger, hvor der bl.a. til visse videregivelsesformål kræves specifik hjemmel. Seruminstituttet har løbende været i dialog med regionerne og departementet om spørgsmålet, og der er aktuelt enighed om, at der godt kan videregives oplysninger på personniveau til brug for fx validering af data, mens der skal skabes mere specifik hjemmel til andre formål. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at ministeriet forventede at fremsætte et lovforslag i oktober 2017, som bl.a. skulle være med til at sikre den nødvendige hjemmel. Fremsættelsen af lovforslaget er imidlertid blevet udskudt, og tidspunktet for en fremsættelse er ukendt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er vigtigt for det fremtidige arbejde med at sikre kvalitetsudvikling, at der arbejdes hen imod en snarlig afklaring af hjemmelsspørgsmålet.

55. Rigsrevisionen finder det positivt, at flere klinisk mikrobiologiske afdelinger har taget initiativ til at udvikle lokale tiltag til overvågning af hospitalsinfektioner, når de har vurderet, at de manglede data. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at det er centralt, at der styringsmæssigt kan skabes en sammenhængende overvågning, hvor vidensbehov på nationalt, regionalt og lokalt niveau understøttes gennem et fælles accepteret datagrundlag. Det bør derfor sikres, at udviklingen af lokale systemer ikke betyder, at valideringen af data i HAIBA nedprioriteres.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at regionerne og hospitalerne samlet set ikke i tilstrækkelig grad har sikret overvågning af forekomsten af hospitalsinfektioner.

Sundheds- og Ældreministeriet har understøttet en national overvågning af forekomsten af udvalgte hospitalsinfektioner gennem prævalensundersøgelser og etableringen af HAIBA.

Ikke alle regioner og hospitaler har ønsket at deltage i de nationale prævalensundersøgelser og dermed bidrage til at sikre data om udviklingen i hospitalsinfektioner i perioden 2013-2014 og frem til etableringen af HAIBA i 2015. Statens Serum Institut og de regioner og hospitaler, der ikke har deltaget, har ikke været enige om værdien af data fra prævalensundersøgelserne. Flere regioner og klinisk mikrobiologiske afdelinger har i stedet haft egne overvågninger.

Selv om HAIBA blev etableret i 2015, har kun 3 af 38 afdelinger brugt data til at få indsigt i, hvor mange hospitalsinfektioner der pådrages på afdelingen. Data kan ikke personhenføres, hvilket afdelingerne vurderer begrænser deres mulighed for at validere og bruge data i deres kvalitetsarbejde. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at afdelingerne i højere grad kunne have brugt data til at følge udviklingen i afdelingernes egne infektionsforekomster og se, hvordan de lå i forhold til andre afdelinger. Derudover kan HAIBA bruges til at opstille reduktionsmål.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet forventede at fremsætte et lovforslag i oktober 2017, som bl.a. skulle være med til at sikre den nødvendige hjemmel til, at afdelingerne kan personhenføre data i HAIBA. Fremsættelsen af lovforslaget er imidlertid blevet udskudt, og tidspunktet for en fremsættelse er ukendt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er vigtigt for det fremtidige arbejde med at sikre kvalitetsudvikling, at der arbejdes på en snarlig afklaring af hjemmelsspørgsmålet.

3. Efterlevelse af retningslinjer for hygiejne

DELKONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad har en hygiejne, der lever op til retningslinjerne.

Rengøring
Undersøgelsen viser, at hospitalerne ikke i tilstrækkeligt omfang efterlever retningslinjernes krav til rengøring, så smitteveje minimeres. I perioden 2013-2016 levede hospitalerne ikke op til målene i 29 % af rengøringskontrollerne. Der var fra 2013 til 2014 en positiv udvikling, mens udviklingen stagnerede fra 2014 til 2016. I 2016 levede hospitalerne ikke op til målene i 20 % af rengøringskontrollerne. I enkelte kontroller var det i 2016 ned til 40 % af operationsstuerne og 62 % af et samlet hospitals lokaler, der blev godkendt.

HVEM GØR RENT?
Rengøringspersonalet er det personale, der har ansvaret for rengøring. De kan være ansat i en særskilt serviceafdeling eller på de behandlende afdelinger.

Sundhedspersonalet eller plejepersonalet er det personale, hvis funktion primært er rettet mod patienten. Sundheds- og plejepersonalet har også opgaver, der har betydning for, hvor rent der er på hospitalerne.

Det er ikke kun rengøringspersonalet, der har ansvaret for, at der er rent på hospitalet. Vedligeholdelse, inventar og sundhedspersonalets patientnære rengøringsopgaver er også vigtige. Undersøgelsen viser, at der er mange svigt på de områder, hvor det ikke er rengøringspersonalet, der er ansvarligt, men på 5 af de 10 hospitaler indgår rengøringsopgaver, som sundhedspersonalet er ansvarlig for, ikke i bedømmelsen af, om hospitalet lever op til målet i en kontrol af rengøringen eller ej. På ingen af hospitalerne indgår mangelfuld vedligeholdelse af bygninger og indretnings-, design- og materialerelaterede udfordringer i bedømmelsen, selv om disse kan have stor betydning for rengøringskvaliteten og rengøringens mulighed for at afbryde smitteveje. Fordi kontrollerne ofte kun omfatter de områder, hvor det er rengøringspersonalet, der er ansvarligt, kan det derfor ikke altid ses som udtryk for, at et hospital er rent, at hospitalet i en rengøringskontrol lever op til målet.

Hånd- og uniformshygiejne
Undersøgelsen viser, at hospitalerne ikke i tilstrækkeligt omfang efterlever retningslinjernes krav til hånd- og uniformshygiejne. I perioden 2013-2016 levede hospitalerne ikke op til deres egne mål i 54 % af deres kontroller af over 19.000 observationer af håndhygiejne, selv om korrekt udførelse af håndhygiejne er den bedste metode til at forebygge smittespredning. Resultaterne viser, at udviklingen i perioden 2013-2016 samlet set er forbedret, men at der fortsat er et væsentligt forbedringspotentiale.

Hospitalerne levede i 43 % af deres kontroller af over 18.000 observationer af uniformering ikke op til deres egne mål. Resultaterne viser, at der var en negativ udvikling i perioden 2013-2016. Der er for uniformshygiejne fortsat et væsentligt forbedringspotentiale.

56. Dette kapitel handler om, hvorvidt hospitalerne har sikret efterlevelse af retningslinjerne for hygiejne, så patienterne ikke udsættes for unødig smitte.

Hygiejne anses som den mest effektive indsats til at afbryde smitteveje for de bakterier, der giver infektioner. *Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) om generelle forholdsregler i sundheds*sektoren fra 2017 samler krav om og anbefalinger til, hvad der er afgørende for at minimere risikoen for smitteoverførsel. Retningslinjerne fremhæver rengøring, korrekt udførelse af håndhygiejne og korrekt brug af arbejdsuniform som nogle af de vigtigste elementer i god hygiejne. Vi har derfor valgt at afgrænse undersøgelsen til disse 3 hygiejniske områder.

3.1. RENGØRING

57. Rengøring har til formål at minimere bakterier, der samler sig i støv og snavs på overflader rundt omkring på hospitalet, hvorfra de kan spredes til patienter. Rengøring har derfor en vigtig funktion i forhold til at afbryde smitteveje og forebygge smitterisiko.

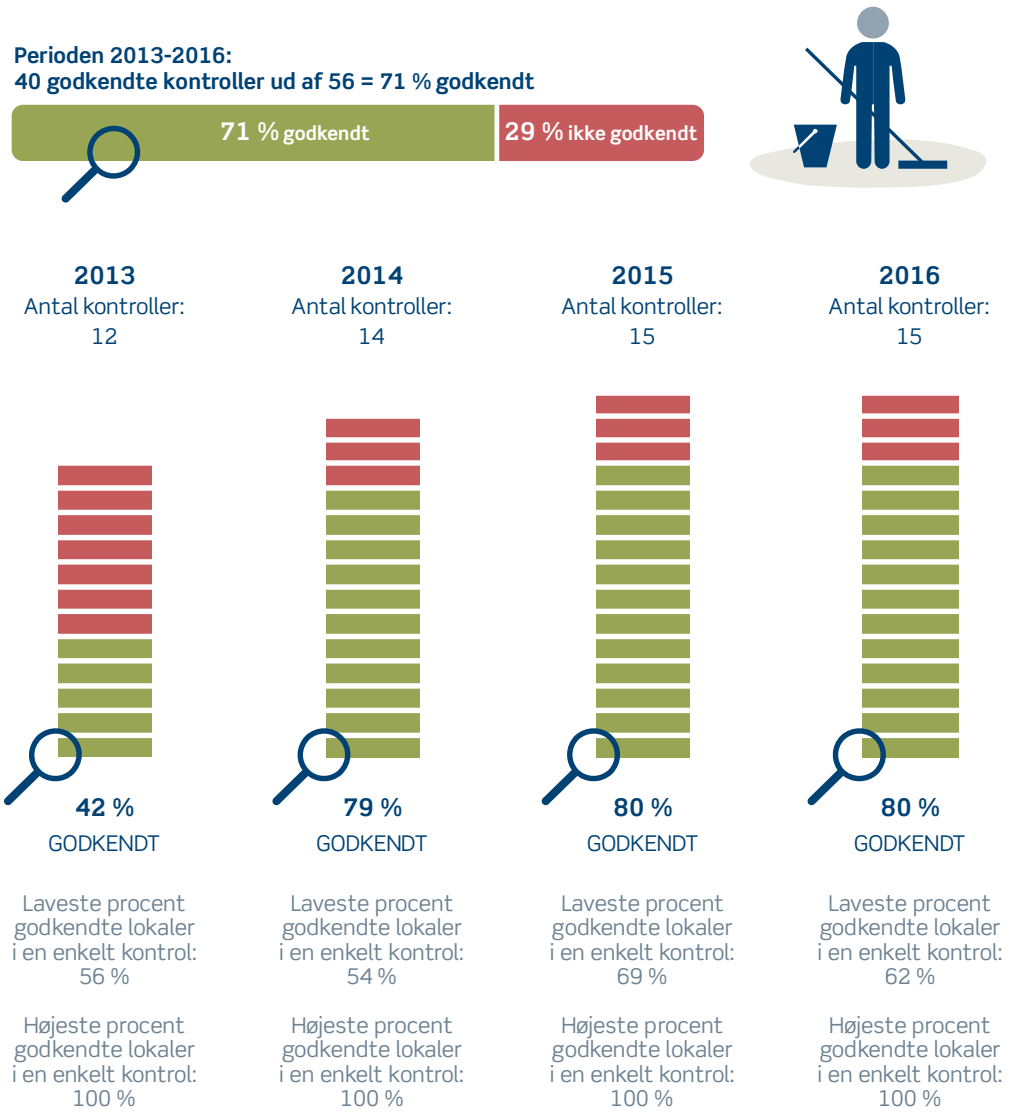
58. Der er retningslinjer, der beskriver krav til rengøring på hospitalerne. Hospitalerne får udført kontroller af, om rengøringen lever op til kravene. Vi har undersøgt, om kontroller af rengøringen viser, at rengøringen på hospitalerne lever op til kravene og dermed er vurderet som godkendt. Vi baserer vores gennemgang på de 10 hospitalers i alt 56 rengøringskontroller.

Figur 3 viser kontroller fordelt på, hvor stor en andel der blev godkendt i perioden 2013-2016. Samtidig vises andelen af godkendte kontroller pr. år og andelen af godkendte lokaler i den dårligste og i den bedste kontrol for det enkelte år.

Punkt nr. 5 - Orientering: Status pr. januar 2019 for arbejdet med hospitalsinfektioner på baggrund af Rigsrevisionens beretning
Bilag 1 - Side -28 af 68

FIGUR 3

RESULTAT AF KONTROLLER AF RENGØRING



Note: Figuren omfatter 53 kontroller, der er udført af eksterne kontrollanter og 3 kontroller, der er udført internt på hospitalet. Resultaterne af de 10 hospitalers rengøringskontroller fremgår af tabel A i bilag 2.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af hospitalernes rengøringskontroller.

Figur 3 viser det samlede resultatet af de 10 hospitalers rengøringskontroller. Her ses det, at der i perioden 2013-2016 i alt var 40 ud af 56 rengøringskontroller, der blev godkendt og dermed levede op til det acceptable kvalitetsniveau, dvs. at hospitalerne samlet i perioden levede op til målene og fik godkendt 71 % af rengøringskontrollerne, mens de i 29 % af rengøringskontrollerne ikke levede op til målene.

Figur 3 viser videre, at der var en markant positiv udvikling fra 2013 til 2014. I 2013 var det således kun 42 % af kontrollerne, der levede op til målene, mens det i 2014 var 79 %. Fra 2014 er udviklingen stagneret, idet det i både 2015 og 2016 var 80 % af kontrollerne, der levede op til målene. Alle hospitaler oplyser, at rengøringskontrollerne afdækkede store mangler i rengøringskvaliteten, dengang de blev indført. Der har af den grund været et stort og kontinuerligt fokus og en intensiveret indsats på området.

Figur 3 viser desuden, at kontrollen med den laveste andel godkendte lokaler i 2013 havde 56 % lokaler, der levede op til kravene. I 2014 var den laveste andel godkendte lokaler i en kontrol 54 %. I 2015 steg det til 69 %, mens det i 2016 faldt til 62 %.

59. Hospitalerne og de eksterne kontrollanter ser i rengøringskontrollerne også i flere tilfælde særskilt på operationsstuer. På baggrund af vores gennemgang af de 10 hospitalers rengøringskontroller i perioden 2013-2016 har det været muligt at opgøre resultaterne af rengøringskontroller på operationsstuer fra 6 hospitaler. Denne gennemgang viser, at der på operationsstuerne har været en positiv udvikling i resultaterne. Særligt på Rigshospitalet og Regionshospital Nordjylland, Hjørring har der været en stor udvikling. I 2013 fik Rigshospitalet godkendt 20 % af deres operationsstuer ved ekstern kontrol mod 100 % i 2016. Regionshospitalet Nordjylland, Hjørring fik i 2013 godkendt 39 % af operationsstuerne mod 94 % i 2016. Ved de seneste rengøringskontroller i 2016 lå andelen af godkendte operationsstuer på tværs af de 6 hospitaler dog mellem 40 % og 100 %.

60. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hospitalerne fra 2013 til 2014 er lykkedes med at skabe forbedringer af rengøringen, men at niveauet i 2013 også var meget lavt. Der er derfor fortsat et væsentligt forbedringspotentiale. I 2014, 2015 og 2016 var det omkring 1/5 af hospitalernes samlede rengøringskontroller, der ikke levede op til målene. I de enkelte kontroller i 2016 var der helt ned til 40 % godkendte operationsstuer og 62 % godkendte lokaler på samlet hospitalsniveau.

61. Region Midtjylland bruger et andet vurderingssystem end de øvrige regioner. Deres rengøringskontroller opgøres ikke efter godkendt/ikke godkendt, men vurderes fra A til D.

Rigsrevisionen har foretaget vurderingen af Region Midtjyllands kontroller med det udgangspunkt, at lokaler og kontroller med A-vurdering har betegnelsen ”tilfredsstillende”, hvilket vi sidestiller med, at lokalet eller kontrollen er godkendt.

Regionen oplyser, at de ikke er enige i Rigsrevisionens vurdering af, at B-, C- og D-vurderede lokaler og kontroller betragtes som ikke-godkendte.

Vi har i figur 3 vurderet, at lokalet eller kontrollen ikke er godkendt, hvis det eller den ikke har fået en A-vurdering. Det har vi gjort, da et lokale eller en kontrol, der opnår B-vurdering eller lavere, jf. Region Midtjyllands rengøringskontroller, får denne vurdering, fordi der som minimum er tale om flere svigt.

Områder, der ikke er omfattet af kontrollerne

62. Resultaterne af rengøringskontrollerne kan ikke ses som et udtryk for, hvor rent der generelt er på hospitalerne, men for kvaliteten af den rengøring, der udføres af rengøringspersonalet. Kontrollerne vurderer alene resultatet efter endt rengøring, inden lokalet tages i brug. Kontrollerne tager fx ikke højde for, hvor ofte der gøres rent. Derudover er der rengøringsopgaver og områder, som ikke er omfattet af kontrollerne.

Ofte vil områder, der ikke er omfattet af kontrollen og dermed ikke tæller med i den samlede bedømmelse, blive beskrevet som indirekte observationer i den rapport, som de eksterne kontrollanter laver til hospitalet. Vores undersøgelse viser, at der konstateres mange rengøringssvigt på de områder, der ikke er omfattet af kontrollen.

63. Alle hospitaler oplyser, at der er retningslinjer for, hvem der skal tage sig af de forskellige rengøringsopgaver. I mange af rengøringskontrollerne er der indirekte observationer af områder, som handler om sundhedspersonalets rengøringsopgaver. På Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital, Hospitalsenheden Vest, Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland, Hjørring vil sådanne svigt ifølge hospitalerne indgå i vurderingen, mens de på de resterende 5 hospitaler ikke indgår. Region Syddanmark oplyser, at sundhedspersonalets rengøringsopgaver indgår i vurderingen fra 2017.

64. Et skyllerum er et eksempel på et område, der i høj grad skal holdes rent af sundhedspersonalet. Skyllerummet er der, hvor brugte redskaber rengøres og/eller desinficeres, og hvor der bl.a. håndteres prøver af afføring og urin. I skyllerum er der risiko for kontaktsmitte på grund af sammenblanding af rene og urene procedurer. Derfor er det optimale, at rene og urene opgaver foregår i separate rum. Hvis man alligevel vælger et kombineret rent og urent rum, skal der som minimum være en indretning, der fremmer adskillelse af det rene fra det urene, fx ved opsætning af en skillevæg. I boks 4 er der eksempler fra vores gennemgang af resultaterne fra hospitalernes egne og eksterne kontroller af skyllerum. Hvis der er svigt i sundhedspersonalets udførelse i rengøringen af disse, vil det ikke nødvendigvis have indflydelse på, om hospitalet lever op til målet og får godkendt en rengøringskontrol eller ej.

BOKS 4

RESULTATER VEDRØRENDE SKYLLERUM

- Der findes urene bækkener (med rester af afføring) i skabet.
- Urene krykker er placeret tæt på rene redskaber.
- Bækkenkogeren bliver både brugt til at koge bækkener og til at rengøre instrumenter i. Nogle af disse instrumenter anvendes derefter uden yderligere behandling.
- Bækkenkogeren fremstår med meget rust og er dermed snavset.
- Julepynt ligger på en hylde over rene redskaber.
- Udslagskumme er meget beskidt, og der hænger en geléklump ud af vandhanen. Bækkenvaskere har afføringspletter. Sedler med instruktioner er sat på bækkenvaskere. Disse bør fjernes, da man ikke kan gøre rent på bækkenvaskernes overflader. Ikke alt personale er klar over, hvordan bækkenvaskeren bruges.
- Urene fade står på papirble sammen med et rent bækken, der er sat til tørring. Bleer skal fjernes fra overflader, for at rengøringen kan komme til. Der skal sikres arbejdsgange, så alle ved, hvor der er uren og ren zone.

Kilde: Hospitalernes egne og eksterne kontroller.

65. Undersøgelsen viser, at der på alle 10 hospitaler er forskellige udfordringer med at sikre effektiv rengøring på grund af bygnings-, indretnings-, design- og materialerelaterede udfordringer.

Bygningsmæssige udfordringer og manglende vedligeholdelse, fx defekte overflader eller nedslidt materiale, kan være med til at besværliggøre rengøringen og dermed påvirke kvaliteten af denne. I boks 5 er der eksempler på dette fra vores gennemgang af resultaterne fra hospitalernes egne og eksterne kontroller. På ingen hospitaler indgår dette i vurderingen af, om hospitalet lever op til målet og får godkendt en rengøringskontrol eller ej.

BOKS 5

EKSEMPLER PÅ MANGELFULD VEDLIGEHOLDELSE

- På filtre over leje i operationsstuer er der observeret blodpletter, som ikke kan fjernes af rengøringspersonalet.
- Malingen skaller af flere steder, og inventaret bærer præg af mange års brug og slitage, hvilket kan være en hindring for en optimal rengøring i det daglige.
- Gelændere af træ langs med gangene. Malingen er flere steder slidt af – træet er flere steder direkte skadet. Det er en hindring for god smitteafbrydelse, idet de udgør en fælles kontaktflade i afdelingen, og på grund af slitage kan de ikke desinficeres med klor.
- Badeværelser og toiletter bruges som rent depot for bækkenstole og badestole. Rengøring af lokalet vanskeliggøres, og der er risiko for at forurene udstyret.

Kilde: Hospitalernes egne og eksterne kontroller.

66. Indretning, der besværliggør rengøring på grund af placering af udstyr eller materiale, indgår heller ikke i rengøringskontrollerne. Afdelingerne i undersøgelsen oplyser, at der særligt er udfordringer med pladsmangel på grund af overbelægning og patienternes hjælpemidler (fx rollator). Stativer, udstyr, løse ledninger mv. gør det svært for rengøringspersonalet at komme til. Derudover er der materialer, som ikke kan aftørres og sprittes af, fx klokkesnore, stofbetræk på møbler og afskærmningsgardiner mellem sengene. I boks 6 er der eksempler fra vores gennemgang af hospitalernes egne og eksterne kontroller vedrørende dårlig indretning.

BOKS 6

EKSEMPLER PÅ DÅRLIG INDRETNING

- Stole med polstret betræk med faste pletter.
- Klokkesnor er forlænget med bændel på det ene toilet, og denne ligger hen ad gulvet. Bændlet kan ikke rengøres og skal udskiftes til aftørbart materiale. Det er ikke aftalt, hvornår og af hvem klokkesnoren skal rengøres.
- Afskallede ben på toiletstativer kan ikke rengøres og bør udskiftes.
- Håndtag, der er ødelagte og forsøgt sat sammen med tape, kan heller ikke rengøres.
- Vægtæpper i samtalerum og tæppe i venteværelse.
- Flere senge er gamle og har afskallet maling på især sengeramme og sengehest.
- Skærme af stof, som fremstår plettede. Stofmateriale som afskærmning mellem patienter på en intensiv afdeling er ikke anbefalelsesværdigt, de bør kasseres.
- Skraldespande og håndklædeholdere er sat meget tæt ved hinanden. Derved risikerer de rene håndklæder at blive forurenet.
- Der er kun 2 badeværelser til 32 patienter. Det ene badeværelse er meget lille og fremstår meget snavset på patientnært udstyr, fx sæde. Fliser og vægge er meget tilkalkede. Forhæng er meget snavset. Der er ikke plads til et snavsetøjsstativ. Det større badeværelse anvendes til depot for rene badetaburetter, badestole og meget andet udstyr. Det er desuden svært at gøre badeværelset rent, når det har depotlignende karakter.
- Badeværelser og toiletter anvendes som rent depot for bækkenstole og badestole. Rengøring af lokaler vanskeliggøres, og der er risiko for at forurene udstyret inden næste brug.

Kilde: Hospitalernes egne og eksterne kontroller.

67. Hospitalerne oplyser generelt, at de er i en proces, hvor inventar løbende skiftes ud til mere rengøringsvenlige materialer, og hvor hygiejniske overvejelser i højere grad indgår ved valg af design og indretning. Hospitalerne oplyser, at de ikke har råd til at skifte alt ud på én gang, men at der ved nye indkøb tages højde for rengøringsvenlighed og hygiejne i valg af materialer og design.

68. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at manglende kontrol af rengøringsopgaver, der udføres af sundhedspersonalet, giver et ufuldstændigt billede af rengøringskvaliteten. Dette forhold skærpes af, at alle hospitaler og afdelinger oplyser, at der til trods for klare retningslinjer for arbejdsfordelingen og en løbende indsats for at håndtere gråzoner i praksis kan opstå tvivl om arbejdsfordelingen.

Det er samtidig Rigsrevisionens opfattelse, at mangelfuld vedligeholdelse af bygninger, udfordringer med indretning, design og materialer ud fra de beskrevne eksempler kan have stor betydning for rengøringskvaliteten og rengøringens muligheder for at afbryde smitteveje i bygningssprækker, stofmøbler o.l., hvor urenheder kan ophobe sig.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at hospitalerne ikke i tilstrækkeligt omfang efterlever retningslinjernes krav til rengøring, så smitteveje minimeres.

Hospitalerne levede i 29 % af kontrollerne ikke op til målene i perioden 2013-2016. Fra 2013 til 2014 skete der en markant forbedring af hospitalernes efterlevelse af retningslinjer for rengøring, mens udviklingen stagnerede fra 2014 til 2016. I 2016 blev 80 % af hospitalernes kontroller godkendt, hvormed hospitalerne i 20 % af kontrollerne ikke levede op til målene. Hospitalerne havde i de enkelte kontroller i 2016 helt ned til 40 % godkendte operationsstuer og 62 % godkendte lokaler på samlet hospitalsniveau.

Rengøringskontrollerne tager ikke højde for, om hospitalerne sikrer, at der gøres rent ofte nok, og på 5 af de 10 hospitaler indgår rengøringsopgaver, som sundhedspersonalet er ansvarlig for, ikke i bedømmelsen. Undersøgelsen viser, at der i de eksterne rengøringskontroller konstateres og beskrives mange rengøringssvigt på de områder, hvor det er sundhedspersonalet, der har rengøringsopgaven.

Rengøringskontrollerne tager ikke højde for mangelfuld vedligeholdelse af bygninger og indretnings-, design- og materialerelaterede udfordringer, selv om disse kan have stor betydning for rengøringskvaliteten og rengøringens muligheder for at afbryde smitteveje.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at manglende kontrol af sundhedspersonalets rengøringsopgaver og forhold af vedligeholdelsesmæssig og indretningsmæssig karakter medfører, at der ikke kan opnås et fyldestgørende billede af rengøringskvaliteten. Det kan derfor ikke altid ses som udtryk for, at et hospital er rent, at hospitalet i en rengøringskontrol lever op til målet.

3.2. HÅND- OG UNIFORMSHYGIEJNE

69. Korrekt udførelse af håndhygiejne er den bedste måde at forebygge smittespredning på. Håndhygiejne består af både håndvask og hånddesinfektion. Hvilken metode, der skal bruges, afhænger af, hvor beskidte og fugtige hænderne er, og om opgaven indeholder rene eller urene procedurer. Ligesom sundhedspersonalets hænder kan uniformen let blive forurenet med bakterier i løbet af en arbejdsdag.

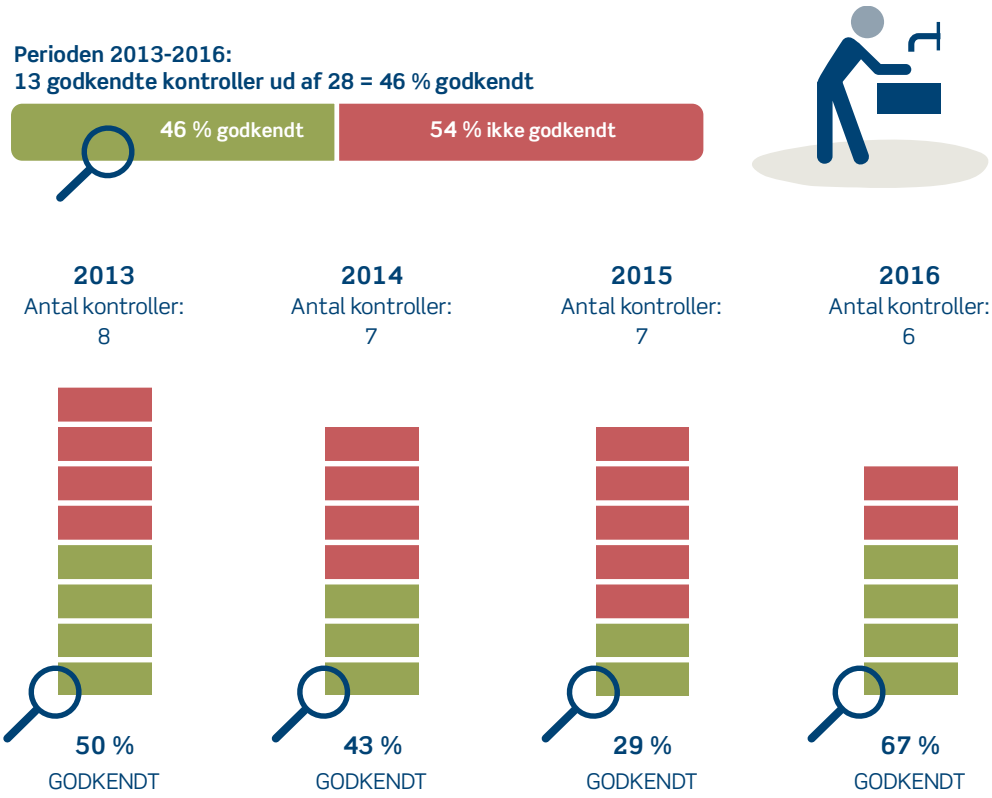
70. Der er retningslinjer, som beskriver krav til hånd- og uniformshygiejne. Vores undersøgelse viser, at alle 10 hospitaler arbejder med forskellige former for kontroller af hånd- og uniformshygiejne. Kontrollerne foretages gennem forskellige former for interne auditeringer, der har til formål at belyse, om retningslinjerne bliver overholdt og dermed, om medarbejderne har viden om og kan udføre korrekt hånd- og uniformshygiejne. Hospitalerne har forskellige mål, som er vist i tabel B i bilag 2.

Hospitalernes resultater for efterlevelse af håndhygiejne

71. Vi har undersøgt, om hospitalerne lever op til de mål, de har sat for efterlevelse af håndhygiejne. Vi har i alt modtaget resultater af kontroller af flere end 19.000 personers håndhygiejne i perioden 2013-2016. Det har været muligt at opgøre målopfyldelsen på hospitalsniveau for 6 af de 10 hospitaler. Figur 4 viser kontroller fordelt på, hvor stor en andel der blev godkendt i perioden 2013-2016. Samtidig vises andelen af godkendte kontroller pr. år.

FIGUR 4

RESULTAT AF KONTROLLER AF HÅNDHYGIEJNE



Note: Personalets efterlevelse i de enkelte kontroller og udviklingen i de 6 hospitalers resultater fremgår af tabel C i bilag 2.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af hospitalernes kontroller af håndhygiejne i perioden 2013-2016 (hospitalsniveau).

Figur 4 viser det samlede resultat for de 6 hospitaler, der har udført håndhygiejnekontroller for hele hospitalet. Her ses det, at der samlet i perioden 2013-2016 i alt var 13 ud af 28 håndhygiejnekontroller, der levede op til hospitalernes egne mål, dvs. at hospitalerne levede op til målene og fik godkendt 46 % af håndhygiejnekontrollerne, mens de ikke levede op til målene i 54 % af kontrollerne.

Figur 4 viser videre, at der er tale om en svingende udvikling i undersøgelsesperioden. I 2013 var det således 50 % af kontrollerne på hospitalsniveau, der levede op til egne mål, i 2014 var det 43 %, i 2015 var det 29 %, og endelig i 2016 var det 67 %. Niveauet var således bedre i 2016 end i de foregående år, men der er fortsat et væsentligt forbedringspotentiale for hospitalerne.

72. Da det ikke er alle hospitaler, der har data på hospitalsniveau, har vi også undersøgt håndhygiejnekontroller fra undersøgelsens 38 afdelinger. Resultaterne på afdelingsniveau fremgår af tabel D i bilag 2, og de viser et lidt bedre billede end resultaterne på hospitalsniveau, da afdelingerne levede op til målene i 64 % af deres 145 kontroller, hvormed 36 % af kontrollerne ikke levede op til målene.

Vores gennemgang viser, at de typiske forklaringer på manglende efterlevelse af god håndhygiejne er, at personalet ikke spritter af i overensstemmelse med retningslinjerne, fx at der bruges for lidt sprit og for lidt tid til de forskellige procedurer.

Afdelingerne i undersøgelsen oplyser generelt, at der er behov for et vedvarende fokus på håndhygiejne, herunder også på patienters og pårørendes håndhygiejne. Flere af hospitalernes egne undersøgelser viser, at patienterne ikke altid er informeret om vigtigheden af at udføre håndhygiejne, ikke får spritservietter med deres madbakker eller ikke har sprit på deres sengebord. I boks 7 er der eksempler fra vores gennemgang af resultaterne fra hospitalernes egne kontroller vedrørende håndhygiejne.

BOKS 7

EKSEMPLER PÅ MANGELFULD HÅNDHYGIEJNE I KONTROLLER

- Tekniker begynder udpakning til det sterile bord ved operation. Der blev ikke udført håndhygiejne på noget tidspunkt i forbindelse med udpakningen, som blev afbrudt 2 gange, da teknikeren kortvarigt forlod stuen.
- 2 kirurger udførte ikke håndhygiejne efter at have taget deres operationshandsker af. De gik både til tastatur og herefter i kaffestuen.
- Afsnittene oplyser, at de kommer spritservietter på madbakker. Der observeres 3 madbakker, hvor der ikke er givet spritserviet, dog oplyser en patient i isolation, at hun altid får en spritserviet på bakken.
- Enkelte kolleger er særdeles sjuskede med håndhygiejnen og har beskidte negle eller går med gennemsigtig neglelak.

Kilde: Hospitalernes egne kontroller af håndhygiejne.

73. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at resultaterne på både hospitals- og afdelingsniveau viser, at der fortsat er væsentlige udfordringer med at sikre efterlevelse af retningslinjerne for håndhygiejne.

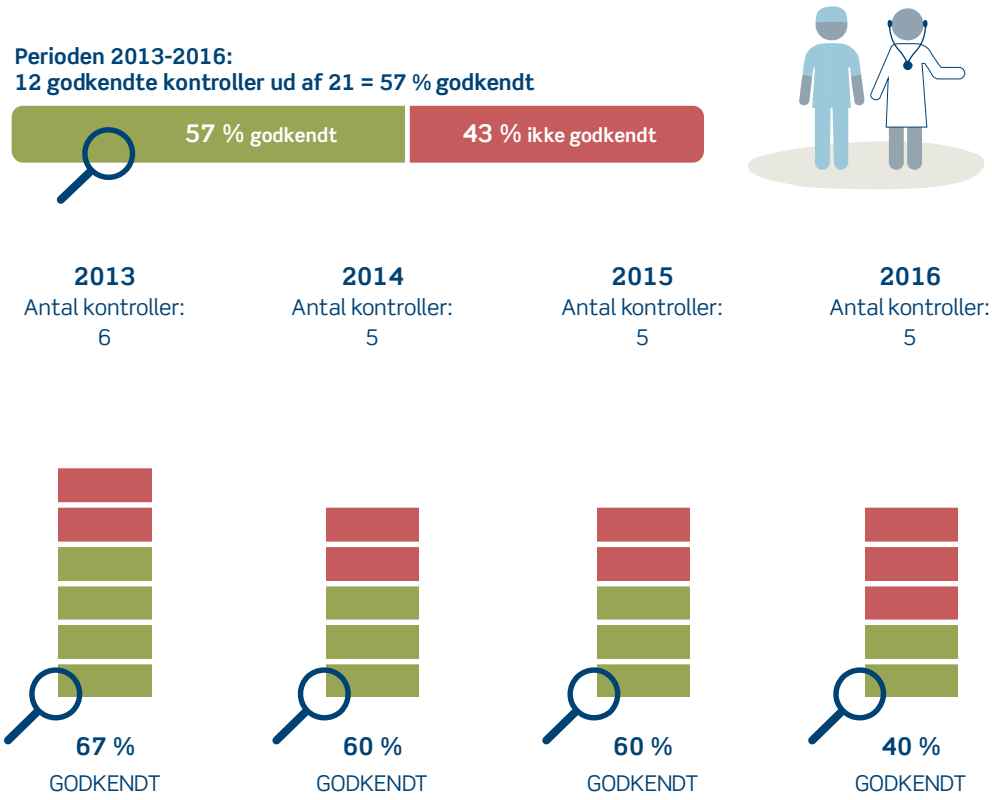
Hospitalernes resultater for efterlevelse af uniformshygiejne

74. Uniformen er den beklædning, sundhedspersonalet skal iføre sig ved arbejdets start inden udførelse af sundhedsydelser, dvs. ofte en kittel. Der er en række krav til uniformen for at forhindre spredning af bakterier. Fx skal uniformen være kortærmet over albueniveau, så der let kan udføres håndhygiejne, og uniformen skal udskiftes dagligt. Derudover indebærer krav til korrekt uniformering, at personalet ikke må bruge neglelak eller bære ure, ringe eller andre smykker på hænder og underarme, som derved gør dem svære at holde rene.

Vi har undersøgt, om hospitalerne lever op til de mål, de har sat for efterlevelse af uniformshygiejne. Vi har i alt modtaget resultater for kontroller af flere end 18.000 personers uniformshygiejne i perioden 2013-2016. Det har været muligt at opgøre målopfyldelsen på hospitalsniveau for 6 af de 10 hospitaler. Figur 5 viser kontroller fordelt på, hvor stor en andel der blev godkendt i perioden 2013-2016. Samtidig vises andelen af godkendte kontroller pr. år.

FIGUR 5

RESULTAT AF KONTROLLER AF UNIFORMSHYGIEJNE



Note: Personalets efterlevelse i de enkelte kontroller og udviklingen i de 6 hospitalers resultater fremgår af tabel E i bilag 2.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af hospitalernes kontroller af uniformshygiejne i perioden 2013-2016 (hospitalsniveau).

Figur 5 viser det samlede resultat for de 6 hospitaler, der har udført kontroller af uniformshygiejne for hele hospitalet. Her ses det, at der samlet i perioden 2013-2016 i alt var 12 ud af 21 uniformshygiejnekontroller, der levede op til hospitalernes egne mål, dvs. at hospitalerne levede op til målene og fik godkendt 57 % af kontrollerne af uniformshygiejne, mens de ikke levede op til målene i 43 % af kontrollerne.

Figur 5 viser videre, at der er en negativ udvikling i undersøgelsesperioden. I 2013 var det således 67 % af kontrollerne på hospitalsniveau, der levede op til hospitalernes egne mål, i 2014 og 2015 var det 60 %, og i 2016 var det 40 %. Der er derfor fortsat et væsentligt forbedringspotentiale for hospitalerne.

75. Da det ikke er alle hospitaler, der har data på hospitalsniveau, har vi også undersøgt kontroller af uniformshygiejne fra undersøgelsens 38 afdelinger. Resultaterne fremgår af tabel F i bilag 2, og de viser et lidt bedre billede end resultaterne på hospitalsniveau, da afdelingerne levede op til målene i 75 % af deres 64 kontroller, hvormed 25 % af kontrollerne ikke levede op til målene. Efterlevelsen i de enkelte kontroller er generelt højere for uniformshygiejne, end den er for håndhygiejne.

76. Afdelingerne oplyser, at der er et stort vedvarende fokus på efterlevelsen af retningslinjerne for uniformshygiejne, herunder brug af håndsmykker.

77. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at resultaterne på både hospitals- og afdelingsniveau viser, at der fortsat er væsentlige udfordringer med at sikre efterlevelse af retningslinjerne for uniformshygiejne.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad efterlever retningslinjerne for hånd- og uniformshygiejne.

På hospitalsniveau blev der i perioden 2013-2016 udført 28 kontroller af håndhygiejne, der fordelte sig på 6 hospitaler og flere end 19.000 ansatte. 15 ud af de 28 håndhygiejnekontroller, svarende til 54 % af de 6 hospitalers kontroller, levede ikke op til hospitalernes egne mål. På afdelingsniveau levede afdelingerne ikke op til hospitalernes egne mål i 36 % af kontrollerne. Udviklingen i resultaterne på hospitalsniveau viser udsving i løbet af perioden, men resultaterne viser samlet set, at udviklingen i perioden er forbedret fra 50 % godkendte kontroller i 2013 til 67 % i 2016. Der er dog fortsat et væsentligt forbedringspotentiale for hospitalerne i forhold til at opnå egne mål for efterlevelse af håndhygiejne.

Punkt nr. 5 - Orientering: Status pr. januar 2019 for arbejdet med hospitalsinfektioner på baggrund af Rigsrevisionens beretning
Bilag 1 - Side -38 af 68

Der blev på hospitalsniveau i perioden 2013-2016 udført 21 kontroller af uniformshygiejne, der fordelte sig på 6 hospitaler og flere end 18.000 ansatte. 9 af de 21 uniformshygiejne-kontroller, svarende til 43 % af de 6 hospitalers kontroller, levede ikke op til hospitalernes egne mål. På afdelingsniveau levede afdelingerne ikke op til hospitalernes egne mål i 25 % af kontrollerne. Udviklingen i resultaterne på hospitalsniveau viser, at der er en negativ udvikling i perioden fra 67 % godkendte kontroller i 2013 til 40 % i 2016. Der er fortsat et væsentligt forbedringspotentiale for hospitalerne i forhold til at opnå egne mål for efterlevelse af uniformshygiejne.

4. Brug af antibiotika

DELKONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad understøtter rationel brug af antibiotika.

Mål for brug af antibiotika
Undersøgelsen viser, at Sundhedsstyrelsen i 2012 udgav en national vejledning, der beskrev de generelle regler for brug af antibiotika, fx at der skal behandles med et antibiotikum, der er så smalspektret som muligt, og at brugen af 3 kritisk vigtige antibiotika skal reduceres. Der var i vejledningen ikke konkrete mål for og anvisninger på, hvor meget forbruget af de kritisk vigtige antibiotika skulle reduceres. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark har i undersøgelsesperioden haft egne mål for brug af antibiotika. Sundheds- og Ældreministeriet har i en national handlingsplan fra juli 2017 sat mål og reduktionsmål for antibiotikaforbruget. Samtidig er der beskrevet pejlemærker for infektionsforekomsten og udviklingen i resistens i en One Health-strategi, som Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet sammen med Miljø- og Fødevareministeriet.

Forbrug
Undersøgelsen viser, at forbruget af antibiotika ikke i tilstrækkelig grad har udviklet sig i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2012. Det samlede forbrug af antibiotika i sundhedssektoren faldt 3 % fra 2013 til 2016, men der udskrives stadig for meget og for bredspektret antibiotika. Hospitalerne har med 24 % en større andel af det samlede forbrug i 2016 end i 2013, hvor hospitalernes andel var 20 %. Den del af antibiotikaforbruget, der består af det smalspektrede penicillin V, burde stige, men andelen faldt for hele sundhedssektoren fra 25 % i 2013 til 23 % i 2016. På hospitalerne udgjorde penicillin V 10 % af forbruget både i 2013 og 2016.

Den andel af antibiotikaforbruget, der består af de 3 kritisk vigtige antibiotika, faldt samlet for hele sundhedssektoren fra 6 % i 2013 til 5 % i 2016. På hospitalerne udgjorde de kritisk vigtige antibiotika 28 % i 2013 og 22 % i 2016. Det er positivt, at forbruget er faldet, men både Statens Serum Institut, regionerne og hospitalerne vurderer, at forbruget af de bredspektrede, men særligt de 3 kritisk vigtige, antibiotika kunne have været reduceret yderligere i perioden 2013-2016.

ONE HEALTH-STRATEGI
Den nyeste One Health-strategi er udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet og Miljø- og Fødevareministeriet i juli 2017.

One Health betoner behovet for at se sundhed for mennesker, dyr og miljø i en helhed og sikre tværfagligt samarbejde om overvågning og bekæmpelse af sygdomme i en globaliseret verden.

Arbejdsgange

Undersøgelsen viser, at hospitalernes arbejdsgange ikke altid understøtter rationel brug af antibiotika. Kun 5 af de 10 hospitaler undersøger, om afdelingerne screener i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning for MRSA, der bl.a. skal sikre, at patienter, der bærer resistente bakterier, isoleres rettidigt. Resultaterne fra de 5 hospitaler viser variationer i, hvor stor en andel af patienterne der screenes. Undersøgelsen viser, at op til 10 % af bloddyrkningerne og op til 41 % af urinprøverne i 2016 ikke var fremme på den klinisk mikrobiologiske afdeling inden for 24 timer. Den lange transporttid har betydning for, om patientens diagnose hurtigt fastslås, så patienten kan behandles med det rette antibiotikum. Undersøgelsen viser, at det på hospitalerne kun er muligt at følge brugen af antibiotika ved manuelt at gennemgå den enkelte patients medicin. Der laves ikke sammenkoblinger af data for diagnoser og brug af bestemte typer antibiotika, hvilket ellers ville bidrage til et systematisk overblik over, om det generelle ordinationsmønster er rationelt.

78. Dette kapitel handler om, hvorvidt Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne understøtter rationel brug af antibiotika. Rationel brug af antibiotika vil sige, at antibiotika bruges, når det er nødvendigt, men så smalspektret som muligt.

Mål for brug af antibiotika er med til at give et tydeligt sigte for den ønskede udvikling. Når patienten får antibiotika, medfører det en risiko for, at patienten får nye infektioner, fx en CD-tarminfektion, fordi antibiotika påvirker den normale bakterieflora. Derudover kan antibiotikabehandling fremme forekomsten af smitsomme bakterier og medføre, at bakterier udvikler resistens over for den type antibiotika, der behandles med. Hvis det sker, vil patienten selv være bærer af bakterien og risikere at smitte andre med resistente bakterier, der er sværere at behandle effektivt. Når bakterier bliver resistente, mister antibiotika effekten. Behandling med antibiotika kan derfor have alvorlige konsekvenser – ikke kun for den enkelte patient, men for hele samfundet, fordi de resistente bakterier vil sprede sig til andre personer på og uden for hospitalet. Det er derfor vigtigt, at forbruget af antibiotika bevæger sig i en retning, hvor andelen, der udgøres af det smalspektrede penicillin V, stiger, og andelen, der udgøres af de 3 kritisk vigtige antibiotika, falder. Denne udvikling er mest rationel.

Behandling med antibiotika skal dræbe sygdomsfremkaldende bakterier, herunder dem, der giver hospitalsinfektioner. En rettidig brug vil derfor være bedst for patienten og være med til at mindske risikoen for, at en infektion videreføres til andre. Derfor har vi fokus på de arbejdsgange, der skal sikre, at risikopatienter identificeres, at der skabes betingelser for en hurtig diagnose gennem transport af prøver, og at der følges systematisk op på afdelingernes ordinationsmønster.

4.1. MÅL FOR BRUG AF ANTIBIOTIKA

79. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne har sat mål for brugen af antibiotika. Mål for antibiotikaforbruget skal give et sigte for den ønskede udvikling og sikre, at forbruget får et hensigtsmæssigt omfang og en hensigtsmæssig karakter.

Generelle regler for ordination af antibiotika

80. I 2012 udgav Sundhedsstyrelsen en vejledning om ordination af antibiotika. Vejledningen opstiller nogle generelle regler, jf. boks 8.

BOKS 8

EKSEMPLER PÅ GENERELLE REGLER FOR ORDINATION AF ANTIBIOTIKA

- Der skal være udført undersøgelser, der som minimum sandsynliggør, at der er grund til at behandle med antibiotika.
- Der skal behandles med et antibiotikum, der er så smalspektret som muligt, og som påvirker normalfloraen så lidt som muligt.
- Behandlingsvarigheden skal være så kort som muligt.
- Diagnosen skal angives specifikt både på recept og i journal.

Kilde: Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af antibiotika, 2012.

Formålet med vejledningen var bl.a. at ændre lægers vaner, når de ordinerer antibiotika, så det bruges mere rationelt. Vejledningen opstiller samtidig 3 typer af antibiotika, som Sundhedsstyrelsen særligt ønsker at målrette – og om muligt – begrænse brugen af. Disse er Fluorokinoloner, Cephalosporiner og Carbapenemer. De er kritisk vigtige, da de i særlig grad bidrager til udviklingen af resistente bakterier, og samtidig er de særligt vigtige, når en patient skal behandles for en alvorlig infektion eller en infektion, der er forårsaget af resistente bakterier. Vejledningen indeholder principper for, i hvilke situationer de 3 kritisk vigtige antibiotika må bruges, men der er ikke konkrete mål for og anvisninger på, hvor meget forbruget af disse skal reduceres.

Handlingsplan for antibiotika

81. Sundheds- og Ældreministeriets opstillede i juli 2017 mål og reduktionsmål for, hvor meget antibiotika der bør bruges i hospitals- og primærsektoren.

Målene blev opstillet som følge af, at Danmark, jf. EU-rådskonklusioner af 17. juni 2016, skulle udarbejde en national handlingsplan for bekæmpelse af resistens. Det fremgår af EU-rådskonklusionen, at planen skal indeholde målbare kvantitative og/eller kvalitative mål for at begrænse infektioner, for brugen af antibiotika og for antibiotikaresistens. Der er på den baggrund udarbejdet en plan med mål og reduktionsmål for antibiotika til mennesker for at nedbringe forbruget. I planen opstilles 3 mål for perioden 2017-2020. 2 af målene er målrettet primærsektoren, da 90 % af det samlede forbrug udskrives herfra, mens det sidste mål er målrettet hospitalernes forbrug af antibiotika. De nye mål fremgår i boks 9.

BOKS 9

MÅL FOR ANTIBIOTIKA TIL MENNESKER FOR PERIODEN 2017-2020

Mål 1
Antallet af indløste recepter på antibiotika bør i primærsektoren reduceres fra 460 recepter pr. 1.000 indbyggere i 2016 til 350 recepter pr. 1.000 indbyggere pr. år frem til 2020.

Mål 2
Der bør i højere grad behandles med mere smalspektrede antibiotika. Penicillin V bør således stige fra ca. 31 % i 2016 til 36 % af det samlede antibiotikaforbrug i primærsektoren målt i antal recepter pr. 1.000 indbyggere i 2020.

Mål 3
Hospitalerne bør reducere forbruget af de kritisk vigtige antibiotika med 10 % i 2020 sammenlignet med forbruget i 2016.

Kilde: National handlingsplan for antibiotika til mennesker, Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at de 3 nationale mål afspejler, at der er et stort potentiale for at reducere forbruget af antibiotika.

82. Samtidig med offentliggørelsen af den nationale handlingsplan for antibiotika lancerede Sundheds- og Ældreministeriet sammen med Miljø-og Fødevareministeriet One Health-strategien mod antibiotikaresistens, som sætter overordnede pejlemærker for arbejdet på antibiotikaområdet i Danmark. Pejlemærkerne fremgår af boks 10.

BOKS 10

PEJLEMÆRKERNE I ONE HEALTH-STRATEGIEN MOD ANTIBIOTIKA-RESISTENS

- Det danske forbrug af antibiotika til både mennesker og dyr skal holdes på et lavt og ansvarligt niveau. Reduktionen i forbruget af antibiotika skal fremadrettet fortsat fokuseres på de bredspektrede og kritisk vigtige antibiotika med henblik på at fastholde det lave danske niveau for antibiotikaresistens.
- Antibiotikaforbruget skal mindskes ved at forebygge infektioner hos mennesker og dyr. Forbedret hygiejne og øget brug af vacciner skal bidrage til, at behovet for antibiotika mindskes.
- Indsatser på antibiotika- og resistensområdet skal bygge på et solidt videnskabeligt grundlag, som til stadighed skal udbygges gennem systematisk overvågning og forskning.
- Viden om ansvarlig anvendelse af antibiotika og sammenhængen til resistensudvikling skal udbredes.
- Danmark skal fortsat engagere sig aktivt for at fremme samarbejdet med andre lande om at bekæmpe antibiotikaresistens på globalt plan.

Kilde: One Health-strategi mod antibiotikaresistens, Sundheds- og Ældreministeriet og Miljø- og Fødevareministeriet, 2017.

83. Rigsrevisionen kan konstatere, at der i handlingsplanen er sat mål og reduktionsmål for antibiotikaforbruget, og at der i strategien er beskrevet pejlemærker for områderne for infektionsforekomst og udvikling i resistens.

84. Vores gennemgang af regionernes og hospitalernes initiativer viser, at det kun er Region Hovedstaden, Region Sjælland og Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark, der har eller har haft specifikke mål for, hvor meget antibiotika der må forbruges. Odense Universitetshospital i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland har ikke haft fastsat specifikke reduktionsmål.

Regionerne oplyser, at de forventer, at de i løbet af 2017 får specifikke mål for brugen af antibiotika på udvalgte hospitaler eller afdelinger. Regionerne har i 2017 etableret et nationalt lærings- og kvalitetsteam, som skal fokusere på brugen af antibiotika i hospitalssektoren og medvirke til, at der opstilles specifikke mål.

SPECIFIKT MÅL

Et eksempel på et specifikt mål er Sygehus Lillebælts mål om, at minumum 70 % af antibiotikaforbruget skal udgøres af penicilliner.

Penicillinerne er én af flere typer antibiotika og penicillin V er ét af flere penicilliner. Cefalosporiner og Carbapenemer er andre typer antibiotika.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at Sundhedsstyrelsen i 2012 udgav en national vejledning, der beskrev de generelle regler for brug af antibiotika, fx at der skal behandles med et antibiotikum, der er så smalspektret som muligt. Vejledningen udpegede ligeledes 3 kritisk vigtige antibiotika, men der var ikke i vejledningen konkrete mål for og anvisninger på, hvor meget forbruget af disse skulle reduceres.

Sundheds- og Ældreministeriet fastsatte nationale mål og reduktionsmål for antibiotikaforbruget i juli 2017. De nye mål og reduktionsmålene blev opstillet som følge af, at Danmark, jf. EU-rådskonklusioner af 17. juni 2016, skulle udarbejde en handlingsplan, der indeholder kvantitative og/eller kvalitative målbare mål for at begrænse infektioner, for brugen af antibiotika og for antibiotikaresistens.

Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet en One Health-strategi sammen med Miljø- og Fødevareministeriet, hvor der er beskrevet pejlemærker for infektionsforekomsten og udviklingen i resistens.

Region Hovedstaden, Region Sjælland og Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark har eller har haft specifikke mål for antibiotikaforbruget.

4.2. UDVIKLINGEN I FORBRUGET AF ANTIBIOTIKA

85. Vi har undersøgt udviklingen i mængden af antibiotika, der bliver brugt i sundhedssektoren generelt og særligt på hospitalerne, herunder om forbruget har udviklet sig i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2012. Vi har i den sammenhæng fokus på, at der ifølge vejledningen skal behandles med et antibiotikum, der er så smalspektret som muligt, og at brugen af de 3 kritisk vigtige antibiotika skal begrænses.

Der er ifølge Statens Serum Institut enighed om, at brugen af antibiotika skal reduceres. Derudover skal den andel, der udgøres af det smalspektrede penicillin V, øges, da de bidrager til mindst resistensudvikling. Endelig skal den andel, der udgøres af kritisk vigtige antibiotika begrænses, da de bidrager mest til resistensudvikling. Disse 3 indsatsområder er også afspejlet i de 3 mål, der er sat i den nationale handlingsplan for antibiotika til mennesker fra 2017.

86. Vi har undersøgt det totale forbrug af antibiotika i sundhedssektoren. Det samlede forbrug af antibiotika i sundhedssektoren består af forbruget fra både hospitaler og primærsektoren. I primærsektoren bliver antibiotika foruden af praktiserende læger og speciallæger også ordineret af hospitalslæger til patienter, der i forbindelse med udskrivelse eller ambulant behandling selv henter deres medicin på apoteket.

Vores undersøgelse viser, at sundhedssektorens samlede antibiotikaforbrug er reduceret med 3 % fra 2013 til 2016. Hospitalernes andel af det samlede forbrug udgør 11 % i både 2013 og 2016, mens den andel, der er i primærsektoren, men som er ordineret af hospitalslæger til patienter, der selv henter deres medicin på apoteket, er steget fra 9 % af det samlede forbrug i 2013 til 13 % af det samlede forbrug i 2016. Samlet står hospitalslæger således for 20 % af forbruget i 2013 mod 24 % af forbruget i 2016.

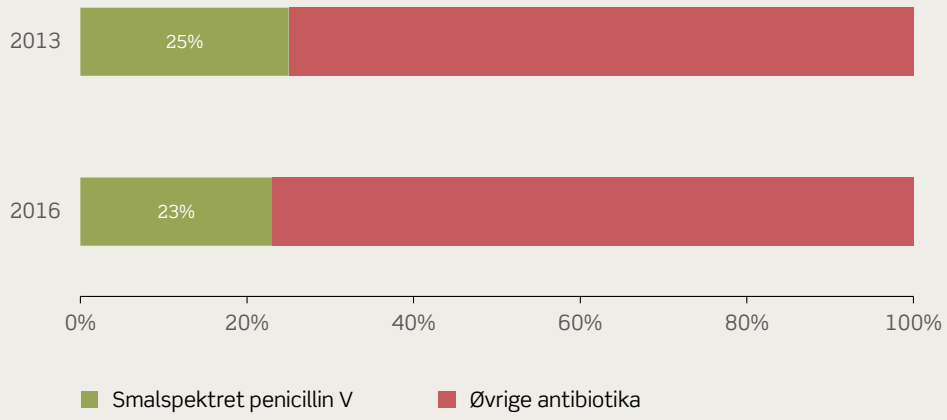
Det fremgår af den nationale handlingsplan for antibiotika til mennesker, at forbruget af antibiotika steg kraftigt fra 2000 til 2011, hvor det siden er stagneret. Det fremgår også af den nationale handlingsplan fra 2017, at der udskrives antibiotika til behandling af virusinfektioner, hvor antibiotika ikke virker, dvs. at forbruget af antibiotika bl.a. kan reduceres ved undgå at bruge det i tilfælde, hvor det ikke har nogen effekt.

Smalspektret penicillin V

87. Vi har opgjort den andel af det samlede antibiotikaforbrug i 2013 og 2016, som bestod af det smalspektrede penicillin V. Andelen bør være steget. Resultatet er vist i figur 6.

FIGUR 6

FORBRUG AF SMALSPEKTRET PENICILLIN V I SUNDHEDSSEKTOREN I 2013 OG 2016



Note: Forbruget er opgjort som andelen i procent af det samlede forbrug af antibiotika (DDD), der udgøres af penicillin V (ATC J01CE).

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

DDD

DDD er defineret daglig dosis og bruges som mål for mængden af antibiotika.

Det fremgår af figur 6, at den andel af forbruget, der bestod af det smalspektrede penicillin V, faldt fra 25 % i 2013 til 23 % i 2016.

For hospitalerne alene udgør penicillin V en mindre andel af antibiotikaforbruget, fordi de patienter, der har brug for penicillin V, ofte behandles i primærsektoren. I både 2013 og 2016 blev 10 % af antibiotikaforbruget i hospitalssektoren udgjort af penicillin V.

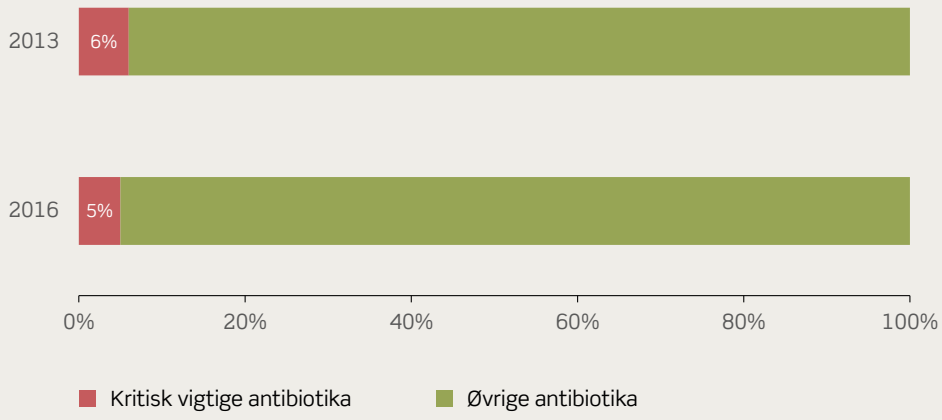
88. I den nationale handlingsplan for antibiotika til mennesker fra 2017 fremgår det, at der – trods den stagnerede udvikling i den forbrugte mængde antibiotika – er en udvikling i retningen af et mere uhensigtsmæssigt brug. Det skyldes, at faldet i forbruget særligt består af et fald i de hensigtsmæssige, smalspektrede antibiotika. Det fremgår derudover, at det faldende forbrug af det smalspektrede penicillin V er bekymrende, da denne type antibiotikum har udmærket effekt på mange almindeligt forekommende infektioner. Samtidig giver penicillin V kun ringe anledning til resistensudvikling i bakterier og bør derfor være det foretrukne antibiotikum til mange infektioner.

De kritisk vigtige antibiotika

89. Vi har opgjort den andel af det samlede antibiotikaforbrug i 2013 og 2016, som bestod af de kritisk vigtige antibiotika. Andelen bør være faldet. Resultatet er vist i figur 7.

FIGUR 7

FORBRUG AF KRITISK VIGTIGE ANTIBIOTIKA I SUNDHEDSSEKTOREN I 2013 OG 2016



Note: Forbruget er opgjort som andelen i procent af det samlede forbrug af antibiotika (DDD), der udgøres af Fluorokinoloner (ATC J01MA), Cephalosporiner (ATC J01DB) og Carbapenemer (ATC J01DH).

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

Det fremgår af figur 7, at den andel af forbruget, der bestod af de 3 kritisk vigtige antibiotika faldt fra 6 % af det samlede forbrug i 2013 til 5 % i 2016.

For hospitalerne alene udgør de 3 kritisk vigtige antibiotika en større andel af antibiotikaforbruget, da de patienter, der har brug for de kritisk vigtige antibiotika, er mere syge og derfor ofte behandles på hospitaler. I 2016 udgjorde de 3 kritisk vigtige antibiotika 22 % af antibiotikaforbruget i hospitalssektoren, hvilket er mindre end i 2013, hvor deres andel af forbruget var 28 %.

Selv om der er sket et fald i hospitalernes brug af de kritisk vigtige antibiotika, er det ifølge Statens Serum Institut bekymrende, at forbruget ikke er faldet mere i de seneste år. I DANMAP-rapporten for 2015 beskrives det som alarmerende, at faldet i det kritisk vigtige antibiotikum, der kaldes Cephalosporiner, ikke har været større de seneste 5 år set i forhold til de initiativer, der har været for at sikre et mere rationelt forbrug af antibiotika på hospitalerne. I den seneste DANMAP-rapport for 2016 (offentliggjort i oktober 2017) fremgår det, at der for de 2 kritisk vigtige antibiotika, Fluorokinoloner og Cephalosporiner, er tale om langsomme, men fortsatte reduktioner. Det 3. kritisk vigtige antibiotikum, Carbapenemer, har haft større udsving over årene med en større reduktion fra 2015 til 2016.

90. Alle hospitaler i undersøgelsen oplyser, at de ønsker en fortsat reduktion i de 3 kritisk vigtige antibiotika. 8 af de 10 hospitaler i undersøgelsen oplyser, at de fortsat arbejder på en yderligere reduktion, mens Herlev og Gentofte Hospital og Sygehus Lillebælt tilstræber at fortsætte deres nuværende udvikling.

91. Rigsrevisionen konstaterer, at selv om forbruget af de 3 kritisk vigtige antibiotika er reduceret, så viser Statens Serum Instituts, regionernes og hospitalernes egne vurderinger, at der fortsat er potentiale for at reducere forbruget yderligere.

92. I 2016 blev der brugt mere af de 3 kritisk vigtige antibiotika i primærsektoren end på hospitalerne med 182 DDD pr. 1.000 indbyggere mod 164 DDD pr. 1.000 indbyggere. Ca. 1/3 af primærsektorens forbrug af kritisk vigtige antibiotika er ordineret af hospitalslæger til patienter i forbindelse med udskrivelse, som patienten derfor selv henter på et apotek. Forbruget af kritisk vigtige antibiotika uden for hospitalerne bidrager også til udviklingen af resistens, ligesom de patienter, der behandles uden for hospitalerne, senere kan blive indlagt på et hospital med resistente bakterier, der kan sprede sig som hospitalsinfektioner.

93. Sundheds- og Ældreministeriet oplyser, at der er nedsat en arbejdsgruppe, som skal følge målopfyldelsen på de 3 mål for antibiotika. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at ministeriet bør følge de initiativer, som regionerne og hospitalerne iværksætter, og målopfyldelsen tæt, fordi hidtidige initiativer ikke har ført til en tilstrækkelig reduktion i brugen af de 3 kritisk vigtige antibiotika.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at forbruget af antibiotika ikke i tilstrækkelig grad har udviklet sig i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af antibiotika.

Antibiotikaforbruget faldt 3 % i den samlede sundhedssektor fra 2013 til 2016, men der udskrives stadig for meget og for bredspektret antibiotika. Hospitalerne har med 24 % en større andel af det samlede forbrug i 2016 end i 2013, hvor hospitalerne udskrev 20 % af den samlede andel af antibiotika til brug på hospitaler, ved udskrivelse eller ved ambulante besøg.

Den del af antibiotikaforbruget, der består af det smalspektrede penicillin V, bør stige, men andelen faldt for hele sundhedssektoren fra 25 % i 2013 til 23 % i 2016. På hospitalerne udgjorde penicillin V 10 % af forbruget både i 2013 og 2016.

Den andel af antibiotikaforbruget, der består af de 3 kritisk vigtige antibiotika, faldt samlet for hele sundhedssektoren fra 6 % i 2013 til 5 % i 2016. På hospitalerne udgjorde de kritisk vigtige antibiotika 28 % af forbruget i 2013 og 22 % i 2016. Det er positivt, at forbruget er faldet, men både Statens Serum Institut, regionerne og hospitalerne vurderer, at forbruget af bredspektrede antibiotika, herunder særligt de 3 kritisk vigtige, kunne have været reduceret yderligere i perioden 2013-2016.

I 2016 blev der brugt mere af de 3 kritisk vigtige antibiotika i primærsektoren end i hospitalssektoren. Forbruget af kritisk vigtig antibiotika uden for hospitaler bidrager også til udviklingen af resistens, ligesom de patienter, der behandles uden for hospitalerne, senere kan blive indlagt på et hospital med resistente bakterier, der kan sprede sig som hospitalsinfektioner.

4.3. HOSPITALERNES ARBEJDSGANGE FOR RATIONEL BRUG AF ANTIBIOTIKA

94. Vi har undersøgt, om de 10 hospitaler har organiseret arbejdsgangene, så de har viden om patienter, der kan risikere at smitte andre, hurtigt kan stille en diagnose og følge op på brugen af antibiotika for derved at understøtte rationel brug af antibiotika. Det er afgørende både for at forhindre, at infektioner som MRSA spreder sig, og for at sikre relevant antibiotikabehandling.

Screening for MRSA

95. Hospitalerne oplyser generelt, at alle patienter skal betragtes som potentielle smittebærere, og at hygiejnen på hospitalerne derfor skal være så god, at smitte ikke overføres fra én patient til en anden.

Et tiltag for yderligere at sikre, at smittebærende patienter isoleres, og at der sendes prøver til mikrobiologisk afdeling, er, at sygeplejersken eller lægen på den modtagende afdelingen foretager en risikovurdering af patienten. En sådan risikovurdering kan fx være, om patienten kan være smittet med MRSA, jf. boks 11.

BOKS 11

SUNDHEDSSTYRELSENS VEJLEDNING OM MRSA

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om MRSA fra 2006 skal alle patienter screenes for MRSA ved indlæggelse og ved dagkirurgi. Der skal stilles følgende spørgsmål:

- Har du tidligere haft MRSA?
- Er du samboende med en person, der er eller har været MRSA-smittet?
- Kommer du fra udlandet (fx som asylansøger)?
- Har du været behandlet på et hospital uden for Norden inden for de seneste 6 måneder?
- Har du haft tæt kontakt med svin de seneste 6 måneder?

Kilde: Sundhedsstyrelsens vejledning om MRSA, 2006 (revideret i 2016).

Hvis patienten kan svare ja til ét eller flere af spørgsmålene i boks 11, skal patienten efterfølgende undersøges for MRSA og isoleres. Hvis det viser sig, at patienten er MRSA-smittet, kan det være nødvendigt at ændre en påbegyndt behandling med antibiotika for at sikre, at behandlingen er effektiv.

Uanset om patienten har MRSA eller ej, skal det dokumenteres i patientens journal, at patienten er screenet. Vi har undersøgt, om hospitalerne screener i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning for MRSA. 5 af de 10 hospitaler i undersøgelsen har egne undersøgelser af, om screeninger dokumenteres efter vejledningen. De 5 hospitaler er Odense Universitetshospital, Sygehus Lillebælt, Hospitalsenheden Vest, Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Nordjylland. Vores gennemgang af resultaterne fra de 5 hospitaler viser, at der er store variationer både over tid og mellem hospitalerne i, hvor stor en andel af patienterne der screenes i overensstemmelse med vejledningen. På én afdeling har der været ned til 5 % af patienterne, der blev screenet i overensstemmelse med vejledningen.

Transporttid af blod- og urindyrkninger fra patienter

96. Transporttiden er et væsentligt led i at sikre hurtig diagnostik og tilpasning af behandlingen. Jo hurtigere det bliver klart, hvad patienten fejler, des hurtigere kan den behandlende læge blive opmærksom på eventuelle smitterisici og tilpasse behandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af antibiotika fra 2012 bør der altid tages prøver til mikrobiologisk diagnostik, før en antibiotikabehandling indledes. Og valget af antibiotika bør revurderes, når der foreligger svar på prøven. Ofte vil behandlingen indledes med et bredspektret antibiotikum, som kan ændres til et smalspektret, når man har fået svar på prøven.

Vi har derfor undersøgt transporttiden for prøver til blod- og urindyrkning, der er sendt til analyse på en klinisk mikrobiologisk afdeling i perioden 2013-2016. Disse prøver vedrører også infektioner, der ikke er hospitalserhvervede. Transporttiderne fremgår af tabel G og H i bilag 2.

97. Der findes ingen standard for, hvor hurtig en transport bør være, blot at prøven skal til mikrobiologisk afdeling hurtigst muligt. Undersøgelsen af transporttiden til de klinisk mikrobiologiske afdelinger viser, at der i 2016 var op til 10 % af prøverne til bloddyrkning og op til 41 % af prøverne til urindyrkning, der var mere end 24 timer om at komme frem til den mikrobiologiske afdeling, som skal fastslå, hvilke bakterier patienten har i blodet eller i urinen. Der er betydelige forskelle på transporttiden på tværs af hospitalerne. Den lange transporttid kan have betydning for, hvor hurtig diagnostik der kan udføres – og derfor også for antibiotikaforbruget.

98. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at undersøgelsen af transporttider viser store forskelle, og at der flere steder er tydelige muligheder for at forkorte transporttiden.

Opfølgning på forbrugsmønster

99. For at sikre, at antibiotikaforbruget er rationelt både i forhold til den enkelte patient og for at modvirke udviklingen af resistens, bør hospitalerne kontinuerligt gennemgå ordinationer med henblik på at finde uhensigtsmæssigheder.

100. Vores gennemgang af hospitalernes initiativer viser, at alle 10 hospitaler i forskelligt omfang følger, om den behandling, den enkelte patient får med antibiotika, er rationel. Alle regioner arbejder med elementer fra et program, som skal fremme rationel brug af antibiotika. Programmet hedder *antibiotic stewardship*, og heri indgår overvågning af forbruget af antibiotika og udviklingen i resistente bakterier samt uddannelse af læger i at ordinere antibiotika rationelt.

Alle klinisk mikrobiologiske afdelinger har faste konferencer med udvalgte afdelinger, hvor de gennemgår deres forbrug og har en dialog om, hvordan afdelingerne på forskellige måder kan rationalisere deres forbrug af antibiotika. De klinisk mikrobiologiske afdelingers rådgivning er et væsentligt element i at sikre, at de behandlende afdelinger bruger antibiotika rationelt.

101. Vores gennemgang viser, at hospitalerne manuelt gennemgår de enkelte behandlinger for at vurdere, om de har været rationelle. Ingen hospitaler i undersøgelsen trækker overordnede data om behandling med antibiotika og kobler det til bestemte diagnoser. Region Midtjylland er den eneste region, som har fået mulighed for at trække oplysninger via deres elektroniske patientjournaler, men bruger ikke muligheden endnu. Region Hovedstaden og Region Sjælland forventer, at de inden for nogle år kan trække oplysninger via Sundhedsplatformen. Region Syddanmark forventer at kunne trække oplysninger inden for nær fremtid. Region Nordjylland arbejder på at kunne identificere antibiotikaforbruget på denne måde.

102. Dansk forskning udført på Statens Serum Institut viser, at det ikke altid er journalført, hvad en patient får antibiotika for, selv om det er et krav, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2012. Det ville gøre både national overvågning og regionernes og hospitalernes opfølgning på brug af antibiotika lettere og mere anvendelig. Ofte er det fx anført, at antibiotika er givet mod betændelse eller infektion, men ikke hvilken type.

103. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hospitalernes opfølgning i vid udstrækning er koblet til manuelle gennemgange og lægernes egne konferencer, hvor der hos den enkelte patient tages stilling til antibiotika. Der foretages i mindre grad mere systematiske udtræk, hvor en gruppe af patienter gennemgås. Der udarbejdes ikke egentlig statistik, hvor typen af antibiotika kobles på diagnosen på tværs af læger, afdelinger og hospitaler.

RESULTATER

Undersøgelsen viser, at hospitalernes arbejdsgange ikke altid understøtter rationel brug af antibiotika, ved at hospitalerne har viden om patienter, der kan risikere at smitte andre, at hospitalerne hurtigt kan stille en diagnose, og at hospitalerne følger op på brugen af antibiotika koblet til diagnoser.

Det er vigtigt at sikre viden om patienter, der kan risikere at smitte andre, så de rette forholdsregler kan tages for at modvirke, at smitten spredes på hospitalet. Kun 5 af de 10 hospitaler undersøger, om de screener i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning for MRSA. Vores gennemgang af resultaterne fra de 5 hospitaler viser, at der er store variationer over tid og mellem hospitalerne i, hvor stor en andel af patienterne der screenes i overensstemmelse med vejledningen.

Transporttiden er det første væsentlige led i forhold til at sikre, at afdelingen hurtigt kan diagnosticere en patient og igangsætte eller ændre til en rationel behandling. Prøver transporteres ikke alle steder hurtigt til analyse. Der var i 2016 betydelige forskelle på transporttiden. Op til 10 % af bloddyrkningerne og op til 41 % af urindyrkningerne var ikke var fremme til analyse på en klinisk mikrobiologisk afdeling inden for 24 timer.

Hospitalerne kan ikke trække data for diagnose og koble dem til en given antibiotikabehandling. Derudover journalføres det heller ikke altid, hvorfor en patient får antibiotika. Det er kun muligt at følge årsagen til brug af antibiotika ved manuelt at gennemgå den enkelte patients medicin. Det betyder, at arbejdsgangene ikke bidrager til et systematisk overblik over, om det generelle ordinationsmønster er rationelt.

Rigsrevisionen, den 8. november 2017

Lone Strøm

/Claus Vejlø Thomsen

BILAG 1. METODISK TILGANG

Formålet med undersøgelsen har været at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner er tilstrækkelig. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne gennem mål og overvågning en reduktion af hospitalsinfektioner?
- Lever hospitalernes hygiejne op til retningslinjerne?
- Understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og hospitalerne rationel brug af antibiotika?

I undersøgelsen indgår Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Derudover indgår alle 5 regioner og 2 hospitaler i hver region. Nedenfor er en oversigt over de hospitaler og afdelinger, der indgår i undersøgelsen.

HOSPITALER OG AFDELINGER, DER INDGÅR I UNDERSØGELSEN

	Hospital	Kliniske afdelinger
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	Kirurgisk Gastroentorologisk klinik
		Hjertemedicinsk klinik
		Ortopædkirurgisk klinik
	Herlev og Gentofte Hospital	Gastroenheden
		Ortopædkirurgisk afdeling
		Hjertemedicinsk afdeling
		Medicinsk afdeling, geriatrien
Region Sjælland	Sjællands Universitetshospital, Køge	Ortopædkirurgisk afdeling
		Kirurgisk afdeling
		Kardiologisk afdeling
		Medicinsk afdeling, geriatrien
	Holbæk Sygehus	Ortopædkirurgisk afdeling
		Kirurgisk afdeling
		Hjertemedicinsk afdeling
		Medicinsk afdeling
Region Syddanmark	Odense Universitetshospital	Ortopædkirurgisk afdeling. Matrikler i Odense, Svendborg og Nyborg.
		Kirurgisk afdeling
		Hjertemedicinsk afdeling
		Geriatrisk afdeling
	Sygehus Lillebælt, Kolding	Ortopædkirurgisk afdeling
		Afdeling for organkirurgi
		Afdeling for hjertesygdomme
		Medicinske sygdomme

Punkt nr. 5 - Orientering: Status pr. januar 2019 for arbejdet med hospitalsinfektioner på baggrund af Rigsrevisionens beretning
Bilag 1 - Side -54 af 68

HOSPITALER OG AFDELINGER, DER INDGÅR I UNDERSØGELSEN

	Hospital	Kliniske afdelinger
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest, Herning og Holstebro	Ortopædkirurgisk afdeling
		Medicinsk afdeling, geriatrien
		Kirurgisk afdeling
		Afdeling for hjertesygdomme
	Aarhus Universitetshospital	Ortopædkirurgisk afdeling
		Mave-tarm kirurgisk afdeling
		Afdeling for hjertesygdomme
		Afdeling for ældresygdomme
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	Ortopædkirurgisk afdeling, Aalborg
		Kirurgi Syd
		Kardiologisk afdeling
		Geriatrisk afdeling
	Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Ortopædkirurgisk afdeling
		Kirurgisk afdeling
		Medicinsk afdeling

Kilde: Rigsrevisionen.

Kriteriet for udvælgelsen af de 10 hospitaler har været, at der skulle indgå hospitaler af forskellig størrelse og specialiseringsgrad. Kriteriet for udvælgelse af de 38 afdelinger har været at repræsentere bredde i forhold til infektionsmæssige risikofaktorer, da de kan formodes at variere fra afdeling til afdeling.

De 38 behandlende afdelinger dækker 4 specialer, nogle med kendte udfordringer på infektionsområdet og andre med færre formodede udfordringer. Afdelingerne har forskellige udfordringer, fordi patienterne har forskellige karakteristika og forskellig indlæggelsestid, og fordi afdelingerne udfører forskellige typer af indgreb. Patienternes karakteristika betyder meget for, hvor udsatte de er i forhold til at blive smittet. Jo ældre og svagere patienterne er, des mere modtagelige er de for at få en hospitalsinfektion. Derfor vil infektionsrisikoen være større på en ældremedicinsk afdeling end på en hjertemedicinsk afdeling. Indlæggelsestiden har betydning, for jo længere en patient er indlagt, des længere vil risikoperioden for at blive smittet med en infektion være. Karakteren af indgrebet har en betydning for infektionsrisikoen og for typen af infektion. Vi har derfor 2 kirurgiske og 2 medicinske specialer med fra hvert hospital i undersøgelsen.

Undersøgelsen omhandler perioden 2013-2016, da regeringen og regionerne i økonomiaftalen for 2013 for første gang indgik en hensigtserklæring om at nedbringe omfanget af hospitalsinfektioner.

Undersøgelsen er baseret på interviews med og materiale fra Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Vi har desuden interviewet og indhentet materiale fra regionerne og 2 hospitaler i hver region, i alt 10 hospitaler. Vi har på de 10 hospitaler interviewet og modtaget materiale fra i alt 38 behandlende afdelinger og derudover 8 klinisk mikrobiologiske afdelinger, repræsentanter for hygiejneorganisation, serviceafdelinger, kvalitetsafdelinger og lægemiddelkomiteer.

Vi har desuden undersøgt transporttider til de klinisk mikrobiologiske afdelinger, da det er vigtigt, at prøverne kommer hurtigt frem.

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder overordnet materiale fra regionerne om deres initiativer og overvågning af hospitalsinfektioner samt deres initiativer og overvågning af forbruget af antibiotika på både hospitalerne og i primærsektoren. Vi har også indhentet materiale fra de 10 hospitaler om mål, overvågning, rengøringskontroller, retningslinjer og antibiotikapolitik mv. Materialet dækker bl.a. alle rengøringskontroller, der er udført på hospitalerne i perioden 2013-2016. Fra de 38 afdelinger har vi indhentet lokale instrukser og kontrolrapporter vedrørende hygiejne. Det dækker bl.a. alle kontroller af håndhygiejne og uniformshygiejne, der er udført i perioden 2013-2016.

I undersøgelsen har vi desuden indhentet materiale om de nationale initiativer og overvågning fra Sundheds- og Ældreministeriet og Statens Serum Institut. Fra Sundhedsdatastyrelsen har vi indhentet og bearbejdet data om antibiotikaforbruget i perioden 2013-2016.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været at vurdere Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsatser og resultater i forhold til mål og overvågning, hygiejne og rationel brug af antibiotika for at forebygge hospitalsinfektioner.

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. MÅL OG RESULTATER FRA DE 10 HOSPITALER

Resultater af hospitalernes rengøringskontroller

Tabel A viser resultaterne af de 10 hospitalers rengøringskontroller, der er opsummeret i figur 3. Vi har som hovedregel kun taget de kontroller med, der er udført af eksterne kontrollanter. Tabellen viser, at der i perioden har været 40 godkendte og 16 ikke-godkendte kontroller på tværs af hospitalerne, dvs. at hospitalerne samlet i perioden fik godkendt 71 % af rengøringskontrollerne, mens de i 29 % ikke levede op til målene.

I tabellen er kontroller, der er godkendt, markeret med grøn. Kontroller, der ikke er godkendt, er markeret med rød. Tallet er den procentdel af lokalerne, der levede op til kravene i den enkelte kontrol.

TABEL A

RESULTATER AF RENGØRINGSKONTROLLER

	2013	2014	2015	2016	I alt godkendt
Rigshospitalet	60 %	54 % (lavest i 2014)	94 %	99 %	
Herlev og Gentofte Hospital	77 % / 100 %	93 % / 98 %	95 % / 95 %	100 % / 100 %	
Sjællands Universitetshospital, Køge[1]	Kvalitetsniveau 3 100 % Kvalitetsniveau 4 92 % Kvalitetsniveau 5 100 %	Kvalitetsniveau 3 100 % Kvalitetsniveau 4 95 % Kvalitetsniveau 5 100 %	Kvalitetsniveau 3 100 % Kvalitetsniveau 4 97 % Kvalitetsniveau 5 100 %	Kvalitetsniveau 3 100 % Kvalitetsniveau 4 94 % Kvalitetsniveau 5 100 %	
Holbæk Sygehus[1]	Kvalitetsniveau 3 83 % Kvalitetsniveau 4 97 % Kvalitetsniveau 5 89 %	Kvalitetsniveau 3 100 % Kvalitetsniveau 4 97 % Kvalitetsniveau 5 86 %	Kvalitetsniveau 3 90 % Kvalitetsniveau 4 90 % Kvalitetsniveau 5 89 %	Kvalitetsniveau 3 100 % Kvalitetsniveau 4 88 % Kvalitetsniveau 5 40 %	
Odense Universitetshospital	86 %	90 % / 93 %	94 % / 85 %	97 % / 95 %	
Sygehus Lillebælt, Kolding	93 %	93 % / 99 '%	100 % / 100 %	100 % / 93 %	
Hospitalsenheden Vest, Herning[2]	86(A)	98(A)	94(A)	70(B)	
Hospitalsenheden Vest, Holstebro[2]	87(A)	87(A)	92(A)	86(A)	
Aarhus Universitetshospital[2]	76(B)	80(B)	77(B)	62(B) (lavest i 2016)	
Skejby [3]	-	-	98 %	100 %	
Aalborg Universitetshospital	82 %	96 %	91 %	93 %	
Regionshospital Nordjylland, Hjørring [4]	56 % (lavest i 2013)	70 %	69 % (lavest i 2015)	96 %	
Antal godkendte kontroller som i figur 3	**5 ud af 12, svarende til 42 %**	**11 ud af 14, svarende til 79 %**	**12 ud af 15, svarende til 80 %**	**12 ud af 15, svarende til 80 %**	**40 ud af 56, svarende til 71 %**

[1] På Sjællands Universitetshospital, Køge, og Holbæk Sygehus har man ikke opgjort godkendelsesprocenten samlet for alle lokaler, men opgjort den pr. kvalitetsniveau. Vi har vurderet, at hospitalerne kun samlet er godkendt, hvis man har fået godkendt alle 3 kvalitetsniveauer det pågældende år.

[2] På Hospitalsenheden Vest og Aarhus Universitetshospital har man et anderledes vurderingssystem, hvor lokaler ikke vurderes som "godkendt" eller "ikke godkendt", men vurderes ud fra 4 kvalitetsniveauer. Vi har opgjort dem, der i kontrollen opnår vurderingen B, der i 2013 er "mindre tilfredsstillende", som ikke-godkendte.

[3] Skejby udførte i 2013 og 2014 ikke kontroller efter rengøringsstandarderne DS2451-10 og NIR for rengøring.

[4] Regionshospital Nordjylland, Hjørring fik ikke udført eksterne kontroller af rengøringen fra 2013 til 2015. Deres kontroller fra disse år er udført internt.

Note: Kontrollerne er opgjort for hele hospitalet, dvs. også for andre matrikler i de tilfælde, hvor vi har haft afdelinger på disse matrikler med i undersøgelsen. Resultatet er opgjort efter, om de opfylder godkendelsesprocenten, der findes i rengøringsstandarden INSTA 800. Målfastsættelsen afhænger af, hvor mange lokaler der er på hospitalet, og hvor stor en andel af disse der udtages til stikprøvekontrol af rengøringskvaliteten. Jo flere lokaler, der indgår i stikprøven, jo højere er målet, der kaldes godkendelsesprocenten. Godkendelsesprocenten angiver den procentvise andel af lokaler, der skal være godkendt i forhold til stikprøvens størrelse. Godkendelsesprocenten svinger mellem 80 % (ved 1-5 lokaler) og 93,3 % (ved 10.001-35.000 lokaler).

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra hospitalerne.

Foruden Region Midtjylland benytter hospitalerne sig af rengøringsstandarderne INSTA800 og DS2451-10 og NIR for rengøring til udførelse af kontrol. Vi har valgt kun at medtage de kontroller, der er udført efter rengøringsstandarden DS2451-10 og NIR for rengøring, da disse er udviklet særligt til sundhedsvæsenet og beskriver krav til rengøring af områder, hvor det er sandsynligt, at smitstof kan forekomme og dermed forårsage direkte eller indirekte smitte. Områder som lofter, gulve, vægge og inventar, der ikke er omfattet af de kritiske risikopunkter, er derfor ikke medtaget i denne standard, men indgår i den generelle rengøringsstandard INSTA800, som også bruges andre steder end i sundhedsvæsenet.

På Regionshospital Nordjylland, Hjørring og Aalborg Universitetshospital er resultaterne af rengøringskontrollerne i perioden 2013-2015 opgjort samlet for INSTA800 og DS2451-10 og i 2016 for INSTA800 og NIR for rengøring. Det har derfor ikke været muligt at adskille resultaterne for de 2 typer af rengøringsstandarder, hvilket betyder, at resultaterne fra INSTA800 også indgår i tallene for disse hospitaler.

Hospitalernes mål for hånd- og uniformshygiejne

Tabel B viser hospitalernes mål for hånd- og uniformshygiejne. Det er de mål, hospitalernes opfyldelse er målt op imod, jf. figur 4 og figur 5.

TABEL B

MÅL FOR HÅND- OG UNIFORMSHYGIEJNE

	Håndhygiejne	Uniformshygiejne
Rigshospitalet	Ingen mål	Ingen mål
Herlev og Gentofte Hospital	Ingen mål	Ingen mål
Sjællands Universitetshospital, Køge	95 %	95 %
Holbæk Sygehus	95 %	95 %
Odense Universitetshospital	I afsnit med 50 eller flere ansatte skal 15 personer kontrolleres. 12 skal være godkendt, for at hele afsnittet kan godkendes. I afsnit med 25-50 ansatte skal 10 personer kontrolleres. 8 skal være godkendt, for at afsnittet kan godkendes. I afsnit med under 25 ansatte skal 5 personer kontrolleres. 4 skal være godkendt, for at afsnittet kan godkendes.	
Sygehus Lillebælt	95 %	95 %
Hospitalsenheden Vest	95 %	100 %
Aarhus Universitetshospital	Handsker: 95 % Håndsprit før ren procedure: 85 % Håndsprit efter uren procedure: 85 %	98 %
Aalborg Universitetshospital	80 %	90 %
Regionshospital Nordjylland	80 %	90 %

Note: Målet angiver den andel af det kontrollerede personale, der skal udføre henholdsvis korrekt hånd- og uniformshygiejne, for at kontrollen samlet set er godkendt.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af hospitalernes retningslinjer og kontrol af hånd- og uniformshygiejne.

Hospitalernes resultater af kontroller af håndhygiejne

Tabel C viser resultaterne for hospitalernes kontroller af håndhygiejne i perioden 2013-2016. I opgørelsen indgår kun de 6 hospitaler, der har resultater for hele hospitalet samlet. Der har i alt været 13 godkendte og 15 ikke-godkendte resultater på tværs af hospitalerne. Dvs. at hospitalerne samlet i perioden fik godkendt 46 % af kontrollerne af håndhygiejne, mens de i 54 % ikke levede op til målene.

I tabellen er kontroller, der er godkendt, markeret med grøn. Kontroller, der ikke er godkendt, er markeret med rød. Tallet er den procentdel af personalet, der levede op til kravene i den enkelte kontrol.

TABEL C

RESULTATER AF KONTROLLER AF HÅNDHYGIEJNE PÅ HOSPITALSNIVEAU

	Mål	2013	2014	2015	2016	Antal observationer i alt
Holbæk Sygehus	95 %	95 %	95 %	93 %	96 %	**2.169**
Sygehus Lillebælt, Kolding	95 %	81 % (forår) 87 % (efterår)	86 %	83 %	Der er ikke udført kontrol	**4.005**
Hospitalsenheden Vest	95 %	85 % / 97 %	92 % / 98 %	92 % / 98 %	78 % / 98 %	**1.108**
Aarhus Universitetshospital	85 %	80%	82 %	83 %	80 %	**11.887**
Aalborg Universitetshospital	80 %	80 %	70 %	74 %	80 %	**Antal kontrollerede kendes ikke af hospitalet**
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	80 %	91 %	93 %	92 %	97 %	**Antal kontrollerede kendes ikke af hospitalet**
Andel godkendte kontroller som i figur 4		**4 ud af 8, svarende til 50 %**	**3 ud af 7, svarende til 43 %**	**2 ud af 7, svarende til 29 %**	**4 ud af 6, svarende til 67 %**	**13 ud af 28, svarende til 46 %** **15 ud af 28 er ikke godkendt, svarende til 54 %**

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplyste resultater af håndhygiejnekontrol fra hospitalerne.

Afdelingsniveau

Tabel D viser resultaterne af afdelingernes kontroller af håndhygiejne i perioden 2013-2016. Der er for hvert hospital angivet, hvor mange kontroller der er udført af håndhygiejne på de afdelinger, der er med i undersøgelsen, og hvor mange af kontrollerne der er godkendt. I procent er angivet spændet mellem kontrollen med den laveste andel godkendte og kontrollen med den højeste andel godkendte.

Tabel D viser, at 64 % af alle kontroller på afdelingsniveau levede op til de respektive mål på tværs af hospitalerne. Der har i perioden været en lille, positiv udvikling i hospitalsafdelingernes resultater af håndhygiejnekontrollerne. Udgangspunktet var i 2013, at 25 ud af 42 kontroller, svarende til 60 %, blev godkendt, hvormed 40 % af kontrollerne ikke levede op til de respektive mål på hospitalerne. I 2016 var der fortsat 31 % af kontrollerne, der ikke levede op til hospitalernes interne målsætninger. Samtidig var det ikke alle hospitalsafdelinger, der i perioden 2013-2016 oplevede en entydig positiv udvikling, og spændet mellem de laveste og de højeste målopfyldelsesprocenter varierer betydeligt i de enkelte kontroller.

TABEL D

RESULTATER AF KONTROLLER AF HÅNDHYGIEJNE PÅ AFDELINGSNIVEAU

	Mål	2013	2014	2015	2016	Samlet andel godkendte kontroller	Antal observationer i alt
		Antal kontroller					
Rigshospitalet[1)]	Ingen mål	-	-	-	-	-	-
Herlev og Gentofte Hospital[2)]	Ingen mål	98 (60-100 %)	106 (55-100 %)	17 (90-100 %)	-	-	3.783
Sjællands Universitetshospital, Køge	95 %	11 ud af 14 (90-100 %)	8 ud af 13 (82-100 %)	11 ud af 12 (90-100 %)	7 ud af 7 (90-100 %)	**37 ud af 46, svarende til 80 %**	1.070
Holbæk Sygehus	95 %	4 ud af 6 (60-100 %)	4 ud af 6 (78-100 %)	4 ud af 9 (65-100 %)	5 ud af 9 (71-100 %)	**17 ud af 28, svarende til 54 %**	1.252
Odense Universitets-hospital[1)]	80 %	-	-	-	-	-	-
Sygehus Lillebælt, Kolding	95 %	0 ud af 3 (75-92 %)	0 ud af 3 (60-93 %)	1 ud af 2 (40-100 %)		**1 ud af 8, svarende til 13 %**	129
Hospitalsenheden Vest[3)]	95 %	0 ud af 2 (80-86 %)	2 ud af 2 (95-96 %)	0 ud af 2 (90 %)	0 ud af 2 (65-79 %)	**2 ud af 8, svarende til 25 %**	450
Aarhus Universitets-hospital[4)]	85 %	2 ud af 4 (75-97 %)	3 ud af 5 (83-100 %)	3 ud af 4 (84-92 %)	2 ud af 4 (72-93 %)	**10 ud af 17, svarende til 59 %**	3.881
Aalborg Universitets-hospital	80 %	5 ud af 10 (29-97 %)	2 ud af 4 (25-93 %)	5 ud af 7 (65-100 %)	2 ud af 3 (71-100 %)	**14 ud af 24, svarende til 58 %**	250
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	80 %	3 ud af 3 (83-100 %)	3 ud af 3 (80-100 %)	2 ud af 2 (87-91 %)	4 ud af 4 (93-100 %)	**12 ud af 12, svarende til 100 %**	Antal kontrollerede kendes ikke af hospitalet
I alt godkendte kontroller		**25 ud af 42, svarende til 60 %**	**22 ud af 36, svarende til 61 %**	**26 ud af 38, svarende til 68 %**	**20 ud af 29, svarende til 69 %**	**93 ud af 145, svarende til 64 %** **52 ud af 145 kontroller er ikke godkendt, svarende til 36 %**	10.815

1) Vi har data for 30 afdelinger i undersøgelsen. Undtaget er 8 afdelinger fordelt på Odense Universitetshospital og Rigshospitalet. På Odense Universitets-hospital er der udført kontroller af håndhygiejne, men hospitalet har ikke særskilte data for efterlevelsen.

2) Resultaterne for Herlev og Gentofte Hospital er ikke medtaget i den samlede optælling, da hospitalet ikke har et mål for håndhygiejne, og det er derfor ikke muligt at udlede, hvor stor en andel af kontrollerne der er godkendt.

3) Hospitalsenheden Vest har opdelt indikatorerne for håndhygiejne i "korrekt håndvask" og "korrekt hånddesinfektion", men vi har lagt tallene sammen for disse indikatorer, så tabellens procentsats angiver andelen af medarbejdere, der har udført korrekt håndvask og/eller hånddesinfektion inden for hver kontrol.

4) Aarhus Universitetshospital har opdelt indikatorerne for håndhygiejne i "korrekt håndhygiejne før ren procedure" og "korrekt håndhygiejne efter uren procedure", men vi har lagt tallene sammen for disse indikatorer, så tabellens procentsats angiver andelen af medarbejdere, der har udført korrekt håndhygiejne før ren procedure/efter uren procedure inden for hver kontrol.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplyste resultater af håndhygiejnekontrol på afdelingsniveau blandt de 38 afdelinger, som har indgået i undersøgelsen.

Punkt nr. 5 - Orientering: Status pr. januar 2019 for arbejdet med hospitalsinfektioner på baggrund af Rigsrevisionens beretning
Bilag 1 - Side -62 af 68

Hospitalernes resultater af kontroller af uniformshygiejne

Tabel E viser resultaterne af hospitalernes kontroller af uniformshygiejne for de 6 hospitaler, der har opgjort resultaterne af uniformshygiejne på hospitalsniveau, i perioden 2013-2016. Der har i alt været 12 godkendte og 9 ikke-godkendte resultater på tværs af hospitalerne, dvs. at de 6 hospitaler samlet i perioden levede op til deres respektive mål i 57 % af de kontroller, der er blevet udført af uniformshygiejne, mens hospitalerne ikke levede op til deres mål i 43 % af kontrollerne.

I tabellen er kontroller, der er godkendt, markeret med grøn. Kontroller, der ikke er godkendt, er markeret med rød. Tallet er den procentdel af personalet, der levede op til kravene i den enkelte kontrol.

TABEL E

RESULTATER AF KONTROLLER AF UNIFORMSHYGIEJNE PÅ HOSPITALSNIVEAU

	Mål	2013	2014	2015	2016	Antal observationer i alt
Rigshospitalet[1)]	Ingen mål	Der er ikke udført kontrol	90 %	61 %	Der er ikke udført kontrol	**1.606**
Sygehus Lillebælt, Kolding	95 %	98 % (forår) 97 % (efterår)	98 %	97 %	89 %	**1.560**
Hospitalsenheden Vest	100 %	95 %	98 %	98 %	92 %	**1.115**
Aarhus Universitetshospital	98 %	92 %	94 %	93 %	95 %	**11.887**
Aalborg Universitetshospital	90 %	98 %	99 %	99 %	99 %	**1.900**
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	90 %	98 %	92 %	96 %	100 %	**Antal kontrollerede kendes ikke af hospitalet**
Andel godkendte kontroller som i figur 5		**4 ud af 6, svarende til 67 %**	**3 ud af 5, svarende til 60 %**	**3 ud af 5, svarende til 60 %**	**2 ud af 5, svarende til 40 %**	**12 ud af 21, svarende til 57 %** **9 ud af 21 er ikke godkendt, svarende til 43 %**

[1)] For Rigshospitalet indgår der kun data for kontroller udført på operationsstuer.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplyste resultater af uniformshygiejnekontrol fra hospitalerne.

Afdelingsniveau

Tabel F viser resultaterne af afdelingernes kontroller af uniformshygiejne i perioden 2013-2016. Der er for hvert hospital angivet, hvor mange kontroller der er udført af uniformshygiejne på de afdelinger, der er med i undersøgelsen, og hvor mange af kontrollerne, der er godkendt. I procent er angivet spændet mellem kontrollen med den laveste andel godkendte og kontrollen med den højeste andel godkendte.

Tabel F viser, at i alt 75 % af uniformshygiejnekontrollerne på afdelingerne, der blev udført, levede op til de respektive mål på tværs af hospitalerne. Der har fra 2013 til 2016 været en jævn udvikling i resultaterne, hvor afdelingernes samlede målopfyldelse i 2013 og 2014 var på 75 %, i 2015 steg den til 81 %, mens den i 2016 faldt til 67 %. Spændet mellem de laveste og de højeste målopfyldelsesprocenter varierer i de enkelte kontroller gennem alle årene, hvilket viser et fortsat forbedringspotentiale på enkelte afdelinger.

Punkt nr. 5 - Orientering: Status pr. januar 2019 for arbejdet med hospitalsinfektioner på baggrund af Rigsrevisionens beretning
Bilag 1 - Side -64 af 68

TABEL F

RESULTATER AF KONTROLLER AF UNIFIORMSHYGIEJNE PÅ AFDELINGSNIVEAU

	Mål	2013	2014	2015	2016	Samlet andel godkendte kontroller	Antal observationer i alt
		Antal kontroller					
Rigshospitalet [1)]	Ingen mål	-	-	-	-		
Herlev og Gentofte Hospital [1)]	Ingen mål	-	-	-	-		
Sjællands Universitets-hospital, Køge [1)]	95 %	-	-	-	-		
Holbæk Sygehus [1)]	95 %	-	-	1 ud af 1 (100 %)	1 ud af 1 (100 %)		**40**
Odense Universitets-hospital [1)]	80 %	-	-	-	-		
Sygehus Lillebælt, Kolding	95 %	3 ud af 3 (100 %)	3 ud af 3 (100 %)	2 ud af 2 (100 %)	-		**143**
Hospitalsenheden Vest	100 %	1 ud af 2 (75-100 %)	2 ud af 2 (100 %)	2 ud af 2 (100 %)	1 ud af 2 (80-100 %)		**225**
Aarhus Universitets-hospital	98 %	1 ud af 4 (93-98 %)	1 ud af 5 (92-100 %)	1 ud af 4 (88-100 %)	1 ud af 4 (92-98 %)		**1.957**
Aalborg Universitets-hospital	90 %	7 ud af 8 (82-100 %)	3 ud af 3 (100 %)	5 ud af 5 (100 %)	1 ud af 1 (100 %)		**165**
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	90 %	3 ud af 3 (100 %)	3 ud af 3 (90-100 %)	2 ud af 2 (93-100 %)	4 ud af 4 (100 %)		**Antal kontrollerede kendes ikke af hospitalet**
I alt godkendte kontroller		**15 ud af 20, svarende til 75 %**	**12 ud af 20, svarende til 75 %**	**13 ud af 16, svarende til 81 %**	**8 ud af 12, svarende til 67 %**	**48 ud af 64, svarende til 75 %**	**2.530**

Note: Vi har data for 22 afdelinger i undersøgelsen. Vi har ikke afdelingsspecifikke tal fra Rigshospitalet, Sjællands Universitetshospital, Køge, og Odense Universitetshospital. Kontroller af uniformshygiejne gennemføres på Sjællands Universitetshospital sammen med kontroller af hånd-hygiejne, og resultaterne opgøres samlet for hånd- og uniformshygiejne. Der er specificeret en række forhold vedrørende uniformshygiejne, som skal observeres. Resultaterne opgøres samlet for hånd- og uniformshygiejne, hvorfor der ikke opgøres særskilt for uniformshygiejne, men resultaterne vil være kendt i den enkelte afdeling.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplyste resultater af uniformshygiejnekontrol på afdelingsniveau blandt de 38 afdelinger, som har indgået i undersøgelsen .

Transporttid til klinisk mikrobiologiske afdelinger af prøver til bloddyrkning

Tabel G viser, hvor stor en andel af prøverne til bloddyrkning der var fremme inden for henholdsvis 12 og 24 timer i 2013 og 2016.

Tabellen viser, at 42-75 % af hospitalernes prøver var fremme inden for 12 timer i 2016 mod 7-61 % i 2013. I 2016 var 90-100 % af hospitalernes prøver fremme inden for 24 timer mod 65-100 % i 2013.

TABEL G

TRANSPORTTIDER FOR PRØVER TIL BLODDYRKNING

	2013		2016	
Klinisk mikrobiologiske afdelinger	<12 timer	<24 timer	<12 timer	<24 timer
Herlev og Gentofte Hospital	33 %	65 %	75 %	96 %
Rigshospitalet	41 %	92 %	43 %	90 %
Region Sjælland	7 %	100 %	42 %	100 %
Odense Universitets-hospital	61 %	94 %	64 %	96 %
Sygehus Lillebælt	52 %	90 %	58 %	97 %
Viborg og Herning	37 %	87 %	58 %	98 %
Aarhus Universitets-hospital	43 %	98 %	45 %	98 %
Region Nordjylland	42 %	95 %	43 %	94 %

Note: Der tages ikke prøver til bloddyrkning i primærsektoren.
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra hospitalerne.

Det fremgår af tabel G, at transporttiderne for Herlev og Gentofte Hospital, Region Sjælland, Odense Universitetshospital, Sygehus Lillebælt og Viborg og Herning er forbedret fra 2013 til 2016, mens tiderne for Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospitals og Region Nordjylland stort set er uændrede fra 2013 til 2016.

Transporttid til klinisk mikrobiologiske afdelinger af prøver til urindyrkning

Tabel H viser, hvor stor en andel af prøverne til urindyrkning der var fremme inden for henholdsvis 12 og 24 timer i 2013 og 2016.

Tabellen viser, at 29-72 % af prøverne fra hospitalerne var fremme inden for 12 timer i 2016 mod 19-72 % i 2013. I 2016 var 74-96 % af prøverne fremme inden for 24 timer mod 44-94 % i 2013. Fra primærsektoren var 59-97 % af prøverne fremme inden for 24 timer.

TABEL H

TRANSPORTTIDER FOR PRØVER TIL URINDYRKNING

	2013		2016		2016[1)]
Klinisk mikrobiologiske afdelinger	**<12 timer**	**<24 timer**	**<12 timer**	**<24 timer**	**<24 timer**
Herlev og Gentofte Hospital	19 %	56 %	55 %	95 %	67 %
Rigshospitalet	44 %	84 %	50 %	88 %	-
Region Sjælland	-	94 %	-	95 %	59 %
Odense Universitets-hospital	72 %	94 %	72 %	96 %	94 %
Sygehus Lillebælt	20 %	66 %	50 %	93 %	97 %
Viborg og Herning	29 %	80 %	29 %	74 %	65 %
Aarhus Universitets-hospital	32 %	77 %	37 %	85 %	60 %
Region Nordjylland	10 %	44 %	39 %	85 %	87 %

[1)] Tal for prøver fra alment praktiserende læger.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra hospitalerne.

Det fremgår af tabel H, at Herlev og Gentofte Hospital, Rigshospitalet, Region Sjælland, Aarhus Universitetshospital, Sygehus Lillebælt og Region Nordjylland har forbedret transporttiden i perioden 2013-2016, så andelen af prøver til urindyrkning, der var fremme inden for henholdsvis 12 og 24 timer er steget. På Odense Universitetshospital er andelen af prøver, der var fremme inden for 12 timer den samme, mens andelen, der var fremme inden for 24 timer, er steget. I Viborg og Herning er andelen af prøver, der var fremme inden for 12 timer den samme, mens andelen, der var fremme inden for 24 timer, er faldet.

Tabellen viser, at der også for prøver til urindyrkning er stor forskel på, hvor mange prøver, der var fremme inden for henholdsvis 12 og 24 timer i både 2013 og 2016. I 2016 var 72 % af prøverne fremme på Odense Universitetshospital inden for 12 timer og 96 % inden for 24 timer. Tilsvarende var kun 74 % af prøverne i Viborg og Herning fremme inden for 24 timer.

For prøver til urindyrkning taget i primærsektoren viser tabellen, at der er store variationer på tværs af hospitalerne. 97 % af prøverne var fremme på Sygehus Lillebælt inden for 24 timer. På Odense Universitetshospital var 94 % af prøverne fremme inden for 24 timer. For Herlev og Gentofte Hospital var det 67 %, mens Rigshospitalet ikke får prøver fra alment praktiserende læger. I Region Midtjylland var 65 % af prøverne fremme på mikrobiologisk afdeling i Viborg og Herning inden for 24 timer og 60 % på Aarhus Universitetshospital. I Region Sjælland var 59 % af prøverne fremme inden for 24 timer.

BILAG 3. ORDLISTE

Antibiotika	Er en fælles betegnelse for en lang række forskellige typer medicin, der bekæmper bakterier. Grundlæggende deles antibiotika op i smalspektrede og bredspektrede. De smalspektrede antibiotika er målrettet enkelte bakterier, mens de bredspektrede antibiotika rammer bredere og dræber flere forskellige bakterier. De bredspektrede bidrager til større resistensudvikling. Derfor er rationel antibiotikabehandling at bruge så smalspektret et præparat som muligt, rettet mod netop den eller de få bakterier, der mistænkes eller er påvist som årsag til infektionen. Antibiotikaforbrug måles i døgndoser (DDD).
Clostridium difficile-infektion (CD-tarm-infektion)	En infektion, der kan medføre et langvarigt og alvorligt sygdomsforløb med en høj dødelighed.
CVK	Er et centralt venekateter, der er en blød, tynd plastslange, som føres ind i en blodåre ved kravebenet og derfra videre frem til den store vene oven over hjertet. Gennem dette kan der fx gives medicin.
DANMAP	Er *the Danish Integrated Antimicrobial Resistance Monitoring and Research Programme*, der er det danske overvågningsprogram for antibiotikaforbrug og udvikling i resistente bakterier. DANMAP er et samarbejde mellem Statens Serum Institut, Fødevareinstituttet og Veterinærinstituttet.
DDD	Er defineret daglig dosis og angiver en standarddosering for det daglige forbrug for hver enkelt type antibiotikum.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control.
Klinisk mikrobiologiske afdelinger	Betjener hele hospitalet og modtager og undersøger prøver for infektionssygdomme. De rådgiver også hospitalernes afdelinger og praktiserende læger om hygiejne, behandling og forebyggelse af infektioner.
MRSA	Er stafylokokker, som er resistente over for de antibiotika, der normalt bruges som behandling af stafylokokinfektioner. Stafylokokker kan give en række infektioner – fra overfladiske sår til alvorlige infektioner med knoglebetændelse og betændelse i hjerteklappen.
NIR	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer for hele det danske sundhedsvæsen. Retningslinjerne skal tilvejebringe et fælles evidensbaseret vidensgrundlag om god infektionshygiejniske praksis, som regioner og hospitaler kan støtte sig til.
Primærsektoren	Primærsektoren omfatter 8 områder: • alment praktiserende læger • praktiserende speciallæger • tandlæger • tandplejere • fysioterapeuter • kiropraktorer • psykologer • fodterapeuter.
Resistente bakterier	Er ikke er modtagelige over for behandling med én eller flere typer antibiotika, dvs. at behandlingen ikke virker.

RIGSREVISIONEN

Rigsrevisionens notat om beretning om

forebyggelse af hospitalsinfektioner

April 2018

Møde i Sundhedsudvalget d. 25-02-2019

Vedrører:
Statsrevisorernes beretning nr. 5/2017 om forebyggelse af hospitalsinfektioner

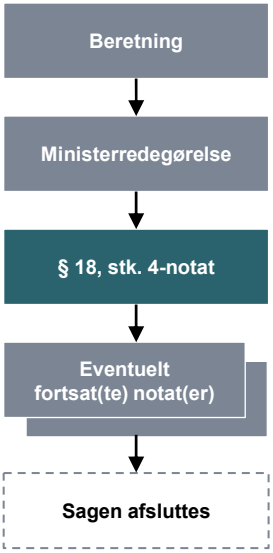
Sundhedsministerens redegørelse af 22. marts 2018

17. april 2018

RN 402/18

1. Rigsrevisionen vurderer i dette notat de initiativer, som sundhedsministeren og regionerne har iværksat og vil iværksætte som følge af Statsrevisorernes bemærkninger og beretningens konklusioner.

Sagsforløb for en større undersøgelse



Du kan læse mere om forløbet og de enkelte step på www.rigsrevisionen.dk

KONKLUSION

Sundhedsministeren finder det ikke tilfredsstillende, at hospitalerne ikke har haft en tilstrækkelig høj grad af hygiejne i den undersøgte periode. Regionerne oplyser, at der er iværksat en række initiativer for at sikre, at rengøringen er tilstrækkelig. Rigsrevisionen finder regionernes initiativer tilfredsstillende og vurderer, at denne del af sagen kan afsluttes.

Sundhedsministeren finder det ikke tilfredsstillende, at kun 5 ud af 10 hospitaler i undersøgelsen har egne undersøgelser af, om screening af MRSA dokumenteres, og har bedt regionerne redegøre for den pågældende praksis. Rigsrevisionen finder initiativet tilfredsstillende og vurderer, at denne del af sagen kan afsluttes.

Rigsrevisionen baserer denne konklusion på følgende:

- Regionerne arbejder med forbedringer af rengøringen gennem fx retningslinjer, uddannelse af personale samt flere og mere omfattende kontroller af rengøringen, hvorunder der også sættes fokus på områder, hvor sundhedspersonalet er ansvarligt.

- Alle regioner har udarbejdet regionale instrukser for screening af MRSA, som tager afsæt i Sundhedsstyrelsens vejledninger.

Sundhedsministeren oplyser, at etablering af regionale og lokale delmål er afgørende for en effektiv overvågning af infektionshygiejnen på danske hospitaler. I arbejdet med *Nationale mål for sundhedsvæsenet* fra 2016 har det været vigtigt at sikre et lokalt ejerskab i forhold til den videre målformulering. Derfor er det politisk besluttet ikke at udforme nationale reduktionsmål. Regionerne oplyser, at 3 regioner har sat reduktionsmål for én eller flere typer af hospitalsinfektioner, mens 2 regioner ikke har sat regionale og lokale delmål.

Sundhedsministeren oplyser, at ministeren er enig i, at det er meget vigtigt, at vi nedbringer forbruget af antibiotika til mennesker, og gerne ser, at forbruget er endnu mere rationelt. Regionerne oplyser, at de arbejder for at reducere forbruget af antibiotika, og at regionerne indgår i det nationale lærings- og kvalitetsteam vedrørende rationel anvendelse af antibiotika. Region Sjælland har sat reduktionsmål, og region Syddanmark har udarbejdet en antibiotikahandleplan.

Rigsrevisionen vil fortsat følge udviklingen og orientere Statsrevisorerne om:

- udviklingen i hospitalserhvervede infektioner, herunder om de nationale mål og indikatorer justeres, baseret på den årlige status på de nationale mål for sundhedsvæsenet
- Region Hovedstadens og Region Midtjyllands arbejde med at sætte regionale og lokale delmål for hospitalserhvervede infektioner
- Sundheds- og Ældreministeriets fremsættelse af et lovforslag, som skal være med til at sikre, at hospitalsafdelingerne kan personhenføre data i deres kvalitetsarbejde
- regionernes opfølgning på, at retningslinjer for hånd- og uniformshygiejne efterleves
- udviklingen i indfrielsen af de 3 mål i *National handlingsplan for antibiotika til mennesker*
- Region Hovedstadens, Region Midtjyllands og Region Nordjyllands arbejde med at sætte mål for antibiotikaforbruget.

I. Baggrund

2. Rigsrevisionen afgav i november 2017 en beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner. Beretningen handlede om Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner gennem mål og overvågning, god hygiejne og et rationelt brug af antibiotika.

Baggrunden for undersøgelsen var, at ca. 7-10 % af indlagte patienter i Danmark fik en hospitalsinfektion, svarende til ca. 60.000 patienter om året. Udviklingen i de typer hospitalsinfektioner, der er blevet fulgt, indikerede, at forekomsten havde været stabil i flere år. Det var samtidig en udfordring, at flere blev smittet med resistente bakterier. I økonomiaftalen for 2013 indgik regeringen og regionerne en hensigtserklæring om at nedbringe omfanget af hospitalsinfektioner. Statens Serum Institut vurderede, at det er muligt at nedbringe antallet med op til 20 %, bl.a. gennem overvågning, god hygiejne og rationel brug af antibiotika.

3. Da Statsrevisorerne behandlede beretningen, bemærkede de, at Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner havde været utilfredsstillende. Statsrevisorerne fandt det foruroligende, at niveauet for sundhedspersonalets overholdelse af hospitalernes egne retningslinjer for hygiejne, fx rene hænder, var så lavt – ikke mindst fordi det anses som den mest effektive måde at afbryde smitteveje på.

4. Hele sagen og dens dokumenter kan følges på www.rigsrevisionen.dk og på www.ft.dk/Statsrevisorerne.

II. Gennemgang af sundhedsministerens og regionernes redegørelser

Mål for og overvågning af hospitalsinfektioner

Mål

5. Statsrevisorerne bemærkede, at der i perioden 2013-2016 ikke var specifikke nationale reduktionsmål for hospitalsinfektioner. Region Hovedstaden og Region Sjælland havde dog i dele af perioden 2013-2016 et specifikt mål om at reducere hospitalsinfektioner. Statsrevisorerne bemærkede desuden, at reduktionsmålet for brugen af antibiotika i *National handlingsplan for antibiotika til mennesker* fra 2017 med fordel kunne følges op med reduktionsmål for hospitalsinfektioner.

6. Det fremgik af beretningen, at der i 2016 blev opstillet et mål for forbedret patientsikkerhed, hvor hospitalsinfektioner indgår som én af indikatorerne. Det skete i forbindelse med, at Sundheds- og Ældreministeriet sammen med Danske Regioner og KL udarbejdede *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. Udviklingen for indikatoren blev fulgt ved at måle på udviklingen i hospitalserhvervede blodforgiftninger og CD-tarminfektioner, men det blev udelukkende vurderet, om udviklingen var positiv eller negativ, og hvordan den enkelte region lå i forhold til landsgennemsnittet. Der var fx ikke taget stilling til, om det nuværende niveau af infektioner var højt eller lavt og dermed et passende udgangspunkt at bruge som baseline. Der var således ikke fastsat specifikke nationale reduktionsmål for den ønskede udvikling i hospitalsinfektioner.

7. Sundhedsministeren oplyser, at etablering af regionale og lokale delmål er afgørende for en effektiv overvågning af infektionshygiejnen på danske hospitaler. I arbejdet med *Nationale mål for sundhedsvæsenet* fra 2016 har det været vigtigt at sikre et lokalt ejerskab i forhold til den videre målformulering. Derfor er det politisk besluttet ikke at udforme nationale reduktionsmål.

8. Det fremgår af *Nationale mål for sundhedsvæsenet*, at der er et udviklingsperspektiv for de nationale mål, som årligt vil blive drøftet politisk. Ambitionen er, at målene skal afspejle den værdi og kvalitet samt de resultater, som sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient, og at de tilhørende indikatorer i højere grad kommer til at afspejle dette på sigt. Det fremgår videre, at en statusrapport hvert forår vil vise, om indikatorerne – og dermed det danske sundhedsvæsen – har udviklet sig i den ønskede retning. Statusrapporten vil være udgangspunkt for dialog om udviklingen parterne imellem. Mål og indikatorer kan politisk justeres, hvis det er nødvendigt.

9. Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland oplyser, at de har sat reduktionsmål for én eller flere typer af hospitalsinfektioner. Region Nordjylland tilslutter sig, at der udarbejdes realistiske nationale mål for reduktion af hospitalserhvervede infektioner.

Region Hovedstaden oplyser, at det regionale reduktionsmål for hospitalsinfektioner blev afskaffet i 2015-2016 i forbindelse med ophør med akkreditering til Den Danske Kvalitetsmodel. Regionen følger den nationale målsætning om en faldende tendens og har en række specifikke overvågningsområder.

Region Midtjylland oplyser, at regionen overvejer, hvordan regionen fremadrettet vil arbejde målrettet med data for at forebygge hospitalsinfektioner og muligheden for at sætte reduktionsmål.

10. Rigsrevisionen vil på baggrund af den årlige status på de nationale mål for sundhedsvæsenet fortsat følge udviklingen i hospitalserhvervede infektioner, herunder om de nationale mål og indikatorer justeres.

Rigsrevisionen vil fortsat følge Region Hovedstadens og Region Midtjyllands arbejde med at sætte regionale og lokale delmål for hospitalserhvervede infektioner.

Overvågning
11. Det fremgik af beretningen, at Sundheds- og Ældreministeriet i 2015 havde etableret HAIBA, som er en database til automatiseret overvågning af visse typer af hospitalsinfektioner, der understøtter en national overvågning. Kun 3 af undersøgelsens 38 afdelinger havde brugt data til at få indsigt i, hvor mange hospitalsinfektioner der pådrages på afdelingen. Data kunne ikke personhenførbares, hvilket afdelingerne vurderede begrænsede deres mulighed for at validere og bruge data i deres kvalitetsarbejde.

Det fremgik af beretningen, at Sundheds- og Ældreministeriet forventede at fremsætte et lovforslag i oktober 2017, som bl.a. skulle være med til at sikre den nødvendige hjemmel til, at afdelingerne kunne personhenføre data i HAIBA. Fremsættelsen af lovforslaget blev imidlertid udskudt, og tidspunktet for en fremsættelse er ukendt.

12. Region Midtjylland oplyser, at regionen håber på en snarlig juridisk afklaring af muligheden for at arbejde med personhenførbare data.

Sundhedsministerens redegørelse indeholder ikke oplysninger om, hvorvidt Sundheds- og Ældreministeriet fortsat forventer at fremsætte et lovforslag og i givet fald hvornår.

13. Rigsrevisionen vil fortsat følge, om Sundheds- og Ældreministeriet fortsat forventer at fremsætte et lovforslag, som skal være med til at sikre, at hospitalsafdelingerne kan personhenføre data i deres kvalitetsarbejde.

Hygiejne på hospitalerne
14. Statsrevisorerne bemærkede, at hospitalerne i perioden 2013-2016 i 29 % af rengøringskontrollerne ikke levede op til retningslinjerne. For håndhygiejne og uniformshygiejne levede hospitalerne ikke op til retningslinjerne i 54 % og 43 % af kontrollerne. Den manglende overholdelse af retningslinjerne for hygiejne forøger risikoen for infektioner. Statsrevisorerne fandt det foruroligende, at niveauet for sundhedspersonalets overholdelse af hospitalernes egne retningslinjer for hygiejne, fx rene hænder, var så lavt – ikke mindst fordi det anses som den mest effektive måde at afbryde smitteveje på.

15. Sundhedsministeren oplyser, at ministeren deler Rigsrevisionens vurdering af, at det ikke er tilfredsstillende, at hospitalerne ikke har haft en tilstrækkelig høj grad af hygiejne i den undersøgte periode.

Rengøring
16. Alle regionerne oplyser, at de har iværksat initiativer for at forbedre rengøringen. Regionerne oplyser, at hospitalerne arbejder med at forbedre metoder og indsatser til rengøring gennem screening af medarbejdere, løbende læring og kompetenceudvikling samt ibrugtagning af teknologiske hjælpemidler. Fx har Region Hovedstaden implementeret brug af apparatur til helrumsdesinfektion, som anvendes, når en patient med resistente bakterier er blevet udskrevet.

Regionerne oplyser desuden, at hospitalerne enten arbejder på at udvide den eksisterende kontrol af rengøringen, så den fx omfatter de områder, hvor sundhedspersonalet er ansvarligt for rengøringen, eller har indført nye retningslinjer for arbejdsdelingen for at sikre, at rengøringsstandarden er høj alle steder på hospitalerne.

17. Rigsrevisionen finder regionernes initiativer for at forbedre rengøringen tilfredsstillende og vurderer, at denne del af sagen kan afsluttes.

Hånd- og uniformshygiejne
18. Region Hovedstaden oplyser, at regionen ikke længere sætter mål for hånd- og uniformshygiejne, fordi hospitalerne ikke længere skal akkrediteres til Den Danske Kvalitetsmodel. Der er heller ikke længere et krav om regelmæssig monitorering af hånd- og uniformshygiejne, men der er ifølge regionen vedvarende fokus på området, bl.a. gennem et obligatorisk e-læringsprogram og fokuserede indsatser. I 2018 vil der være specielt fokus på uniformshygiejne, idet regionen erkender, at dette område med fordel kan adresseres.

Region Sjælland oplyser, at regionen overvejer at revidere retningslinjerne for uniformshygiejne med henblik på at forbedre uniformshygiejnen. Regionen vil desuden udvikle og implementere et obligatorisk e-læringsprogram om håndhygiejne for alle sygehusenes ansatte og regelmæssigt gennemføre kampagner om håndhygiejne og håndhygiejneaudits med fokus på procesmål, der skal bidrage til at løfte kvaliteten af håndhygiejnen.

Region Syddanmark oplyser, at hånd- og uniformshygiejne kræver kontinuerlig bevågenhed og adressering. Regionen vurderer, at regionen har udfordringer i forhold til håndhygiejne, og at der er behov for yderligere initiativer.

Region Midtjylland oplyser, at regionen løbende arbejder på at ændre forståelsen af, at centrale retningslinjer for hygiejne ikke er udtryk for et ideelt niveau, men er minimumskrav. Det er regionens opfattelse, at resultaterne fra observationerne af hånd- og uniformshygiejnen ikke er gode nok, og at der skal ydes lokale indsatser for at forbedre målopfyldelsen.

Region Nordjylland oplyser, at regionen gerne vil forbedre indsatsen og efterlevelsen af retningslinjerne for håndhygiejne. Derfor har regionen siden 2014 gennemført kampagner for at forbedre og sikre læring om håndhygiejne hos personalet, patienterne og de pårørende på hospitalerne.

19. Rigsrevisionen vil fortsat følge regionernes opfølgning på, at retningslinjerne for hånd- og uniformshygiejne efterleves.

Brug af antibiotika
20. Statsrevisorerne bemærkede, at udviklingen i brugen af antibiotika på hospitalerne ikke er tilstrækkelig rationel, idet der udskrives for meget og for bredspektret antibiotika. Det skyldes bl.a., at hospitalernes arbejdsgange ikke altid understøtter rationel brug af antibiotika.

21. Det fremgik af beretningen, at Sundheds- og Ældreministeriet i juli 2017 offentliggjorde *National handlingsplan for antibiotika til mennesker*, som opstillede 3 mål for, hvor meget antibiotika der bør bruges i hospitals- og primærsektoren. De 3 mål omfattede 1) reduktion af antallet af recepter på antibiotika, 2) højere grad af behandling med mere smalspektrede antibiotika og 3) reduceret forbrug af kritisk vigtige antibiotika.

22. Sundhedsministeren oplyser, at ministeren er enig i, at det er meget vigtigt, at sundhedsvæsenet nedbringer forbruget af antibiotika til mennesker og anvender mere af de smalspektrede antibiotika og mindre af de bredspektrede og kritisk vigtige antibiotika. Det er derfor, at ministeren har udarbejdet *National handlingsplan for antibiotika til mennesker*.

23. Det fremgår af *National handlingsplan for antibiotika til mennesker*, at alle deltagende enheder ud fra de overordnede mål skal udarbejde konkrete lokale målsætninger for reduktion af antibiotikaforbruget, som tager hensyn til patientsammensætning og forbrug og som er realistiske, men ambitiøse mål.

24. Regionerne oplyser, at de arbejder for at reducere forbruget af antibiotika, og at de indgår i det nationale lærings- og kvalitetsteam vedrørende rationel anvendelse af antibiotika.

Region Sjælland oplyser, at regionen har sat reduktionsmål. Region Syddanmark oplyser, at regionen har udarbejdet en antibiotikahandleplan, som ligger inden for rammerne af den nationale handlingsplan.

Region Hovedstaden oplyser, at regionen varetager rollen som projektleder for det nationale lærings- og kvalitetsteam.

Region Midtjylland oplyser, at regionen er ved at udarbejde en regional handlingsplan for, hvordan de fastsatte mål i *National handlingsplan for antibiotika til mennesker* nås. Regionen har iværksat de første initiativer, der skal sikre, at regionen når målene.

Region Nordjylland har ikke oplyst, om regionen har etableret regionale mål for brugen af antibiotika i overensstemmelse med forventningerne i *National handlingsplan for antibiotika til mennesker*.

25. Rigsrevisionen vil fortsat følge udviklingen i indfrielsen af de 3 mål i *National handlingsplan for antibiotika til mennesker*.

Rigsrevisionen vil fortsat følge Region Hovedstadens, Region Midtjyllands og Region Nordjyllands arbejde med at sætte mål for antibiotikaforbruget.

MRSA

26. Sundhedsministeren finder det ikke tilfredsstilende, at kun 5 ud af 10 hospitaler i undersøgelsen har egne undersøgelser af, om screening af MRSA dokumenteres. Ministeren har derfor bedt regionerne redegøre for den gældende praksis for screening af MRSA på de enkelte hospitaler. Ministeren oplyser, at alle regionerne har udarbejdet regionale instrukser for screening af MRSA, som tager afsæt i Sundhedsstyrelsens vejledninger. Ministeren har derfor en forventning om, at hospitalerne forbedrer sig på dette område.

27. Rigsrevisionen finder sundhedsministerens initiativ tilfredsstillende og vurderer, at denne del af sagen kan afsluttes.

Lone Strøm

Tilbud til fødende

Region Hovedstaden

Tilbud til fødende i Region Hovedstaden

REGION

Center for Sundhed
Januar 2016

Indholdsfortegnelse

Indledning ____ *3*
Tilbud til fødende ____ *4*
Fødesteder i regionen ____ 4
Fælles visitation for fødsler ____ 6
Antal fødsler og fødselsudvikling ____ 6
Indsats ved graviditet, fødsel og barsel ____ *6*
Graviditet ____ 9
Fødsel ____ 10
Barsel ____ 12
Regionalt familieambulatorium ____ 13
Private jordemødre og fødeklinikker ____ 13

Indledning

I december 2010 godkendte regionsrådet Fødeplan for Region Hovedstaden. Fødeplanen fastlagde den fremtidig indsats ved graviditet, fødsel og barsel og beskrev, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen opfyldes. Fødeplanen havde 32 anbefalinger, hvor nogle anbefalinger først kunne gennemføres i takt med de økonomiske muligheder og politiske prioriteringer på det samlede sundhedsområde.

I årene 2012 og 2013 afsatte regionsrådet ressourcer på 29,3 mio. kr. således, at de manglende anbefalinger kunne implementeres.

I 2013 udsendte Sundhedsstyrelsen reviderede anbefalinger for barselsperioden. Det medførte, at der blev aftalt en opdateret arbejdsdeling på området mellem regionens fødesteder, kommuner og almen praksis med virkning fra 1. juni 2014.

Med budgetaftalen "Vi bygger fremtiden" for 2015 var der enighed om, at sundhedsudvalget skulle følge op på fødetilbuddene i regionen og undersøge graden af ensartethed i tilbuddene. Opfølgningen skete medio 2015.

I forlængelse heraf har regionsrådet med budget 2016 prioriteret at afsætte ressourcer på 13,6 mio. kr. til igangsættelse af fødsler.

Endelig er der på finansloven for 2016 afsat midler til et løft af kvaliteten på landets fødeafdelinger og der er afsat 50 mio. kr. årligt til en styrket indsats. Primo 2016 vil regionsrådet tage stilling til, hvordan regionens andel af midlerne skal anvendes.

Ovenstående udgør grundlaget for regionens aktuelle tilbud til gravide på regionens fem fødesteder på Nordsjællands Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital, Rigshospitalet samt Bornholms Hospital.

I det følgende beskrives tilbuddene til de fødende i Region Hovedstaden.

Tilbud til fødende

Svangreomsorg omfatter rådgivning før befrugtning, graviditet, fødsel, barsel og støtte til familiedannelse. De forskellige tilbud og konsultationer er del af en individuel tilrettelagt helhed med jordemoder og praktiserende læge som hovedansvarlige for raske gravide. Den obstetriske speciallæge koordinerer undersøgelse og behandling af komplicerede forløb. Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister samt kommunale tilbud herunder socialforvaltning.

Svangreomsorgen omfatter både forebyggende og sundhedsfremmende elementer. Fødselsforberedelsen har hovedvægten på det sundhedsfremmende element. Denne indsats skal ses i forbindelse med det forebyggende arbejde, der finder sted ved graviditetsundersøgelserne hos jordemoder og læge. Det drejer sig om forskellige livsstilsforhold, der er forbundet med for tidlig fødsel eller børn født med for lav fødselsvægt og som forberedelse til såvel fødslen som forældrerollen.

Sundhedsstyrelsen har inddelt svangreomsorgen i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravide kvindes behov.

Niveau 1 er det basale tilbud til alle gravide kvinder og deres familier.

Niveau 2 er et udvidet tilbud til fx overvægtige eller rygere, kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse, mislykket amme forløb eller risiko for graviditetsbetinget sukkersyge.

Niveau 3 er et udvidet tilbud, som involverer ekstra tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Det er til kvinder med fx psykologiske/psykiatriske problemstillinger, nyopståede eller kroniske somatiske lidelser eller kvinder med svære sociale problemstillinger.

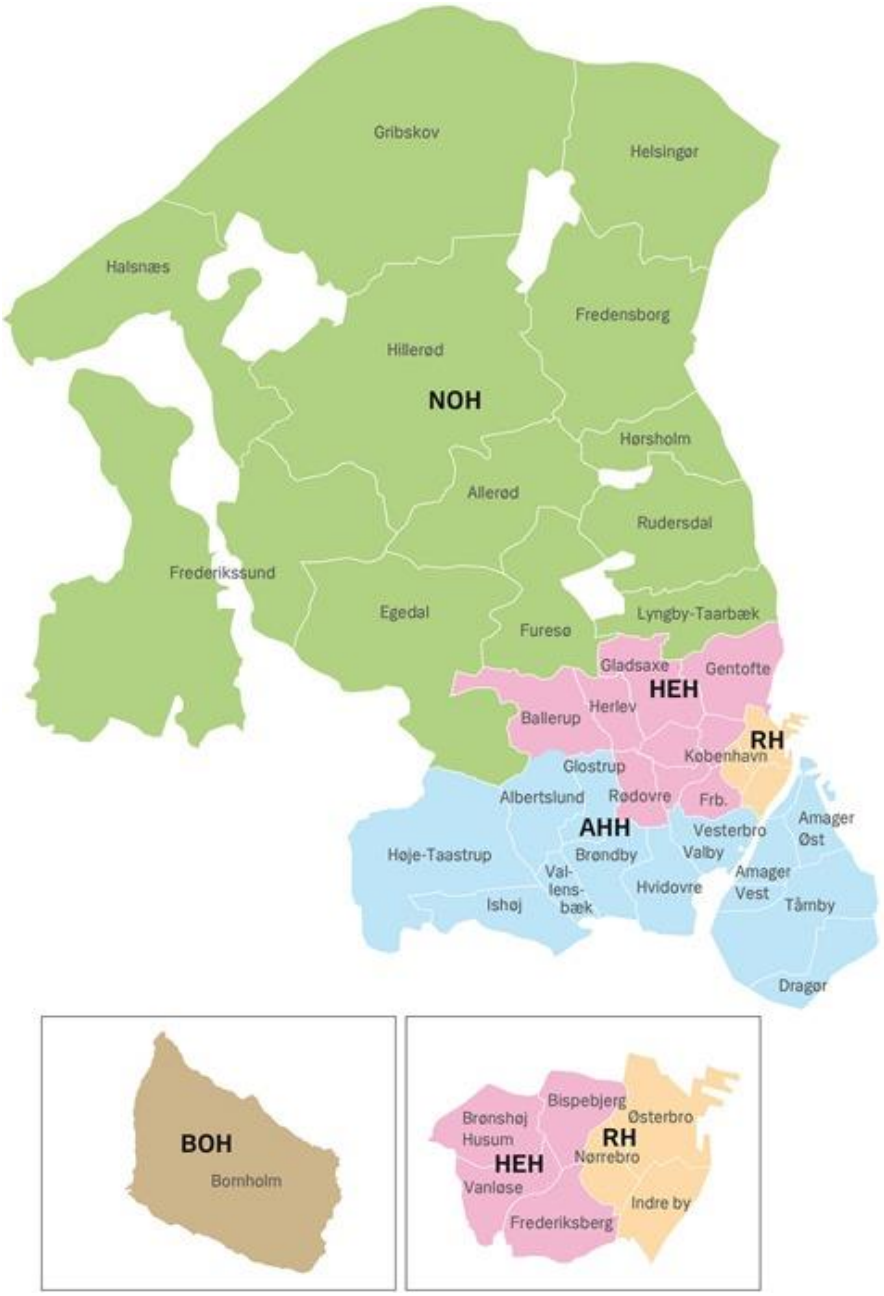
Niveau 4 er et specialiseret tilbud med specialiserede institutioner som familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Det er til kvinder med fx særligt komplicerede problemstillinger som rusmiddelskader, svære psykiske/psykiatriske lidelser eller alvorlig social belastning.

Målet er således at tilbyde et lige, men behovsdifferentieret serviceniveau på tværs af fødestederne for at sikre lige adgang til svangreomsorg, fødsel og barsel for regionens kvinder.

Fødesteder i regionen

I Region Hovedstaden er der fem fødesteder på Bornholms Hospital, Nordsjællands Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Hospitalerne varetager i udgangspunktet et optageområde, som fremgår af kortet nedenfor.



Fødestederne har desuden lokale jordemoderkonsultationer placeret i nærområdet, således at kvinden ikke altid behøver tage til hospitalet til graviditetskonsultationerne.

Bornholms Hospital har en konsultation placeret på hospitalet i Rønne.

Nordsjællands Hospital har fem konsultationer placeret i Hillerød, Hørsholm, Helsingør (Sundhedshuset), Egedal, Frederikssund og Lyngby-Taarbæk.

Herlev Hospital har fire konsultationer placeret i Herlev, Gentofte, Ballerup og Frederiksberg.

Amager og Hvidovre Hospitaler har fire konsultationer placeret i Taastrup, Hvidovre, Amager og Ishøj.

Rigshospitalet har to konsultationer placeret på henholdsvis Østerbro og Nørrebro. Gravide kvinder i højt specialiserede funktioner går i konsultation på Rigshospitalet.

Fælles visitation for fødsler

I marts 2015 blev der etableret en fælles visitation for fødsler i Region Hovedstaden. Derfor sender den praktiserende læge kvindens svangre journal til den fælles visitation. Dog er Bornholm ikke omfattet af den fælles visitation.

Den fælles visitation for fødsler visiterer i udgangspunktet kvinden efter faglige kriterier fx om kvinden har særlige sygdomme, moderkagens placering eller ekstrem for tidlig fødsel. Herefter visiteres kvinderne efter det optageområde, kvinden er bosiddende i samt ønsker om frit valg.

Endelig har regionsrådet en hensigtserklæring om, at regionen, udover at respektere det frie sygehusvalg, i videst muligt omfang efterlever borgernes individuelle ønsker om eksempelvis at føde sit andet barn samme sted som det første eller at føde på et hospital, der geografisk er tæt på ens bopæl.

Den fælles visitation søger således i det omfang, det er muligt, at imødekomme den gravides ønsker til fødested.

Antal fødsler og fødselsudvikling

Antallet af fødsler i Region Hovedstaden i perioden 2011 til 2014 fremgår nedenfor. Som det ses af nedenstående tabel svinger antallet af fødsler i perioden. Der er et udsving på ca. 500 fødsler, hvor det laveste antal fødsler var i 2013 og det højeste i 2012. Antallet af fødsler i 2012 og 2014 er stort set ens. Det er vurderingen, at antallet af fødsler fortsat stiger i 2015.

	2011	2012	2013	2014
Fødsler i alt	**20.270**	**20.420**	**19.906**	**20.406**

En befolkningsfremskrivning af kvinder mellem 20 og 40 år i Region Hovedstaden viser, at antallet af kvinder i denne aldersgruppe vil stige med 8,3 pct. fra 2012 til 2020. Da antallet af kvinder i den primære fødedygtige alder således stiger, er det forventningen af antallet af fødsler ligeledes vil stige over de kommende år. Det må derfor forventes at fødestederne de kommende år skal håndtere et antal fødsler svarende til det nuværende niveau eller flere fødsler end i dag.

Indsats ved graviditet, fødsel og barsel

Indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel i regionen blev fastlagt i 2010, med regionsrådets godkendelse af fødeplanen. Fødeplanen blev gennemført successivt i takt med, at regionsrådet tilvejebragte økonomiske midler i årene 2012 og 2013. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for barselsperioden er desuden blevet revideret, og er implementeret i regionen i 2014.

Regionens tilbud til fødende, der opfylder Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" suppleret med ovenstående tilføjelser, gennemgås nedenfor. Fødestederne i Region Hovedstaden giver omsorg til knap 21.000 gravide kvinder om året. Alle gravide tilbydes basistilbuddet. Basistilbuddet udvides med yderligere tilbud til kvinder fra niveau 2, 3 og 4 afhængig af, hvad den enkelte gravide har behov for.

Oversigt over indsats ved graviditet, fødsel og barsel

Niveau 1 **Gravide uden kendte medicinske, sociale eller psykologiske risikofaktorer**	
	Graviditet
	4-7 jordemoderkonsultationer afhængig af behov
	Fødsel
	Hjemmefødsel
	Ambulant fødsel som standard til flergangsfødende med udskrivning 4-6 timer efter fødslen og ambulant fødsel som tilbud til førstegangsfødende, der ønsker det
	Fødsel med barselsophold - førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger
	Barsel
	2.-3. dags konsultation med klinisk opfølgning, PKU, høretest og samtale
	Hjemmefødsel/ambulant fødsel
	Alle kvinder der føder hjemme eller ambulant tilbydes en opringning og et hjemmebesøg ved jordemor
Niveau 2 **Gravide med kendte risikofaktorer fx rygere, overvægtige, tvillinger, risiko for sukkersygdom, tidligere dårlig fødselsoplevelse og mislykket ammeforløb**	**Graviditet**
	4-7 jordemoderkonsultationer for gravide med kendte risikofaktorer
	Fødsel
	Som niveau 1 samt udvidet tilbud som kan varetages af faggrupper indenfor svangre omsorg
	Barsel
	Indlæggelsestiden er differentieret ud fra normal eller kompliceret fødsel. Indlæggelsen kan foregå på barselsgang eller barselshotel/patienthotel
	Hjemmefødsel/ambulant fødsel
	Hjemmefødsel kan forekomme

Niveau 3 **Gravide med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger**	**Graviditet**
	Tværfagligt tilbud om støtte under graviditeten
	Samarbejde med kommuner om socialt sårbare gravide
	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om obstetriske, medicinske og/eller psykologiske problemstillinger
	Fødsel
	Som niveau 1 samt udvidet tilbud med tværfagligt samarbejde om obstetriske, medicinske og/eller psykologiske problemstillinger
	Barsel
	Indlæggelse til obstetrisk færdigbehandling – efter behov.
	Hjemmefødsel/ambulant fødsel
	Ambulant fødsel kan forekomme
Niveau 4 **Gravide med særligt komplicerede problemstillinger fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning**	**Graviditet**
	Henvisning/samarbejde med Familieambulatoriet på AHH og/eller tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om alvorlige psykiske og/eller sociale problemstillinger
	Fødsel
	Tværfagligt samarbejde om obstetriske/neonatale risici
	Barsel
	Indlæggelse og samarbejde med kommuner ved udskrivning
	Hjemmefødsel/ambulant fødsel
	Ambulant fødsel kan forekomme
Alle niveauer	**Graviditet**
	Der tilbydes en double-test, nakkefoldsskanning og misdannelsesskanning
	Der er mulighed for jordemoderkonsultation eftermiddag/tidlig aften en dag om ugen
	Det tilstræbes at den samme jordemor eller en mindre gruppe af jordemødre følger kvinden under hele graviditetsforløbet
	Fødselsforberedelse i små hold for 10-12 personer

	Fødsel
	Der er fast tilstedeværelse af jordemor, når kvinden er i aktiv fødsel
	Barsel/ Hjemmefødsel/ambulant fødsel
	Efterfødselsplan drøftes og opdateres inden jordemor har forladt hjemmet/forældre, eller forældre/barn har forladt fødestuen
	Ved behov tilbydes uddybende efterfødsels-samtale efter fødslen
	Hotline åbent hele døgnet, og som kvinderne kan ringe til 7 dage efter udskrivning
	Barsels-/amme ambulatorium, hvor kvinderne kan henvende sig efter aftale de første 7 dage efter udskrivning

Det fremgår af oversigten, hvilke tilbud regionen tilbyder gravide og fødende kvinder fordelt på de fire niveauer, og i det følgende beskrives indsatsen mere indgående.

Graviditet

Differentiering af jordemoderindsatsen

Indsatsen fra jordemoderen er afpasset og differentieret ud fra kvindens behov og ud fra de fire niveauer. Den gravide og hendes partner tilbydes information tilpasset deres behov og forudsætninger. Informationen er afpasset efter kulturel diversitet, og jordemoderen viser særlig opmærksomhed over for gravide, hvis livsvilkår og livsstil kan medføre særlige risici for mor og/eller foster.

Der foretages risikovurdering og fosterdiagnostik ved behov og ved fortilfælde med særlige arvelige sygdomme. Parret tilbydes genetisk rådgivning og undersøgelser, fosterhjertescanning, misdannelsesdiagnostik, kontrol af syge og vaksthæmmede fostre samt fostre med misdannelser, som kan ske i samarbejde med børnekardiologer og børnekirurger. Der henvises ligeledes til andre tværfaglige instanser.

Den enkelte kvinde kan igennem graviditeten bevæge sig mellem de fire forskellige niveauer afhængig af hendes aktuelle situation og sundhedstilstand. Niveaudelingen af svangreomsorgen og tværfagligt samarbejde sikrer den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til medicinske og psykiske risikofaktorer.

Kontinuitet i graviditet og fødsel

Den gravide kvinde tilbydes en høj grad af kontinuitet, tryghed og kendthed, hvorfor det tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under hele graviditetsforløbet.

Jordemoderkonsultationer
Konsultationerne hos jordemoderen tilrettelægges ud fra individuelle behov og Sundhedsstyrelsens niveau 1 til 4. Konsultationerne tilbydes som individuelle eller gruppekonsultationer, dog tilbydes den første jordemoderkonsultation altid som individuel konsultation. Jordemoderens indsats inkluderer risikoopsporing, forebyggelse og sundhedsfremme.

I henhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger skal den gravide kvinde tilbydes 4-7 jordemoderkonsultationer. I gennemsnit tilbydes fem jordemoderkonsultationer, men nogen kvinder får flere, og andre får færre afhængig af behov.

Fødestederne skal, som besluttet i budget 2014, tilbyde, at den gravide og hendes pårørende kan komme til konsultation om eftermiddagen eller tidlig aften mindst en dag om ugen.

Fødselsforberedelse
Fødestederne tilbyder fødselsforberedelse i små hold for 10 – 12 personer, som er for den kommende mor og far eller anden pårørende. Det er et forløb på tre gange af ca. 1,5 – 2 times varighed. Temaerne i fødselsforberedelsen indeholder:

- *Graviditet*: Der er fokus på graviditetsforandringer, livsstil, gener samt forberedelse til den forestående fødsel.
- *Fødsel:* Udgangspunktet er den naturligt forløbende fødsel. Fødslens faser gennemgås, og forventningerne afstemmes. Der orienteres om smertelindring i fødselsforløbet, ve stimulation, fødestillinger, klipning af navlesnor, bristninger og syninger.
- *Barsel/amning*: Der er fokus på anbefalinger om amning, støtte og information til kvinden og familien uanset om de vælger amning eller modermælkserstatning.
- *Efterfødsel:* Fødslens afslutning med fødsel af moderkage behandles. Der orienteres om de indgreb, der kan anvendes under fødselsforløbet samt undersøgelse og behandling af barnet og etablering af hurtig mor-barn kontakt lige efter fødslen.
- *Udvikling af forældreskab*: Dækker familiedannelse, ændring i parrelationer og samliv, forældrerollen, mor og far følelser, familienetværk, idealer og tro på egne instinkter. Udfordringer og støtte hjemme samt det sociale netværks betydning.

Alle fødestederne har desuden en hjemmeside, hvor kvinden og familien kan finde relevante råd og vejledninger.

Fødsel
At føde er en naturlig fysiologisk proces, som både er en fysisk udfordring og en begivenhed, som huskes resten af livet. Fødselsoplevelsen kan således have langvarige positive eller negative psykologiske eftervirkninger. Sundhedspersonalet arbejder derfor ikke alene for det gode udkomme, men også for den gode oplevelse.

Andelen af førstegangsfødende på regionens fødesteder ligger i intervallet 34 % til 55 %, og for flergangsfødende ligger det mellem 45 % og 66 %. Der er

en spredning mellem fødestederne som følger den demografiske sammensætning i optageområderne fx om befolkningen er ældre eller yngre.

Regionsrådet besluttede med budget 2013 at gennemføre anbefalingen fra fødeplanen om fast tilstedeværelse af jordemoder, når kvinden er i aktiv fødsel, og det er en definition, der er fastlagt i nationale vejledninger. Den aktive fase følger efter den latente fase, hvor der er veer og hvor livmodermunden begynder at åbne sig.

Fødsel med barselsophold
Til kvinder der føder første gang, og som ikke ønsker at føde ambulant eller til kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger tilbydes fødsel med barselsophold. Der er typisk tale om to overnatninger sammen med faderen og i bedste fald på enestue/patienthotel.

Hvis der er yderligere behov for ophold og overnatninger på en fødeafdeling, vil der typisk blive tilbudt ophold på fællesstue uden faderen eller på patienthotel, indtil mor og barn er klar til at tage hjem.

Inden udskrivning er der en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel, og der foretages hælblodprøve, høretest og fødselssamtale.

Ambulant fødsel
Flergangsfødende med en normal og ukompliceret fødsel, eller førstegangsfødende der ønsker det, føder ambulant, og mor og barn sendes hjem fire til seks timer efter fødslen, når det er fagligt forsvarlig for mor og barn . Hvis fødslen foregår om natten vil hjemsendelse så vidt muligt vente til morgentimerne, medmindre familien ønsker at forlade hospitalet.

Antallet af ambulante fødsler i Region Hovedstaden strækker sig fra 7 % på Bornholm og til 36 % på Herlev. Spændet skyldes til dels demografien, og at de fleste ambulante fødsler sker hos flergangsfødende.

I de første timer efter fødslen observeres kvindens og barnets tilstand af jordemoderen. Før kvinden forlader fødegangen, skal hun informeres om relevante opmærksomhedspunkter i forhold til sig selv og barnet og om henvendelsesmuligheder efter hjemkomst. Barnet skal være undersøgt af jordemoderen, og eventuelle efterundersøgelser skal være planlagt. Jordemoderen er ansvarlig for, at sundhedsplejersken får besked om, at kvinden udskrives ambulant.

Efter fødslen bliver ambulant fødende kontaktet telefonisk af jordemoderen, og kvinden får et hjemmebesøg indenfor 72 timer efter fødslen. Det er en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel, og der foretages hælblodprøve, høretest og (efter)fødselssamtale.

Hjemmefødsel
Region Hovedstaden havde 343 hjemmefødsler i 2014. I 2008 var der 119 hjemmefødsler. Der er således en stigende tendens til, at kvinderne i de senere år har valgt at føde hjemme.

Regionen skal tilrettelægge et tilbud til gravide, der ønsker at føde hjemme i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Imidlertid tilråder ingen af fødestederne, ud fra faglige årsager, hjemmefødsel til kvinder i niveau 3 og 4, mens hjemmefødsel til kvinder i niveau 2 sker efter en individuel vurdering. Såfremt kvinden insisterer på at føde hjemme, så skal fødestedet efterkomme ønsket.

Fødestederne varetager de hjemmefødsler, der er i det optageområde, fødestedet betjener. Hjemmefødslerne varetages af jordemødre med særlig interesse og kompetence i hjemmefødsler. Hermed sikres det, at de faglige kompetencer og den faglige kvalitet lever op til de krav, der stilles inden for Region Hovedstaden.

Efter fødslen bliver hjemmefødende kontaktet telefonisk af jordemoderen, og kvinden tilbydes et besøg i hjemmet indenfor 72 timer efter fødslen. Det er en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel, og der foretages hælblodprøve, høretest og (efter)fødselssamtale.

Hvis der er problemer med amning eller anden ernæring, vandladning og afføring, udvikling af gulsot, moderens fysiske restitution eller psykiske forhold, kan indlæggelse overvejes.

Kejsersnit
Andelen af kvinder der føder ved kejsersnit i regionen ligger mellem 18 % og 23 % svarende til ca. 5.000 om året, hvilket er på niveau med antallet af kejsersnit på landsplan. Lidt mere end halvdelen af alle kejsersnit i regionen sker akut.

Allerede under graviditeten modtager kvinden information om kejsersnit, for eksempel om årsagen til indgrebet, fordele og risici for mor og barn, hvordan det foregår og eventuelle komplikationer.

Kvinder der ønsker kejsersnit får grundige samtaler med speciallæge og bliver orienteret om konsekvenserne af deres valg. Kvinderne bliver desuden informeret om fordelene ved at føde vaginalt både for mor og barn. Målet er, at parret træffer et informeret valg ud fra fordele og risici ved kejsersnit contra vaginal fødsel.

Barsel

Når jordemoderen kommer på hjemmebesøg følges der op på, om amningen er kommet i gang, og både mor og barns tilstand observeres. Hvis kvinden har behov for det, tilbydes der en uddybende efterfødselssamtale indenfor en måned efter fødslen.

2.-3. dags konsultation
Med Sundhedsstyrelsen reviderede anbefalinger for barselsperioden er der til alle forældre og nyfødte indført en klinisk opfølgning på mor og barns trivsel i 2014. Der gives information og vejledning om sundhedsfremme, observeres og følges op på eventuelle problemer samt ydes hjælp til amning eller anden ernæring til barnet. Der foretages hælblodprøve og høretest på barnet, og der tilbydes en kort samtale om fødslen og ved behov henvises til en uddybende samtale. Tidsperioden for 2.-3. dags konsultation er lagt af hensyn til hæl-

blodprøven. Konsultationen kan foregå på fødestedet eller i hjemmet afhængig af om kvinden har været indlagt på barselsafsnit/patienthotel efter fødslen eller har født hjemme eller ambulant.

Barsels-/amme ambulatorium
Der er barsels-/amme ambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig angående amme vejledning og observation for brystbetændelse, og hvor barnet kan blive undersøgt for fx navleinfektion, gulsot og trivsel. Barsels-/amme ambulatorierne er åbne for henvendelser de første syv dage efter udskrivning.

Hotline
Alle fødestederne har en åben hotline, som kvinderne kan ringe til døgnet rundt syv dage efter udskrivning. Her kan kvinderne få rådgivning og blive vejledt.

Regionalt familieambulatorium

Familieambulatoriet varetager svangreomsorgen for gravide med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriet er forankret på Hvidovre Hospital med udefunktion på Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital og Rigshospitalet. Det kliniske arbejde varetages på faste ugedage efter behov i den relevante udefunktion. Børnene er ofte indlagt i længere tid, og der er et omfattende samarbejde med neonatal afdeling og pædiatrisk afdeling samt med kommunerne og andre samarbejdspartnere.

Private jordemødre og fødeklinikker

Det er muligt at føde hos en privat jordemoder ved egenbetaling. Antal private fødsler i regionen kendes ikke, da tal herfor ikke opgøres.

Hvis der opstår komplikationer ved fødsler, der foregår på privatklinik, eller hvis der opstår komplikationer ved hjemmefødsel med privat praktiserende jordemoder, indlægges kvinden på hospital.

I de situationer hvor kvinden må overflyttes til hospital, ophører den privat praktiserende jordemoders ydelser. Det er således hospitalets jordemødre, der overtager fødslen, og den privat praktiserende jordemoder fungerer som enhver anden pårørende og må udføre opgaver i forhold hertil.

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

Direkte 38666055

BILAG

Dato: 24. januar 2019

Rådgivning for Sygehusvalg: Status for indsatser i handleplan for øget tilgængelighed og nedsættelse af ventetider til telefonen

Formålet med handleplanen er at reducere ventetiderne på telefonen, oprette mere bekvemme telefontider for patienterne samt afskaffe grænsen for antal patienter i kø i telefonerne til Rådgivning om Sygehusvalg. Konkret skal tiltagene i handleplanen bidrage til, at Rådgivning om Sygehusvalg kan opfylde målsætningerne om at:

- Det skal være nemt og bekvemt for patienterne at komme i kontakt med Rådgivningen om Sygehusvalg.
- Patienterne skal opleve en god og effektiv hjælp, som er tilpasset deres forløb.

Der indføres et nyt driftsmål:

- Ventetiden skal være max 5 minutter for 90 % af opkaldene til Rådgivningen om Sygehusvalg.

Status for den enkelte indsats i handleplanen

1. Udvidede åbningstider
Den samlede åbningstid for telefonerne udvidet fra 15 timer om ugen til 23 timer om ugen med virkning fra 16. november 2018. Der kan ringes på følgende tidspunkter:

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
kl. 9.00-15.00	kl. 9.00-15.00	kl. 14.00-17.00	kl. 9.00-13.00	kl. 9.00-13-00

Begrænsningen på antal personer i kø er fjernet i forbindelse med udvidelsen af åbningstiderne.
Med baggrund i de hidtidige erfaringer ses mod forventning en stigning i det samlede antal telefoniske henvendelser (fra godt 500 til omkring 800). Til gengæld opleves et fald i antallet af skriftlige patienthenvendelser.

2. Fleksibel arbejdstilrettelæggelse
Der arbejdes løbende med tilpasning af telefonbemandingen på forskellige dage og tidspunkter i løbet af dagen, således at der i perioder med spidsbelastning er fuld bemanding på telefonerne. Erfaringerne er indtil videre at den største belastning er

i telefontidens begyndelse og først på ugen. Der opleves ikke en stor belastning i perioden fra kl. 12.00-13.00 og heller ikke onsdag eftermiddag kl. 15.30-17.00. Der er arbejdet med en såkaldt task force når ventetiden i telefonen stiger til over 10 minutter. Task force betyder at patientens data modtages, men at der ikke arbejdes videre med sagen, da hensynet til de næste patienter i køen prioriteres. Patienterne ringes op igen på et senere tidspunkt – målsætningen er senest dagen efter.

3. Effektivisering og optimering af kommunikation
Region Hovedstadens hjemmesiden er opdateret med henblik på at give patienterne mest mulig viden om deres muligheder og rettigheder i forbindelse med sygehusvalg. Der arbejdes internt løbende med at optimere telefonsamtalerne med fokus på kvalitet og effektivitet, således at der er fokus på den aktuelle patient, men også på den næste patient i køen. Den gennemsnitlige samtaletid er således faldende.

4. Genkaldsfunktion
Den 17. december 2018 er en genkaldsfunktion indført, så patienter kan blive ringet op i stedet for at skulle vente på linjen.

5. IT
På det tidspunkt, hvor handleplanerne blev udarbejdet, var det forventningen, at det nye visitations- og betalingssystem til henvisning og afregning med privathospitaler ville blive indført i marts 2019. Desværre er det blevet udskudt til slutningen af 2019. Forsinkelsen skyldes at systemet er afhængig af LPR3 og andre afregnings-elementer, som ikke kan gennemføres før. Der forventes et konsoliderende oplæg for den fremtidige løsning primo februar 2019, og indtil et nyt visitations- og betalingssystem indføres videreføres det gamle (OPUS ViBe – (Visitation og Betaling)).

Det nuværende system er ustabilt og det nye system forventes at have en positiv effekt på sagsbehandlingstiden, varigheden af samtaler og patienternes oplevelse, når de taler med en rådgiver. Der er gennemført en gennemgang af teknisk opsætning og opdatering af udstyr, indgangsmuligheder ved IT-problemer og et øget fokus på daglig support ved nedbrud. Funktionen er imidlertid fortsat meget sårbar ved IT-problemer af enhver slags, hvilket også fremgår af data

Om Rådgivning om Sygehusvalg
Rådgivning om Sygehusvalgs formål er at sikre, at ny henviste elektive patienterne kan tage et oplyst valg og at skabe sammenhængende patientforløb. Rådgivning om Sygehusvalg rådgiver patienter om deres muligheder i forhold til retten til hurtig udredning og retten til frit- og udvidet frit sygehusvalg. Alle patienter, som henvender sig, får rådgivning. Det er en mindre enhed med 14 ansatte, der alle er sundhedsprofessionelle. Rådgiverne skal kunne rådgive patienter på tværs af alle specialer og der gennemføres derfor en solid oplæring af nye ansatte. Som udgangspunkt ringes de patienter, som henvender sig via

mail, op af en rådgiver. Der er desuden behov for yderligere sagsbehandling efter de fleste samtaler. Det er også rådgiverne der foretager den konkrete visitering til nyt udrednings- eller behandlingssted.

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

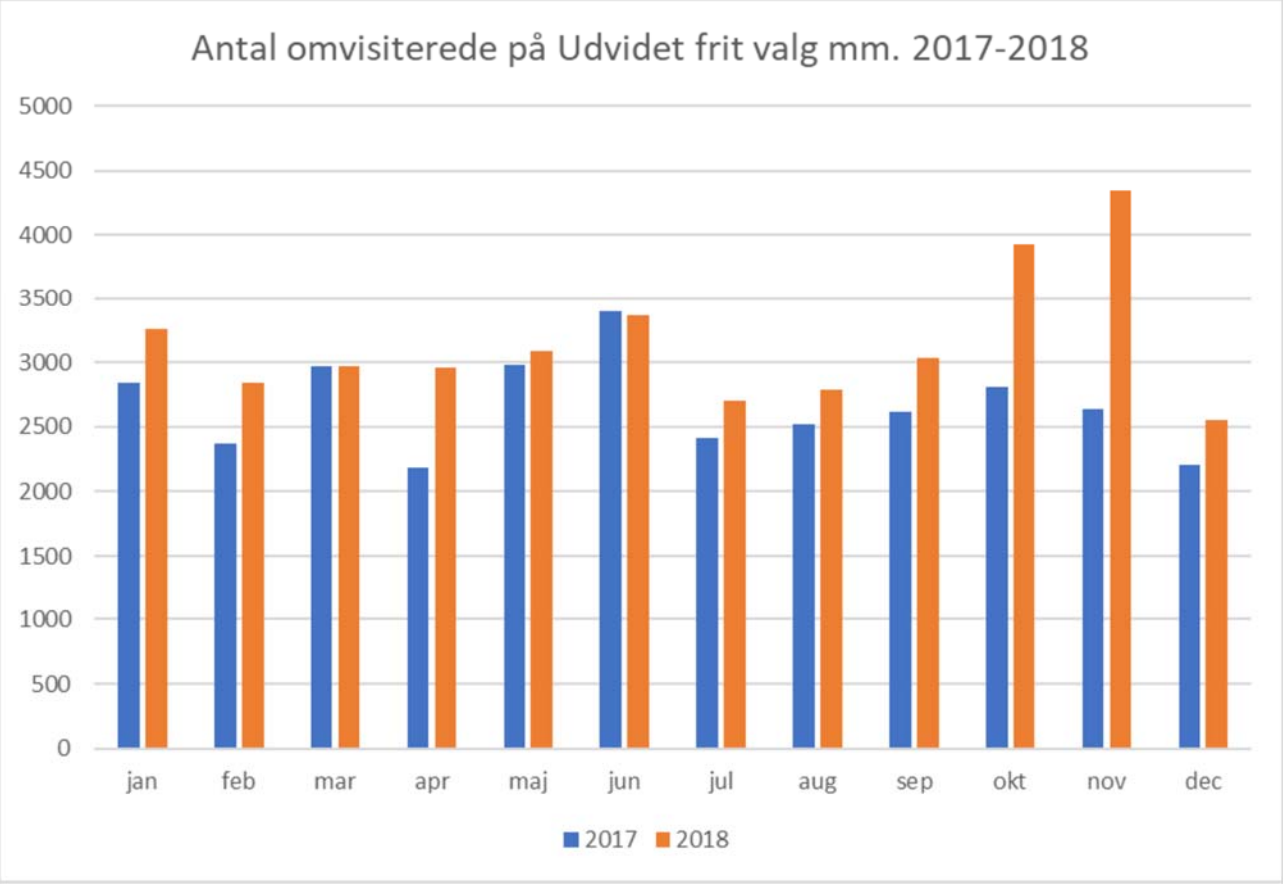
Direkte 38666055

Til sundhedsudvalget

Dato: 18. februar 2019

Bilag til sundhedsudvalgets punkt: Status for tilgængelighed og ventetider i Rådgivning for Sygehusvalg.

Af nedenstående figur fremgår antallet af omvisiterede patienter til privathospitaler, som følge af retten til udvidet frit sygehusvalg. Der har i perioden, hvor de nye telefontider er implementeret, været et større antal omvisiteringer end tidligere.



(kilde: Ledelsesoverblik - Tema: Elektive patienter (december udgave).

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Kompetenceniveau for rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813

Analyse af kompetenceniveauet for rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813,
Region Hovedstaden

1. august 2018

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

Indholdsfortegnelse

1. Resumé ... 1
2. Baggrund og formål ... 2
3. Tilgang og datagrundlag ... 2
   3.1 Indsamlet data ... 3
4. Den rådgivende funktion ved Akuttelefonen 1813 ... 4
   4.1 Lægefaglig rådgivning i øvrige akuttelefoner/lægevagtsordninger ... 5
   4.2 Statusbillede af de rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813 ... 5
   4.3 Rollen som rådgivende læge ... 8
   4.4 Aktivitet for Akuttelefonen 1813 ... 11
   4.5 Aktivitet for rådgivende læger ... 13
   4.6 Anciennitet og erfaring ved Akuttelefonen 1813 ... 19
   4.7 Øvrigt erfaringsgrundlag ... 21
   4.8 Personlige og relationelle kompetencer ... 23
   4.9 Samarbejdsrelationer og opgaveportefølje ... 24
5. Opsamling og udviklingsmuligheder ... 28
   5.1 Udviklingsområde 1: Lægefaglige kompetencer ... 29
   5.2 Udviklingsområde 2: Anciennitet og erfaring i 1813 ... 30
   5.3 Udviklingsområde 3: Øvrigt erfaringsgrundlag ... 31
   5.4 Udviklingsområde 4: Personlige og relationelle kompetencer ... 31
   5.5 Udviklingsområde 5: Samarbejdsrelationer ... 32
   5.6 Andre udviklingsperspektiver ... 33
6. Tabel- og figuroverblik ... 35
7. Bilag ... 36
   7.1 Bilag 1A – Dataudtræk ... 36
   7.2 Bilag 1B. Aktiviteter og respondenter til interviews ... 37
   7.3 Bilag 2. Aktivitet på observationsstudier ... 38

1. Resumé

På foranledning af Region Hovedstaden har Implement Consulting Group P/S (Implement) gennemført en analyse af den rådgivende funktion. Center for Sundhed og Region Hovedstadens Akutberedskab samt herunder Akuttelefonen 1813 har løbende været involveret i rammesætning, dataindsamling og dialog om resultaterne og Implements konklusioner.

Implement kan konstatere, at det er lykkedes for Akuttelefonen 1813 at implementere en rådgivende funktion som et ekstra sundhedsfagligt og lægefagligt element i akuttelefonen.

Der er en klar oplevelse af, at funktionen bidrager til øget kvalitet – særligt i forbindelse med vanskelige, uklare opkald. Derudover spiller funktionen i dag en central rolle i forhold til uddannelse af kørende læger som lægefaglig støtte til vagtleder, ligesom funktionen generelt bidrager til at skabe tryghed for det visiterende personale ved at sikre adgang til sundhedsfaglig sparring.

Den rådgivende funktion kan i det lys ses som et læge- og sundhedsfagligt kvalitetsløft til Akuttelefonen 1813, som i øvrigt er velfungerende. Kompetenceniveauet i den rådgivende funktion har derfor betydning for, i hvor høj grad potentialet for kvalitetsløft bliver realiseret i den daglige visitationspraksis.

Analysen viser, at man ved Akuttelefonen 1813 har en rådgivende funktion, der generelt er bemandet med de læger, der har lang lægefaglig erfaring og lang anciennitet ved Akuttelefonen 1813. Det er overvejende almene medicinere, der dækker funktionen, men læger med andre specialer har også vagter i funktionen. Langt flertallet af lægerne har relevant øvrig erfaring, der supplerer deres lægefaglige speciallægeuddannelse og gør dem kompetente til at varetage funktionens kerneopgaver. De læger, der hovedsageligt varetager den rådgivende funktion, har typisk erfaring som fx vagtlæge, akut erfaring og medicinsk erfaring.

Lægerne ved Akuttelefonen 1813, og dermed også de rådgivende læger, er tilknyttet på konsulentbasis, hvilket giver nogle særlige organisatoriske udfordringer i forhold til både kollegaskab, videndeling og læring, vagtplanlægning, ledelse og implementeringsmuligheder. Den løst koblede associering betyder, at de typiske hierarkiske og styringsbaserede ledelsessystemer ikke har den samme berettigelse og effekt. Analysen peger derfor på, at man ved at arbejde mere strategisk med denne forudsætning kan øge graden af fælles opgaveforståelse, uddannelse og læring samt implementering af ny viden og retningslinjer i gruppen af rådgivende læger. Derved kan der opnås yderligere effekt af funktionen.

Udover at de lægefaglige kompetencer og erfaringer har betydning for varetagelsen af funktionen, viser analysen, at de personlige og relationelle kompetencer har betydning for, at den rådgivende funktion kommer Akuttelefonen 1813 mest muligt til gavn. De rådgivende læger, der evner at samarbejde i øjenhøjde med alle kolleger og kan kommunikere klart med forståelse for modtagerens præmisser og situation, lykkes godt i funktionen. Desuden styrkes dialogen, når der naturligt indgår en overlevering af viden og dermed læring fra de sundhedsfaglige beslutninger, lægen træffer.

Samtidig ses det, at de rådgivende læger i dag i vid udstrækning har de nødvendige kompetencer til at tage det ansvar for vanskelige beslutninger, der kræves af funktionen. Det kan herunder konstateres, at dette kræver en betydelig grad af robusthed og tryghed i funktionen (og dermed stærke faglige kompetencer og erfaring med tilsvarende opgaver) relateret til at håndtere et lægefagligt ansvar.

Afslutningsvis er der i analysen udpeget en række udviklingspunkter inden for hvert af de nævnte kompetenceområder, der kan understøtte, at den rådgivende funktion kommer endnu mere til gavn for Akuttelefonen 1813.

2. Baggrund og formål

Region Hovedstaden offentliggjorde i september 2017 rapporten ”Tværgående Analyse af Diagnosticering af Meningitis og Meningokoksygdom”, som med udgangspunkt i en analyse af 76 utilsigtede hændelser fremsatte ti konkrete handleplaner, der skal medvirke til en korrekt og rettidig diagnosticering og behandling ved meningitistilfælde.

Et af de tre meningitistilfælde var en ung mand, der døde den 1. januar 2017. Der blev efterfølgende udarbejdet en kerneårsagsanalyse, hvori det blev konstateret, at der var begået fejl ved Akuttelefonen 1813. Derudover var Styrelsen for Patientsikkerhed på et reaktivt tilsynsbesøg hos Akuttelefonen 1813 den 6. april 2017. Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede, at der var få forhold af mindre (negativ) betydning for patientsikkerheden ved Akuttelefonen 1813.

Efter medieomtale af to yderligere meningitistilfælde med utilsigtede hændelser i første halvdel af 2017 besluttede regionsrådsformand Sophie Hæstorp Andersen, at der skal udarbejdes en ekstern analyse, der specifikt fokuserer på den rådgivende funktion ved Akuttelefonen 1813.

På den baggrund bad Region Hovedstaden Implement Consulting Group P/S om at tilrettelægge og gennemføre en analyse af den rådgivende funktion i tæt samarbejde med Region Hovedstadens Akutberedskab, og herunder Akuttelefonen 1813. I den forbindelse blev det specificeret, at der skulle være særligt fokus på afdækning og konsekvenser af kompetenceniveauet hos de læger, der varetager den rådgivende funktion.

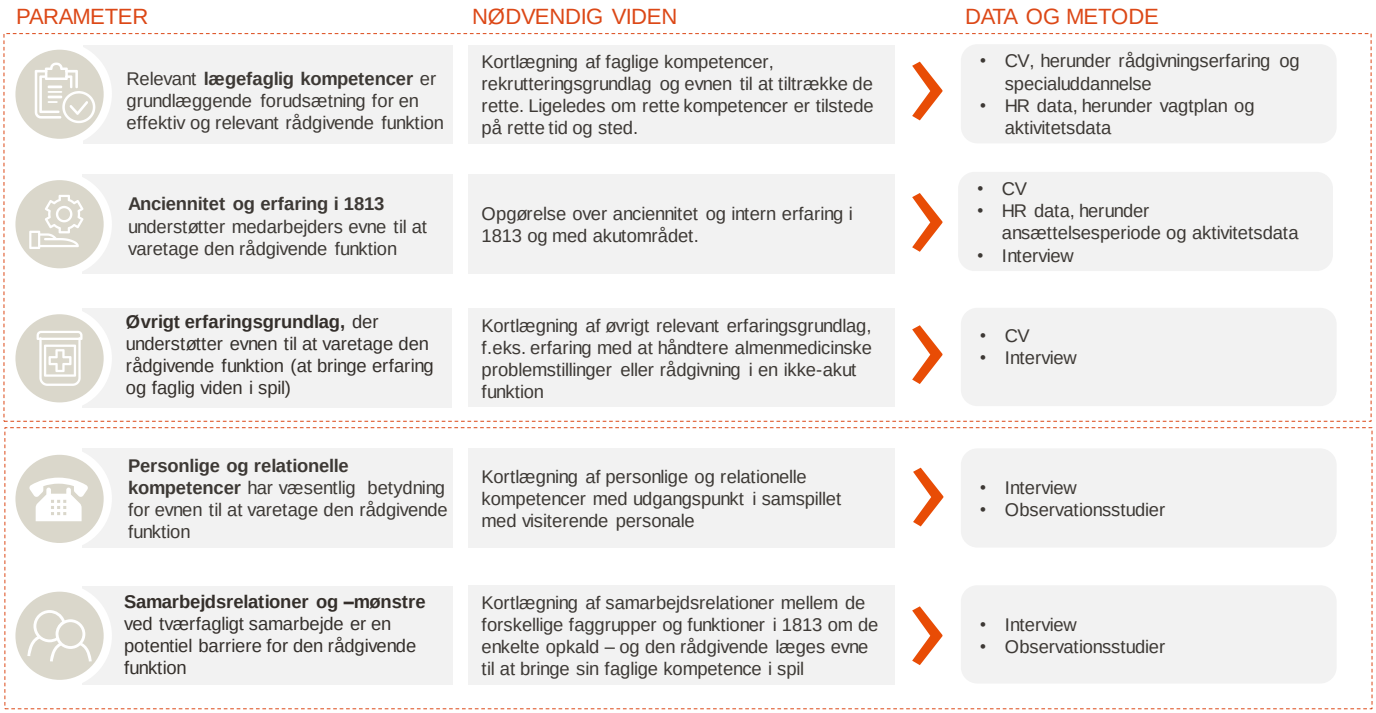
Formålet er at skabe klarhed om det aktuelle kompetenceniveau og at identificere forbedringspotentialer for det videre arbejde med at styrke funktionen og dennes betydning for Akuttelefonen 1813s opgaveløsning.

3. Tilgang og datagrundlag

Implement har i samarbejde med Region Hovedstaden opstillet en ramme til vurderingen af kompetenceniveauet hos de rådgivende læger. Rammen eller matricen viser, at der er behov for at fokusere på fem forskellige parametre i de rådgivende lægers kompetence.

Det er i matricen angivet, hvordan de enkelte parametre søges belyst via forskellige datakilder.

Figur 1. Kortlægningsmatrice for kompetenceniveauet i den rådgivende funktion



De fem parametre udgør således tilsammen den kompetenceprofil, der i dialog mellem Akutberedskabet og Implement, er vurderet som afgørende for den rådgivende læges opgavevaretagelse i funktionen. Matricen er således konstrueret på baggrund af et teoretisk og empirisk grundlag fra andre tilsvarende opgaver samt praksiserfaring specifikt fra varetagelsen af den rådgivende funktion.

3.1 Indsamlet data

Akutberedskabet har indsamlet og bearbejdet en lang række data i dialog med Implement. Disse data udgøres på oversigtsniveau af følgende:

- HR-data, fx anciennitet, alder, hoveduddannelse og specialuddannelse samt uddybende information om anden relevant erfaring hos medarbejdere i form af CV'er, der kan belyse medarbejders tidligere erfaring.
- Beskrivelser af oplæringspraksis og introduktionsforløb.
- Data om aktivitet over døgnet og på tværs af uger er sammenholdt med vagtplaner for at give indblik i tilgængeligheden af de rette kompetencer over tid og i perioder med større belastning af den rådgivende funktion.
- Data om henvendelser til og henvisninger foretaget af rådgivende læger samt for visiterende personale.
- Data om antal klager samt temaerne for handleplaner produceret på baggrund af de rapporterede utilsigtede hændelser. Sammenholdt med aktivitetsdata samt interviews og observationsstudier bidrager dette til at belyse kvaliteten af den rådgivende funktion.

Implement har desuden indsamlet kvalitative data via interviews med rådgivende læger, SFVer og ledelsen i Akuttelefonen 1813 samt den administrative ledelse af Akutberedskabet med henblik på belysning af de faglige, personlige og relationelle kompetencer samt den del af erfaringsgrundlaget, der ikke lader sig belyse af de kvantitative datakilder. Der er desuden foretaget observationsstudier dag, aften og nat

dækkende både hverdag og weekenden. Interviews og observationer har særligt bidraget til at skabe et billede af variationer i vurderinger, holdninger og forståelser på tværs af faggrupper, funktioner og organisatoriske niveauer. Observationsstudierne har i særlig grad givet indblik i de personlige og relationelle kompetencer og samspillet med de øvrige funktioner og faggrupper ved Akuttelefonen 1813.

I bilag 1A og 1B fremgår en detaljeret oversigt over de dataudtræk, der er foretaget af Akutberedskabet samt de respondenter, der har deltaget i interview.

4. Den rådgivende funktion ved Akuttelefonen 1813

DEN RÅDGIVENDE FUNKTION ER ENESTÅENDE FOR REGION HOVEDSTADEN OG GIVER ADGANG TIL FAGLIG SPARRING.

Den rådgivende funktion er en særlig konstruktion, der er unik for Akuttelefon 1813.

Ud over den rådgivende funktion består Akuttelefonen 1813 i operativ forstand af en række forskellige funktioner:

- **SFV**: Stab af sygeplejersker, der tager hoveddelen af alle opkald til 1813 og visiterer borgerne direkte eller viderestiller til visiterende læge.
- **Visiterende læger**: Læger, der tager opkald og visiterer borgere videre.
- **Priolæge**: Læge, der varetager en særlig indgang, der alene benyttes af andet sundhedspersonale fra fx plejecentre og andre regionale og kommunale institutioner.
- **Vagtleder**: Vagtleder, der har driftsledelsen af Akuttelefonen 1813 i den pågældende vagt, herunder for prioriteringen af og overblikket over de kørende læger.

Mens SFVer og læger har som primær funktion at tage direkte opkald fra borgere, der ringer til 1813, har den rådgivende læge en anden række forskellige opgaver:

- Rådgivning ved ambulancebestillinger iht. akut ambulance-bestilling, ambulancekørekortet og Dansk Index.
- Lægefaglig koordination af hjemmebesøg.
- Rådgivning ved Foto Unwire-stationen.
- Håndtering af alarmsvar fra klinisk biokemi (blodprøvesvar).
- Lægefaglig sparring for vagtleder.
- Mentor for nyansatte læger (de første tre måneders ansættelse).
- Mentor for HU-læger.
- Lægefaglig rådgivning til SFVer og læger.

Derudover træder den ene af de to rådgivende læger, der bemander funktionen, typisk ud af funktionen i perioder af vagten for at tage opkald som visiterende læge, når der ikke er pres på den rådgivende funktion. Der er dog altid en rådgivende læge, som er klar til at rådgive det øvrige visiterende personale.

Hos Akuttelefonen 1813 har visiterende læger og SFVer således en ekstra mulighed for lægefaglig rådgivning, som i tilfælde af tvivl eller kompleksitet i telefonhenvendelsen kan bringes i anvendelse med henblik på sparring, hurtig afklaring og beslutning samt afslutning af opkaldet. Funktionen er således unik i sammenligning med landets øvrige vagtlægefunktioner, hvor der ikke er en tilsvarende, lettilgængelig ”bagvagtsfunktion”. Se i øvrigt næste afsnit.

Vagtleder og rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813 samarbejder direkte med 1-1-2 og med Akut Medicinsk Koordinationscenter v. AMK-lægen, hvilket er understøttet af, at de forskellige funktioner sidder fysisk sammen i samme lokale.

4.1 Lægefaglig rådgivning i øvrige akuttelefoner/lægevagtsordninger

Alle landets regioner har som følge af Sundhedsstyrelsens anbefaling i 2007 indført telefonisk visitation til akutmodtagelser/-klinikker.

DER FINDES I ALLE LANDETS REGIONER TELEFONISK VISITATION TIL SYGEHUSE. REGION HOVEDSTADEN HAR LANDETS MEST TRAVLE MED KNAP EN MILLION OPKALD ÅRLIGT.

Af disse har Akuttelefonen 1813 det største befolkningsunderlag og har derfor også det højeste antal opkald med knapt en million årligt. I landets øvrige regioner varierer antallet af opkald årligt fra godt 650.000 til knapt 750.000.

Nedenstående tabel viser, hvordan Akuttelefonen 1813's særlige rådgivende funktion er unik i sammenligning med de øvrige regioner. Dog har sygeplejersker i Region Syddanmark adgang til lægelig backup fra de visiterende læger (lægevagt).

Der er i tabellen alene fokuseret på bemanding uden for almindelig dagtid i hverdage, da aftalen med PLO (Praktiserende Lægers Organisation) betyder, at almen praksis som udgangspunkt er ansvarlig for visitering i dagtid. Det bemærkes dog, at der i tre af de fem regioner er en sygeplejerskedækket akuttelefon som supplement til almen praksis i dagtid.

Tabel 1. Lægefaglig rådgivning til visiterende personale

	Organisatorisk setup	Sundhedsfaglig kompetence i visitation
Region Hovedstaden	Visitation via Akuttelefonen 1813.	Sygeplejersker med adgang til lægefaglig rådgivning og viderestilling til visiterende læger (overvejende almen medicinere) med adgang til lægefaglig rådgivning.
Region Sjælland	Visitation til akutmodtagelse sker døgnet rundt via akuttelefon. Visitation ved sygdom sker via vagtlæge.	Sygeplejersker (skader) og læger (primært almen medicinere) (sygdom).
Region Syddanmark	Lægevagt visiterer skader og sygdom.	Sygeplejersker med lægefaglig backup og læger.
Region Midtjylland	Lægevagt.	Praktiserende læger/almen medicinere.
Region Nordjylland	Lægevagt.	Praktiserende læger/almen medicinere.

4.2 Statusbillede af de rådgivende læger ved Akuttelefonen 1813

I dette afsnit gives et statusbillede for lægerne ved Akuttelefonen 1813 pr. 01/05 2018. Der gives et indblik i status her og nu blandt de tilknyttede læger, herunder typer af opgaver og aldersfordeling.

Der er ved Akuttelefonen 1813 pr. 01/05 2018 tilknyttet 164 læger. Der findes en opgørelse over tilknyttede læger udvalgt til den rådgivende funktion, jf. nedenstående Tabel 2, men der foretages ikke yderligere elektronisk registrering af, om en læge varetager den rådgivende funktion. Idet de rådgivende læger udpeges på dagen ud af de læger, der har vagt på den pågældende dag, er det dog muligt at foretage en opgørelse af, hvilke læger der har varetaget den rådgivende funktion i 2018. Den nedenstående tabel er udarbejdet ved en manuel gennemgang af vagtplaner for 2018 og viser, hvor mange læger der pr. 01/05 2018 har haft vagter i den rådgivende funktion.

I 2018 HAR I ALT 38 FORSKELLIGE LÆGER VARETAGET DEN RÅDGIVENDE FUNKTION VED 1813. DEN MEST FOREKOMMENDE TYPE AF LÆGE ER SPECIALLÆGE I ALMEN MEDICIN.

Tabel 2. Læger og rådgivende læger ved 1813, 2018

	Antal læger
Læger ved 1813	164
Heraf læger, der ikke har varetaget den rådgivende funktion i 2018	126
Heraf læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018	**38**

Der har i 2018 været i alt 164 forskellige læger tilknyttet Akuttelefonen 1813. Af disse har en delmængde på i alt 38 forskellige læger varetaget den rådgivende funktion pr. 01/05/2018, hvilket svarer til knapt 23% af alle læger ved 1813.

Af de 164 tilknyttede læger fratræder to pr. 01/07 2018 og yderligere seks pr. 01/08 2018. Blandt de otte fratrædende læger har én varetaget den rådgivende funktion i 2018.

4.2.1 Aldersfordeling

Det kan konstateres, at de rådgivende læger i gennemsnit er ældre end de læger, der ikke varetager den rådgivende funktion, hvilket indikerer, at læger, der varetager den rådgivende funktion, generelt set er mere erfarne.

Den ældste læge, der varetager rollen som rådgivende læge, er p.t. 80 år, mens den yngste er 31 år. Dette store spænd er dog ikke udtryk for en generel variation, da det kan konstateres, at den samlede grupper af rådgivende læger har en gennemsnitlig alder på 56 år, mens den gennemsnitlige alder for "ikke-rådgivende læger" er 49 år.

4.2.2 Lægefaglige kompetencer ved Akuttelefonen 1813

Tabellen nedenfor viser, hvilken uddannelse og specialisering lægerne tilknyttet Akuttelefonen 1813 har. Det tilsvarende ses for læger, der har varetaget den rådgivende funktion.

Tabel 3. Lægernes uddannelsesmæssige status og baggrund

Uddannelse/status	Antal læger i alt	Heraf rådgivende
Almen medicin	44	15
Kirurgiske specialer	22	5
HU	38	4
Reservelæge	13	0
Intern medicin	13	4
Læge	10	3
Anæstesiologi	8	1
Pædiatri	3	3
Klinisk assistent	3	0
Øre-næse-hals	2	1
Gynækologi og obstetrik	2	1
Samfundsmedicin	2	0
Under uddannelse	2	0
Endokrinologi	1	0
Urologi	1	1
Totalt	**164**	**38**

PÆDIATRI ER DET SPECIALE, HVORAF DEN STØRSTE ANDEL AF LÆGER OGSÅ FUNGERER SOM RÅDGIVENDE LÆGER.

Den oftest forekommende speciallægeuddannelse er almen medicin, som udgør 27%. Derefter følger en samling af de kirurgiske specialer[1] samt intern medicin og anæstesiologi som relativt velrepræsenterede speciallægeuddannelser.

Tabellen viser samtidig, at der er tilknyttet en stor andel – 23% – af læger til Akuttelefonen 1813, som endnu ikke har afsluttet en speciallægeuddannelse, og som derfor er i hoveduddannelsesforløb inden for en lang række forskellige specialer[2]. Derudover ses det, at der er en række andre læger uden speciallægeuddannelse tilknyttet Akuttelefonen 1813.

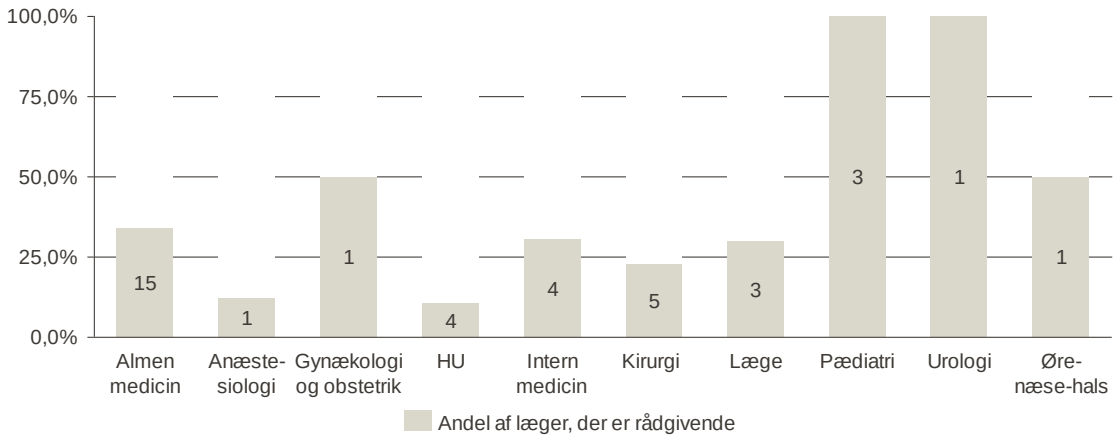
4.2.3 Rådgivende lægers uddannelsesmæssige baggrund

Tabellen viser også særskilt den tilsvarende uddannelsesmæssige baggrund for de læger, der har varetaget den rådgivende funktion.

Blandt de læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018, er der ligeledes en relativt bred repræsentation af speciallægeuddannelser, dog med en betydelig overvægt af læger med specialuddannelse i almen medicin.

Det kan desuden konstateres, at der er en mindre andel læger, der varetager den rådgivende funktion, som har en kirurgisk speciallægeuddannelse.

Figur 2. Andel og antal af læger med forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, der fungerer som rådgivende læge ved Akuttelefonen 1813, 2018



Pædiatri er, hvis man ser bort fra de specialer, der udelukkende er repræsenteret ved en enkelt læge, det speciale, hvoraf den største andel (100%) af lægerne også fungerer som rådgivende læger. Dette afspejler blandt andet, er der generelt er stor efterspørgsel efter pædiatrisk rådgivning fra både SFVere og visiterende læger, og at der i opkaldsaktiviteten er en stor repræsentation af henvendelser, der vedrører børn, hvorfor de til Akuttelefonen 1813 tilknyttede pædiatere er meget efterspurgt til at dække vagterne som rådgivende læge.

[1] Ortopædkirurgi, plastikkirurgi, kirurgisk gastroenterologi, thoraxkirurgi samt neurokirurgi.
[2] Almen medicin, dermatologi, samfundsmedicin, gynækologi, klinisk biokemi, klinisk farmakologi, plastikkirurgi, øre-næse-hals, almen med svensk bevis, klinisk onkologi, intern medicin, endokrinologi, akut medicin med svensk uddannelse, oftalmologi, urologi, kardiologi, anæstesiologi samt psykiatri.

At andelen af almen medicinere, der varetager den rådgivende funktion, er relativt lav, skal alene ses i det lys, at det er den uddannelsesmæssige baggrund, der er markant mest repræsenteret hos de læger, der varetager den rådgivende funktion, og at der er klart flest almen medicinere tilknyttet Akuttelefonen 1813 i det hele taget.

Der gives blandt rådgivende læger og Akuttelefonen1813 i øvrigt udtryk for, at tilgængeligheden af relevante, lægefaglige kompetencer er centralt for den rådgivende funktion samt for Akuttelefonen 1813. Der gives blandt de adspurgte rådgivende læger udtryk for en forskelligartet forståelse af, hvad der opleves som relevante lægefaglige kompetencer. Der gives generelt udtryk for, at de typer af lægekompetencer, der svarer til respondenters egen baggrund, er velegnede i forbindelse med at skulle varetage den rådgivende funktion. Der er dog også bred enighed om, at almen medicin eller intern medicin begge er oplagte baggrunde, og at speciallæge med disse baggrunde vil have en relevant erfaring med sig.

4.3 Rollen som rådgivende læge

Som det fremgår ovenfor, har de rådgivende læger flere forskellige opgaver. Det stiller særlige krav til varetagelsen af funktionen. Læger i den rådgivende funktion udpeges af vagtlederen. Hvem der udpeges, afhænger af vagtplanen, der er udarbejdet af vagtplanlæggeren, og besluttes af vagtlederen. Læger kan melde deres vagtmuligheder ind med angivelse af dato og antal timer. Lægen ved ikke på forhånd, om de skal være visiterende læge, kørende læge eller rådgivende læge, før de møder op på vagten.

Rollen som rådgivende læge omfatter et tæt samarbejde med vagtlederen i forhold til logistisk administration og lægefaglig sparring. De rådgivende læger sidder fysisk ved siden af vagtlederen i en klynge med andre læger, bl.a. priolægen samt ofte visiterende læger, der har oplæringsansvar for nye visiterende læger.

Den rådgivende læge har en særlig rolle som lægefaglig sparringspartner over for det øvrige personale ved Akuttelefonen 1813. Når en SFV eller læge har brug for den rådgivende læges råd, tager vedkommende sine håndskrevne noter med sig og går op til lægens bord. Der sættes lægen helt kort ind i patientens situation, og SFVen eller lægen spørger den rådgivende læge til råds. I andre tilfælde har SFVen brug for, at lægen ser med på et billede af patienten, fx i tilfælde af udslet, brandsår osv., for dermed at få afklaret visitationsbehovet.

De rådgivende læger oplever, at denne funktion fylder hovedparten af rollen, særligt fordi det er de uklare og vanskelige sager, deres kolleger har brug for rådgivning om. Det er således de opkald, der ligger i gråzonen, og som typisk ikke er nemme at placere inden for visitationsretningslinjerne, som de rådgivende læger involveres i, og de vurderer selv, at nætterne generelt set har en større andel af disse typer af opkald, hvor situationen og borgerne er sværere at vurdere og ofte mere kritisk syge.

Lægerne i den rådgivende funktion bruger som nævnt også tid på at håndtere blodprøvesvar, der er ankommet uden for den praktiserende læges åbningstid, og hvor der er behov for handling, før næste hverdag. Her skal patienter opspores, og der skal tages den nødvendige henvisnings- eller visitationsaktion på baggrund af prøvesvaret.

De rådgivende læger koordinerer desuden de kørende læger på hjemmebesøg og er ligeledes lægefaglig backup og telefonisk support for dem. I sammenhæng hermed varetages det uddannelsesmæssige ansvar for læger, der som en del af deres uddannelse varetager rollen som kørende læge.

Ud fra den kvalitative empiri kan det konstateres, at der blandt de rådgivende læger er en helt overvejende positiv oplevelse af funktionens betydning for kvaliteten af opgavevaretagelsen ved Akuttelefonen 1813.

De af de rådgivende læger, som har vagtlægeerfaring fra andre regioner og fra den tidligere vagtlægeordning i Region Hovedstaden, vurderer, at den rådgivende funktion er med til at sikre, at Akuttelefonen 1813 er et stærkere setup med bedre effektivitet og kvalitet end det mere traditionelle vagtlægesetup.

Også de af analysen omfattede SFVere udtrykker tilfredshed med funktionen og angiver, at funktionen generelt set er tryghedsskabende og bidrager til kontinuerlig læring og kvalitet i visitationen af opkald. På samme vis er der visiterende læger, som anvender den rådgivende funktion – særligt når denne er bemandet med særligt erfarne speciallæger og ikke mindst speciallæger i pædiatri – i vid udstrækning. Dette illustrerer, at den rådgivende funktion opleves som en relevant "bagvagts- og specialistfunktion", der højner sikkerhed og kvalitet i visitationsopgaven.

4.3.1 Læger vurderet til at kunne varetage funktionen

KOMPETENCE-OVERSIGTEN FOR LÆGER VED AKUTTELEFONEN 1813 VISER, AT I ALT 17 LÆGER ER UDVALGT TIL AT FUNGERE SOM RÅDGIVENDE LÆGE.

Der arbejdes ved Akuttelefonen 1813 med en kompetenceoversigt, der for hver tilknyttet læge angiver, om lægen kan varetage telefonisk visitation, funktionen som kørende læge, og om lægen er udvalgt til at kunne varetage den rådgivende funktion.

Den nedenstående tabel viser for hver type af opgave, hvordan de 164 tilknyttede læger fordeler sig.

Tabel 4. Kompetenceoversigt for læger ved Akuttelefonen 1813, 2018

Type af opgave	Antal læger
Telefonisk visitation	
Vil og kan	142
Ikke angivet	22
Besøg hjemme	
Fritaget	17
Kan, men vil nødigt	21
Vil og kan	79
Ikke angivet	47
Udvalgt til rådgivende læge	
Ja	17
Totalt	**164**

For de 22 ikke udvalgt til telefonisk visitation gælder, at 16 har været tilknyttet Akuttelefonen 1813 i to måneder eller mindre, mens de resterende alle fratræder pr. 01/07 eller 01/08.

Blandt de 164 læger er i alt 17 forskellige udpeget til at kunne varetage den rådgivende funktion i 2018 svarende til godt 10% af alle læger ved Akuttelefonen 1813.

4.3.2 Læger, der har varetaget den rådgivende funktion

Der er pr. vagt to læger, der udfylder den rådgivende funktion. Som det fremgår af nedenstående Tabel 5, har der i 2018 været i alt 38 forskellige læger, der har varetaget den rådgivende funktion. Altså nogle flere end de 17, der er udpeget til funktionen.

Profilen for de i alt 38 læger, der har varetaget den rådgivende funktion, er på baggrund af Akuttelefonen 1813's kompetenceoversigt vist i nedenstående tabel.

Tabel 5. Profil for læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018

	Rådgivende læger
Telefonisk visitation	38
Vil og kan	**38**
Ikke angivet	**0**
Udkørende hjemmebesøg	**38**
Vil og kan	**24**
Kan, men vil nødigt	**4**
Fritaget	**6**
Ikke angivet	**4**

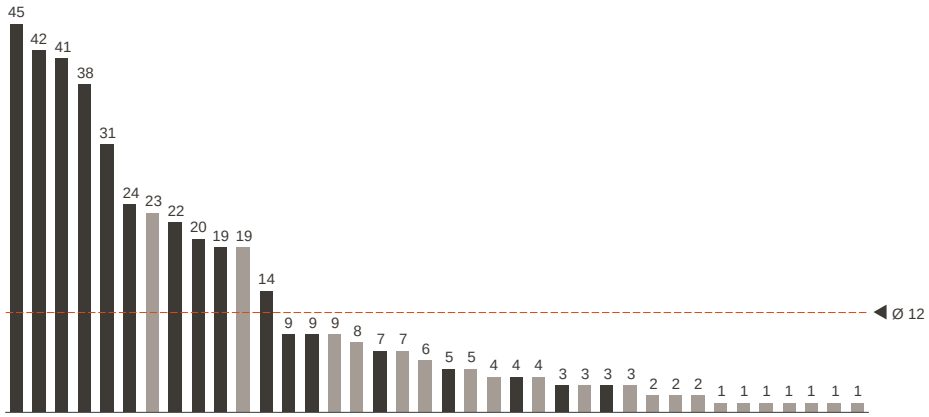
Det fremgår således, at der blandt 38 læger, der har varetaget den rådgivende funktion, er 14, som enten ikke kan eller ikke ønsker at varetage rollen som kørende læge, mens samtlige 38 læger kan og vil varetage rollen som visiterende læge.

Rollen som kørende læge er dog tidligere blevet varetaget af de læger, der ikke længere ønsker at varetage funktionen, hvorfor fravalget typisk har fysiske årsager.

Den nedenstående figur viser fordelingen af antal rådgivende vagter pr. læge i 2018 for de læger, der har varetaget den rådgivende funktion. De sorte søjler er de 17 læger, der er udpeget til at varetage den rådgivende funktion, mens de mørkegrå søjler angiver de 21 læger, der har varetaget den rådgivende funktion, men som ikke er udvalgt til at varetage funktionen.

DER ER I GENNEMSNIT VARETAGET 12 RÅDGIVENDE VAGTER PR. LÆGE BLANDT DE LÆGER, DER I 2018 HAR VARETAGET DEN RÅDGIVENDE FUNKTION.

Figur 3. Fordeling af vagter pr. læge for læge ved den rådgivende funktion, 2018



Der er i gennemsnit i 2018 varetaget 12 vagter pr. læge ved den rådgivende funktion. 12 forskellige læger ligger over dette og har dækket 14 eller flere vagter, mens de resterende 26 alle har dækket 9 eller færre.

Hovedparten af vagter dækkes af relativt få læger, mens de resterende vagter er fordelt mellem en længere række af læger, der alle har færre vagter hver især. Således har 19 læger dækket 5 vagter eller færre i 2018, mens 10 læger har dækket 1-2 vagter i 2018.

Halvdelen af de rådgivende læger har i 2018 haft 5 vagter eller færre ved den rådgivende funktion.

Den store variation i antallet af vagter kan skyldes, at funktionen primært er koncentreret hos få udvalgte læger, men at der ved sygdom eller andet fravær af hensyn til vagtdækning benyttes læger på trods af, at de ikke er udpege til funktionen. Samtidig kan det dog konstateres, at i hvert fald to læger, der ikke er formelt udpeget til at varetage den rådgivende funktion, alligevel har varetaget funktionen henholdsvis 23 og 19 gange.

Nedenfor beskrives det, hvordan og i hvilket omfang vagtdækningen af den rådgivende funktion i praksis er varetaget af læger med forskellige uddannelsesmæssige grupperinger.

4.4 Aktivitet for Akuttelefonen 1813

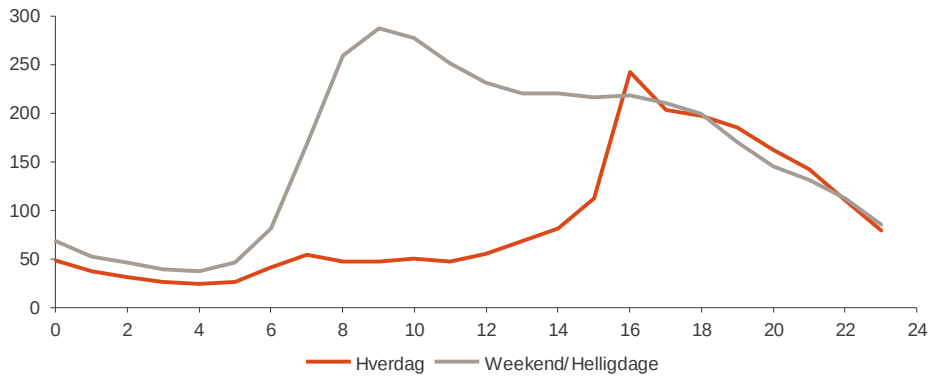
AKUTTELEFONEN 1813 MODTOG I 2017 KNAPT EN MILLION OPKALD. 50,8% AF DISSE BLEV BESVARET PÅ UNDER 3 MINUTTER, OG 81,7% PÅ UNDER 10 MINUTTER.

Akuttelefonen 1813 modtog i 2017 i alt 944.797 opkald, hvilket er en lille stigning fra 2016. Fordelt over måneder er aktiviteten fordelt relativt jævnt med ca. 75.000 opkald om måneden[3].

Svartiden på opkald var for 50,8% af opkaldene i 2017 på under 3 minutter og 81,7% inden for 10 minutter.

Der er på baggrund af opgørelser over den samlede aktivitet for Akuttelefonen 1813 i 2017 udarbejdet opgørelser over den gennemsnitlige aktivitet for hver af døgnets timer for hverdag og for weekend/helligdage. Den nedenstående figur viser den gennemsnitlige opkaldsaktivitet til Akuttelefonen 1813.

Figur 4. Gennemsnitligt antal opkald over døgnet for hverdage og weekend/ helligdag, 2017



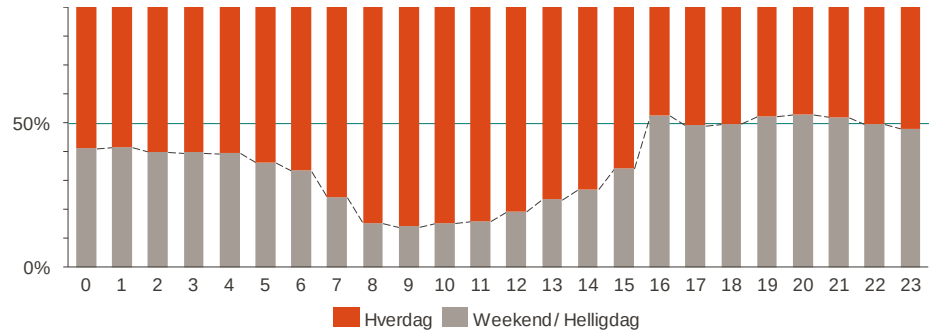
[3] Kilde: Årsrapportdata 2017, Region Hovedstaden, Akutberedskab

Der ses for den gennemsnitlige hverdag en lavere aktivitet over morgen frem til kl. 16.00 (hvor almen praksis i princippet dækker visitationen, og hvor der ikke er lægelig bemanding ved Akuttelefonen 1813) med en betydelig stigning fra kl. 16.00, hvor størstedelen af opkald til Akuttelefonen 1813 i hverdagene varetages – som resultat af den typiske afslutning af åbningstiden i almen praksis. Det gennemsnitlige antal opkald i timen er størst i hverdage kl. 16.00, hvor der varetages 242 opkald i timen. Den gennemsnitlige belastning i hverdage for den travle periode fra kl. 16.00-22.00 er 177 opkald i timen. Der er færrest opkald på en typisk hverdag mellem kl. 02.00 og 05.00, hvor der gennemsnitligt varetages 25-30 opkald i timen. Der varetages på hverdage samlet set i gennemsnit 88 opkald i timen.

Der ses for den gennemsnitlige weekend/helligdage et anderledes mønster med den laveste belastning tidlig morgen efterfulgt af en stigning i belastning fra kl. 06.00 og frem til omkring kl. 10.00, hvor den gennemsnitlige weekendvagt oplever den største belastning med 287 opkald i timen, hvorefter belastningen aftager over tid, indtil den i løbet af eftermiddagen er tilsvarende den gennemsnitlige belastning ved hverdage. Der varetages i gennemsnit 157 opkald i timen i weekend/helligdage.

Nedenstående figur viser den relative fordeling af antallet af opkald over døgnet for hverdage og weekend/helligdage med de gennemsnitlige aktivitetsmønstre.

Figur 5. Andelen af opkald, der varetages i hverdage og weekend/helligdage for den gennemsnitlige opkaldsaktivitet over døgnet, 2017



36% af aktiviteten falder i hverdage, mens 64% af aktiviteten falder i weekend/helligdage. Dette understreger en generelt større belastning pr. døgn i weekend/helligdage end i hverdage – primært forklaret ved fraværet af almen praksis i weekend/helligdage i dagtid.

4.4.1 Oplevelse af travlhed i 1813

I forbindelse med interview pegede de fleste respondenter på, at der ofte opleves meget travlhed ved Akuttelefonen 1813, herunder også i den rådgivende funktion. De beskrev en heftig aktivitet på telefonerne og med SFVere, der ofte står i kø for at få rådgivning hos de rådgivende læger.

I forbindelse med de tre gennemførte observationer var der en relativt rolig og stabil driftssituation, hvor der i meget begrænset omfang var flere samtidige behov for rådgivning. Samtidig var det oplevelsen hos de vagtbærende rådgivende læger, at der var tale om ekstraordinært stille vagter. Aktivitetsdata for opkaldstrafikken viser dog, at de udvalgte vagter var gennemsnitlige (i den høje ende), jf. Bilag 2.

For Implement er denne forskel mellem observeret aktivitet og oplevelsen af travlhed ikke atypisk. Det ses ofte i organisationer, at der er et kulturelt båret narrativ om travlhed og aktivitet der ikke kan bekræftes med data. Dette gælder sig i akutmodtagelser og andre dele af sundhedsvæsnet og i organisationer på andre områder. Det kan konstateres, at der ofte er en sådan modsætning mellem den gældende fortælling og den faktiske aktivitet. Denne type "mytefortælling" opstår og udbredes, når der har været oplevet få, men kritiske spidsbelastninger, som dog også i Akuttelefonen 1813 kan konstateres at være helt særlige og sjældne tilfælde.

4.5 Aktivitet for rådgivende læger

DE 38 LÆGER, DER PÅ TIDSPUNKTET FOR DENNE OPGØRELSE HAR VARETAGET DEN RÅDGIVENDE FUNKTION, HAR DÆKKET I ALT 440 VAGTER. AF DISSE ER 275 BLEVET DÆKKET AF SPECIALLÆGER I ALMEN MEDICIN.

Det er muligt på et aggregeret niveau at belyse aktiviteten ved den rådgivende funktion. Et opkald, der konfereres med rådgivende læge, registreres elektronisk. Disse hændelser kan enten være en SFVer, der går til rådgivende læge vedrørende en telefonisk henvendelse, eller det kan være angående et indsendt billede, der konfereres med rådgivende læge. Det betyder, at hver hændelse, der konfereres med de rådgivende læger, registreres og dokumenteres.

Idet der registreres i samme felt, uanset om der er tale om et opkald eller en fotohenvendelse, er det dog ikke muligt at etablere et datagrundlag, der tillader at adskille de to typer af hændelser.

De 38 læger, der på tidspunktet for denne opgørelse i 2018 har varetaget den rådgivende funktion, har dækket i alt 440 vagter mellem sig fordelt på hverdage aften/nat samt weekend/helligdage dag/aften/nat.

De rådgivende læger dækker altid den rådgivende funktion i par af to. Idet der ved hændelser konfereret med rådgivende læger registreres, at der har været en rådgivende læge involveret, men ikke *hvilken*, er det ikke muligt at etablere et datagrundlag, der kan belyse aktivitet ved den rådgivende funktion for den enkelte læge.

Dette afsnit er derfor et indblik i den samlede aktivitet for de rådgivende læger i 2017. Der tages afsæt i data om hændelser for hele 2017 for at få et indblik i så stor en periode som muligt med henblik på at give et retvisende mønster af aktiviteten i den rådgivende funktion.

4.5.1 Vagtfordelingen blandt læger, der har varetaget den rådgivende funktion

Ved at sammenstille lægernes uddannelsesbaggrund med aktivitetsdata er det muligt at analysere, hvilke uddannelsesmæssige baggrunde, læger, der varetager funktionen, oftest har. Det vil sige, at det kan afdækkes, hvordan den relativt forskelligartede uddannelsesmæssige baggrund, som de læger, der har varetaget den rådgivende funktion, afspejles i praksis.

Den nedenstående tabel viser således for de forskellige uddannelsesmæssige grupperinger, hvor mange vagter ved den rådgivende funktion, denne har dækket, samt fordeling af disse over hverdage aften/nat og weekend dag/aften/nat.

Tabel 6. Andelen af vagter for de forskellige uddannelsesgrupper hverdage aften/ nat samt weekend og helligdage dag/aften/nat, 2018

	Hverdag (%)		Weekend (%)				
	Aften	Nat	Dag	Aften	Nat	Antal vagter	Gennemsnitligt antal vagter pr. læge
Almen medicin	40,0	16,0	23,6	13,1	7,3	**275**	**18**
Kirurgiske specialer	18,0	46,0	26,0	8,0	2,0	**50**	**10**
Pædiatri	58,8	0,0	11,8	26,5	2,9	**34**	**11**
Intern medicin	52,9	14,7	17,6	11,8	2,9	**34**	**9**
Læge	28,6	32,1	3,6	10,7	25,0	**28**	**9**
Læger i hoveduddannelses-forløb	76,9	23,1	7,7	0,0	46,2	**13**	**3**
Anæstesiologi	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	**3**	**3**
Øre-næse-hals	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	**1**	**1**
Gyn./obs.	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	**1**	**1**
Urologi	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	**1**	**1**
Totalt	**168**	**84**	**91**	**57**	**40**	**440**	**12**

Almen medicin, der er den mest hyppigt forekommende baggrund, er også den mest aktive af lægegrupperne ved Akuttelefonen 1813. Lægegruppen af almen medicinere har i alt dækket 275 vagter svarende til 63% af alle vagter ved Akuttelefonen 1813, og det er den gruppe, der i gennemsnit har dækket flest rådgivende vagter pr. læge.

Pædiatri, der udgøres af få læger, er dog den næstmest benyttede gruppe af læger, og dækker i gennemsnit 11 vagter pr. læge svarende til i alt 34 vagter eller 8% af alle vagter ved Akuttelefonen 1813.

De almene medicinere er som den mest repræsenterede og aktive gruppe af læger, den gruppe, der dækker den største andel af vagter på tværs af specialer på alle døgnets tidspunkter.

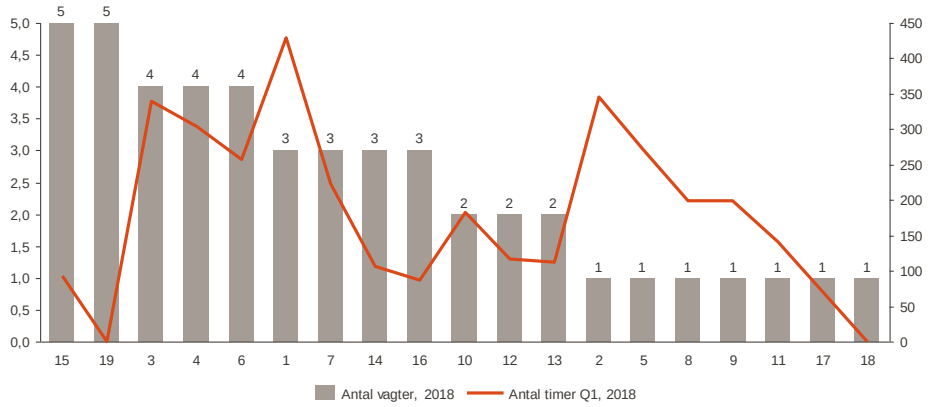
Der er i alt fire faggrupper, der har varetaget den rådgivende funktion tre eller færre gange i 2018. Det omfatter speciallæger i anæstesiologi, oto-rhino-laryngologi, gynækologi og obstetrik samt urologi.

4.5.2 Øvrig vagtdækning for læger, der har varetaget den rådgivende funktion

For at belyse den samlede aktuelle erfaring med arbejdet ved Akuttelefonen 1813 ses der i figuren nedenfor en fremstilling af de læger, der har fem eller færre vagter ved den rådgivende funktion i 2018 sammenholdt med deres samlede antal timer ved Akuttelefonen 1813 i Q1 2018.

Det skal bemærkes, at de to perioder ikke nødvendigvis er ens, da timegrundlaget er Q1 2018, mens rådgivende vagter er fra hele 2018. Har man haft timer i Q2, vil de derfor ikke fremgå af opgørelsen.

Figur 6. Antal vagter i 2018 og timer i Q1 2018 for rådgivende læger med fem vagter eller færre

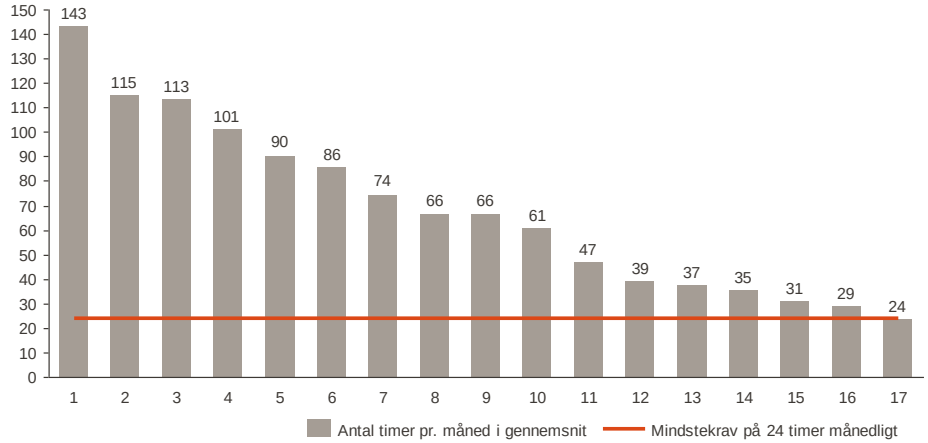


Der ses for de læger, der har fem eller færre vagter ved den rådgivende funktion, en stor variation i antallet af timer ved Akuttelefonen 1813 i Q1 2018. Det højeste timeantal er 429, mens det laveste er 71. Det bemærkes, at to læger har haft vagter ved den rådgivende funktion, men dog ikke har registreret timer i Q1 2018. Det antages, at der er tale om en registreringsfejl, og de to læger medtages ikke i den nedenstående figur, der uddyber timeantal for de læger, der har haft fem eller færre vagter ved den rådgivende funktion i 2018.

Akuttelefonen 1813 har af hensyn til praktisk og aktuel erfaring med arbejdet fastsat et minimumskrav til vagtdækning på minimum 72 timer pr. kvartal.

Den nedenstående figur viser for de læger, der har dækket fem vagter eller færre ved den rådgivende funktion, det gennemsnitlige antal timer arbejdet pr. måned i Q1 2018 ved Akuttelefonen 1813 samt minimumskravet om aktivitet ved Akuttelefonen1813.

Figur 7. Gennemsnitlige timer pr. måned i Q1 2018 for læger, der har fem rådgivende vagter eller færre



Alle læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion, har således levet op til minimumskravet for antallet af timer i Akuttelefonen 1813 for kvartalet.

Blandt de læger, der har dækket færrest vagter ved rådgivende funktion i 2018 (5 eller færre) ses en ujævn fordeling af antal timers arbejdet ved Akuttelefonen 1813. Der synes således ikke at være sammenhæng mellem aktivitetsniveau på Akuttelefonen 1813 og udvælgelse af læger til den rådgivende funktion.

4.5.3 Antallet af konfererede opkald

AF DE KNAPT EN MILLION OPKALD TIL 1813 I 2017 BLEV CA. 50.000 KONFERERET MED RÅDGIVENDE LÆGE, HVILKET SVARER TIL CA. 5% AF ALLE OPKALD.

Af de ca. 945.000 opkald, der blev modtaget i 2017, blev ca. 50.000 konfereret med den rådgivende læge. Det betyder, at ca. 5% af alle opkald konfereres.

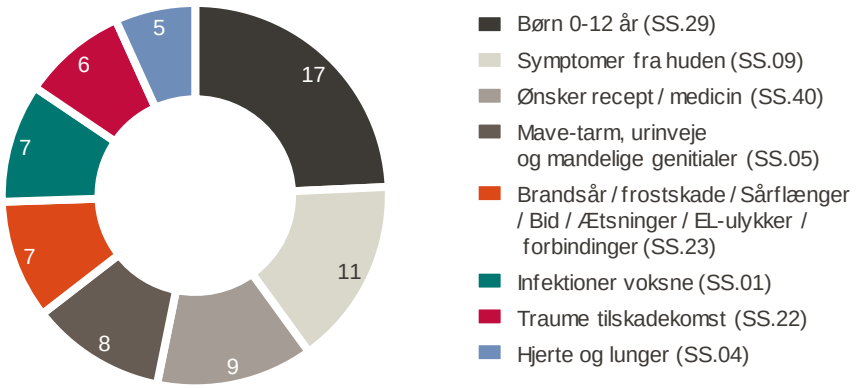
Givet at fordelingen af konfererede opkald følger fordelingen af de samlede antal opkald til Akuttelefonen 1813, betyder det, at 36% af konfererede opkald falder i hverdage, mens 64% falder i weekend/helligdage. Dette svarer til en opkaldsaktivitet i hverdage på ca. 18.000 henvendelser, mens der for weekend/helligdage konfereres 32 opkald i den rådgivende lægefunktion. Den gennemsnitlige aktivitet for den rådgivende funktion er på den baggrund i alt 196 konfereringer pr. døgn svarende til et gennemsnit på otte pr. time i weekend/helligdage. For hverdage giver det en aktivitet på 110 henvendelser pr. døgn svarende til syv pr. time. Der er taget udgangspunkt i 16 timers arbejdstid pr. døgn i hverdage og 24 timers arbejdstid pr. døgn i weekender og helligdage svarende til det tidsrum, hvor de praktiserende læger ikke har åbent.

4.5.4 Henvendelsesmønster og -årsager

Det er for størstedelen af de registrerede henvendelser muligt at få indblik i de typer af henvendelser, der konfereres med rådgivende læger. Henvendelser registreres på henvendelsens hovedårsag. Den nedenstående figur giver et overblik over de syv hyppigste typer af henvendelsesårsager (repræsenteret ved SS-koder), som blev konfereret med rådgivende læger i 2017 fordelt ud på hovedkapitler fra Akuttelefonen 1813s visitationsguide.

Figur 8. De syv mest forekommende henvendelsesårsager konfereret med rådgivende læger i procent, 2017

HENVENDELSER OM BØRN 0-12 ÅR FYLDER MEST BLANDT SAGER KONFERERET MED RÅDGIVENDE LÆGE (17%).



De syv ovenstående henvendelsesårsager udgjorde i 2017 65% af den samlede mængde af opkald konfereret med rådgivende læge.

Den største enkeltstående henvendelsesårsag, der blev konfereret med den rådgivende funktion i 2017, var "børn 0-12 år", der udgjorde 17% af den samlede mængde af

henvendelser. Dette understreger, at visiterende personaler efterspørger lægefaglig rådgivning fra læger med særlige forudsætninger inden for det pædiatriske område.

"Symptomer fra huden" udgjorde 11% af de konfererede opkald, hvilket formentlig blandt andet skal ses som en afspejling af, at fremsendte billeder altid konfereres med/håndteres af den rådgivende læge. Derudover kan det naturligvis indikere, at der er et særligt behov for dermatologisk specialkompetence, hvilket dog ikke kan bekræftes på baggrund af den kvalitative del af undersøgelsen.

"Ønsker recept/medicin" følger som henvendelsesårsag, der konfereres med rådgivende læge i 9% af tilfældene. Jf. visitationsretningslinjer kan læger ved Akuttelefonen 1813 som udgangspunkt ikke udskrive eller forny recept, hvorfor disse opkald formentlig kunne have været afsluttet af det visiterende personale, der modtog opkaldet. Samtidig kan det – baseret på indtryk fra den kvalitative dataindsamling – meget vel være udtryk for, at det er vanskelige situationer, borgeren er i, som kan være vanskeligt at håndtere via telefonisk kontakt, og som derfor med god grund konfereres med en kollega ved Akuttelefonen 1813.

Det har for 2017 været muligt at tildele henvendelsesårsager til i alt 44.334 af de hændelser, der er konfereret med rådgivende læge. Yderligere 4.092 er registreret som "ukendte" hændelser og er ikke inkluderet i den ovenstående figur. En ukendt hændelse kan skyldes en række faktorer, herunder hvis borgeren viderestillestil 1-1-2, eller hvis det ikke er muligt ud fra en faglig vurdering entydigt at fastsætte hændelsens karakter i forhold til de tilgængelige hovedkapitler, der benyttes til at kategorisere typer af henvendelser.

Der ses i aktivitetsmønstrene en tendens til, at typer af henvendelser konfereret med rådgivende læger er koncentreret om få typer af henvendelsesårsager. Foruden de syv hyppigst forekommende fremstillet i ovenstående Figur 6, der hver især som de eneste typer af henvendelsesårsager udgør 5% eller mere af den samlede mængde henvendelser, er der 33 øvrige typer af henvendelsesårsager registreret for sager, der er konfereret med rådgivende læge. Blandt de resterende 33 henvendelsesårsager er de mest hyppigt forekommende "hjerte og lunger", "bevægeapparat uden traume" samt "graviditet og barsel". For i alt 12 af de forskellige typer af henvendelsesårsager gælder, at de i 2017 er registreret færre end 50 gange, heraf enkelte ned til 2 gange på et år.

4.5.5 Visitationsmønster

MERE END HALVDELEN AF ALLE SAGER KONFERERET MED RÅDGIVENDE LÆGE HENVISES TIL EGEN LÆGE NÆSTE DAG ELLER EGENOMSORG.

Udover henvendelsens årsag er der også for langt størstedelen af henvendelser et dokumenteret udfald, efter opkaldet har været konfereret med rådgivende læge. Der er for de i alt 44.536 henvendelser konfereret med rådgivende læge i 2017 et kendt udfald. Den nedenstående tabel viser for hele 2017-fordelingen af udfald, når en henvendelse er blevet konfereret med rådgivende læge.

Tabel 7. Type af henvisning for henvendelser konfereret med rådgivende læge, 2017

Henvisning	Antal (1.000)	Andel af sager med udfald ved rådgivende læge (%)
Henvist til egen læge næste dag	14,1	32
Henvist til egenomsorg	12,1	27
Indlæggelse	5,4	12
Henvist til behandlerspor – sygdom	5	10
Henvist til vurderingsspor	3,5	8
Henvist til behandlerspor – skade	1,4	3
Speciallæge	0,7	1
Læge, telefonkonsultation – recept	0,4	1
Totalt	**44**	**100**

Blandt de forskellige udfald ved henvendelser konfereret med rådgivende læge er *henvisning til egen læge næste dag* eller *henvisning til egenomsorg* klart de to mest hyppigt forekommende og udgør tilsammen mere end 50% af den samlede mængde af henvisninger for de rådgivende læger. De tre forskellige spor – behandlerspor sygdom/skade og vurderingsspor – udgør i alt 10% af henvisningerne for henvendelser konfereret med rådgivende læge.

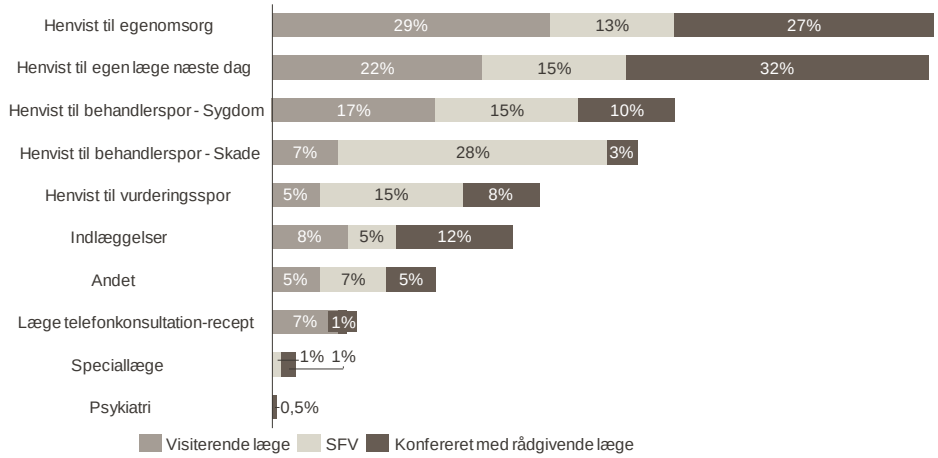
Den nedenstående figur giver således et overblik over fordelingen af typer af visitationer/henvisninger mellem opkald konfereret med rådgivende læger, opkald håndteret af visiterende læger samt opkald håndteret af SFVer for hele 2017.

Figuren viser, at der oftere sker henvisning til egenomsorg eller egen læge næste dag, når der er konfereret med den rådgivende læge relativt til de øvrige opkald i Akuttelefonen 1813 for 2017. Efter konferering med de rådgivende læger visiteres desuden oftere til indlæggelse.

Den kvalitative kortlægning peger på, at det særligt er opkald med uklare (gråzone) tilfælde, der konfereres med den rådgivende læge, hvorfor det ikke er overraskende, at mønsteret er betydeligt anderledes for de konfererede opkald end for de opkald, der håndteres af henholdsvis SFVer og visiterende læger. (Det er ligeledes forventeligt, at der er forskel på visitationsmønsteret mellem SFVer og visiterende læger, da en andel af de opkald, der besvares af SFVer, viderestilles til visiterende læge, jf. gældende retningslinjer ved Akuttelefonen 1813.) Det er desuden forventeligt, at der er forskellige henvisningsmønstre, da Akuttelefonen 1813 i dagstid og dermed normal åbningstid for almen praksis kl. 08.00-16.00 udelukkende er bemandet med SFVer og skal varetage en visiterende opgave.

Den nedenstående figur viser fordelingen af henvisninger for alle opkald i 2017 til SFVer, visiterende læger samt for sager konfereret med rådgivende læge. Figuren viser for hver af de tre grupper andelen af henvendelser inden for den pågældende gruppe med et givent udfald.

Figur 9. Henvisningsmønster for SFVer, visiterende læger og opkald konfereret med rådgivende læger (procent af samlet antal henvisninger pr. gruppe)



Opgørelsen over opkald konfereret med rådgivende læge inkluderer ikke de telefoniske henvendelser, som de rådgivende læger selv besvarer. De rådgivende læger kan selv besvare telefoner, men de vil i så fald være inkluderet i opgørelsen for visiterende læger.

Det ses, at SFV, som det må forventes, er den gruppe, der i størst omfang henviser borgere til behandlerspor – skade eller til vurderingsspor – men som i mindre grad henviser til egenomsorg eller egen læge næste dag.

Det gælder for de visiterende læger samt for sager konfereret med de rådgivende læger, at mere end halvdelen af disse henvises til egenomsorg eller til egen læge næste dag.

Den relativt høje andel af konfererede opkald, der fører til indlæggelse (via de centrale visitationsenheder, CVI) sammenlignet med de øvrige opkald, er ligeledes forventelig og kan tolkes som et tegn på, at "de rigtige" opkald ofte konfereres med den rådgivende læge.

4.5.6 Grundlag for visitation

Den rådgivende læge har naturligvis ofte en central funktion i at sikre korrekt visitation og i den forbindelse også en oplærende funktion for det visiterende personale. Det er derfor en naturlig forventning, at der blandt de rådgivende læger er et ensartet og grundigt kendskab til de visitationsretningslinjer og visitationsspor, der arbejdes efter ved Akuttelefonen 1813.

Det har dog i forbindelse med de kvalitative dataindsamlinger kunnet konstateres, at der er et uensartet kendskab til de gældende visitationsspor, ligesom forståelsen hos enkelte læger for relevansen af kendskabet til disse er varierende.

4.6 Anciennitet og erfaring ved Akuttelefonen 1813

LANGT STØRSTEDELEN AF DE RÅDGIVENDE VAGTER ER I 2018 BLEVET DÆKKET AF DE LÆGER, DER HAR DEN STØRSTE ANCIENNITET VED AKUTTELEFONEN 1813.

Gruppen af læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018, har en højere gennemsnitlig anciennitet ved Akuttelefonen 1813 sammenlignet med den gennemsnitlige anciennitet blandt de øvrige læger, henholdsvis 3,4 år og 2,5 år.

Den nedenstående tabel viser fordelt efter anciennitet antallet af rådgivende vagter dækket i 2018 for de læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion, samt antallet af læger i hvert lag af anciennitet.

Tabel 8. Fordeling af anciennitet ved Akuttelefonen 1813 samt antal læger og antal rådgivende vagter, 2018

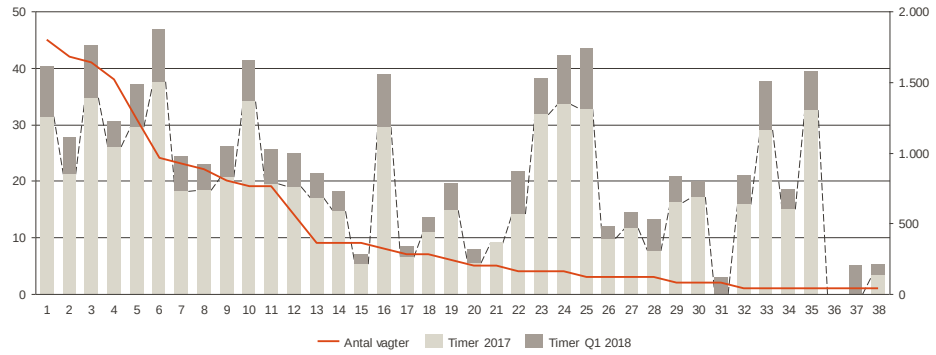
Anciennitet i 1813	Antal læger	Gennemsnitlig anciennitet i gruppen 1813 (år)	Antal rådgivende vagter i gruppen, 2018
0-1 år	3	0,5	4
1-2 år	2	1,2	30
2-3 år	5	2,6	46
3-4 år	9	3,5	82
4+ år	19	4,3	278
Totalt	**38**	**3,4**	**440**

Blandt de læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion, har langt størstedelen tre års erfaring eller mere ved Akuttelefonen1813. Denne gruppe udgør 28 af 38 personer svarende til tæt på ¾ af alle læger, der har varetaget den rådgivende funktion, og gruppen har dækket i alt 360 vagter svarende til godt 80% af alle rådgivende vagter i 2018. Der ses en tydelig stigning i aktivitet ved den rådgivende funktion ved større anciennitet ved Akuttelefonen 1813, men der er dog en mindre delmængde af vagter, der dækkes af læger med mindre anciennitet ved Akuttelefonen 1813.

De læger, der har størst anciennitet ved Akuttelefonen 1813, er også i vidt omfang de læger, der er de mest aktive ved den rådgivende funktion, og som må antages at have været det over de sidste fire år. Akuttelefonen 1813 peger selv på, at det er lykkedes at fastholde den kerne af læger, der er mest egnede til at varetage den rådgivende funktion. Samtidig kan det konstateres, at der formentlig er behov for at udvikle/uddanne en endnu større kreds til at varetage funktionen, jf. at kun 17 ud af 38 formelt er vurderet til at have de rette kvalifikationer og kompetencer til at varetage funktionen.

Den nedenstående figur illustrerer, at for de 38 læger, der har varetaget den rådgivende funktion, er omfanget af aktivitet ved den rådgivende funktion ikke generelt set knyttet til samlet aktivitet i 1813. Dette fremgår blandt andet ved, at nogle af de mindst aktive læger ved den rådgivende funktion er nogle af de mest aktive i gruppen målt på antal timer.

Figur 10. Antal timer arbejdet i 2017 og Q1 2018 for rådgivende læger



Det gennemsnitlige antal timer arbejdet ved Akuttelefonen 1813 er dog samtidig markant højere for de læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion end for de læger, der i 2018 ikke har varetaget den rådgivende funktion. Dette gælder både for hele 2017 og for Q1 2018 og er en indikation på, at læger ved den rådgivende funktion gennemsnitligt er den mest aktive gruppe af læger ved Akuttelefonen 1813.

Lægerne ved Akuttelefonen 1813 kan i den sammenhæng inddeles i to overordnede grupper: læger med og uden erfaring ved den rådgivende funktion i 2018. Det gælder både for hele 2017 og for Q1 2018, at de læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018, gennemsnitligt har haft mere end dobbelt så mange timers arbejde pr. læge ved Akuttelefonen 1813 end læger, der ikke har varetaget den rådgivende funktion i 2018.

4.7 Øvrigt erfaringsgrundlag

Det er vurderingen ud fra en rational betragtning, at det er en hensigtsmæssig forudsætning for varetagelse af den rådgivende funktion, at man har konkret og praktisk erfaring med de situationer, der rådgives om, og de funktioner, der rådgives. Dette bekræftes dog også af den overvejende andel af de responderende rådgivende læger, der anfører, at det burde være en forudsætning for varetagelse af funktionen, at man har erfaring som kørende læge, vagtlæge eller som minimum erfaring som praktiserende læge.

"Man skal have prøvet at være kørende læge. At komme ud i folks hjem – det er vigtigt! Det giver en anden fornemmelse af, hvad der rører sig, hvad der kan lade sig gøre, og hvad der ikke kan." (Rådgivende læge)

Nogle respondenter finder erfaringen fra konferencesituationen på et hospital sammenlignelig med funktionen som rådgivende læge og ser dette som en vigtig ballast, hvor andre vægter erfaringen som fx kørende læge og evnen til at kende bredden i problemstillingerne som helt centralt.

Der er for 36[4] af de 38 læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion, blevet foretaget en manuel gennemgang af CV'er med henblik på at udarbejde en opgørelse af erfaring forud for arbejde hos Akuttelefonen 1813.

EN GENNEMGANG AF TILGÆNGELIGE CV'ER FASTSLÅR, AT 27 LÆGER VED AKUTTELEFONEN 1813 I GENNEMSNIT HAR 30 ÅRS ERFARING SIDEN GENNEMFØRT KANDIDAT. 20 LÆGER HAR I GENNEMSNIT 21 ÅRS ERFARING SIDEN GENNEMFØRT SPECIALLÆGE-UDDANNELSE.

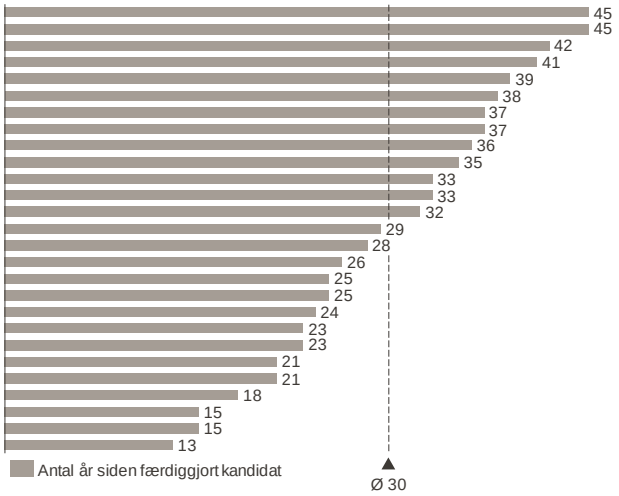
Da der er tale om et uensartet og ikke-systematisk datagrundlag, har det på baggrund af det leverede materiale ikke været muligt at foretage en systematisk opsamling af erfaring på tværs af tidligere ansættelser for de enkelte læger. CV-gennemgangen for de 36 læger har derfor alene muliggjort et overblik over samlet anciennitet forud for ansættelse ved Akuttelefonen 813.

Det konstateres dog her, at der fra ledelsen ved Akuttelefonen 1813 er givet udtryk for, at en vurdering af forudgående relevant erfaring, fx fra funktioner som vagtlæge, erfaring fra almen praksis, erfaring fra akutområdet eller anden relevant erfaring, altid tillægges stor vægt i ansættelsen af den enkelte læge – både til rollen som visiterende læge og til rollen som rådgivende læge.

For de 36 læger med gennemgået CV, som i 2018 har varetaget den rådgivende funktion, har det således været muligt at foretage en opgørelse over antal år siden færdiggjort kandidat og antal år siden færdiggjort speciallægeuddannelse.

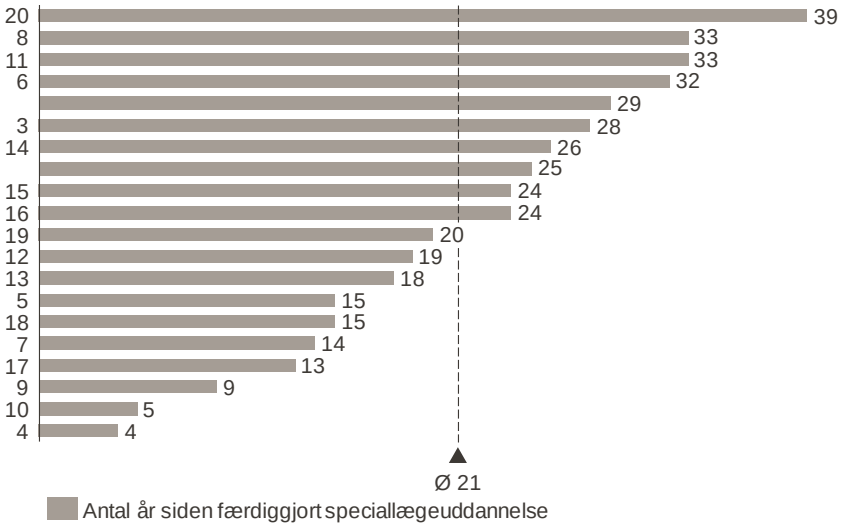
[4] Akuttelefonen 1813 har kunne fremskaffe CV'er på 36 af de 38 rådgivende læger

Figur 11. Antal år siden færdiggjort kandidat for læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion



Det har været muligt på baggrund af CVerne at fastslå antal års erfaring siden færdiggjort kandidat for i alt 27 af de læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion. Blandt disse er den gennemsnitlige erfaring 30 år siden færdiggjort kandidat. Der er i alt 4 læger, der har 20 års erfaring eller mindre siden færdiggjort kandidat.

Figur 12. Antal år siden færdiggjort speciallægeuddannelse for læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion



Det har været muligt på baggrund af CVerne at fastslå antal års erfaring siden færdiggjort speciallægeuddannelse for i alt 20 af de læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion. Blandt disse er den gennemsnitlige erfaring siden færdiggjort speciallægeuddannelse 21 år. Der er i alt 3 læger, der har 10 års erfaring eller mindre siden færdiggjort speciallægeuddannelse.

4.8 Personlige og relationelle kompetencer

Udover uddannelse, anciennitet og praktisk lægefaglig erfaring har kortlægningen også afdækket de personlige og relationelle kompetencer, der har betydning for udfyldelsen af rollen som rådgivende læge.

En vigtig forudsætning for, at den rådgivende funktion kommer visitationen ved Akuttelefonen 1813 til gavn, er, at den bliver benyttet af de medarbejdere, der tager opkald, når der er tvivl og behov for det. Det betyder, at der skal være tillid til rådgivningen både indholdsmæssigt og formmæssigt og ikke mindst, at der er eller kan skabes tillid på det personlige plan. Det kræver helt basale ting som indbyrdes og gensidig respekt, forståelse for hinandens roller og funktioner samt situation mv. I dette og næste kapitel ses derfor på status og oplevelser heraf i den rådgivende funktion.

4.8.1 Divergent oplevelse af vigtigste personlige kompetencer

DER ER IKKE ET ENTYDIGT BILLEDE AF, HVORDAN DEN RÅDGIVENDE FUNKTION SKAL UDFYLDES OG HÅNDTERES.

Det kan konstateres, at der findes forskellige oplevelser og vurderinger af, hvad de vigtigste personlige kompetencer er for en rådgivende læge.

Det spænder på den ene side fra betragtninger, som at man skal kunne "skære igennem og træffe svære beslutninger, være helt sikker uden at udvise tvivl" ved at kunne gennemskue sagen ud fra få informationer og udstikke en retning uden tøven. Til på den anden side betragtninger, der går på, at man skal "finde løsninger sammen i en dialog" gennem evnen til at lytte, stille uddybende, afklarende spørgsmål og give et velargumenteret svar, der kan løse problemet.

Det kan derfor konstateres, at der er varierende og individuelle oplevelser, af hvordan rollen skal udfyldes og håndteres bedst muligt. Konsekvensen af denne variation er, at SFVere (og de visiterende læger) oplever relativt forskelligartet opgavevaretagelse i den rådgivende funktion, alt efter hvilken læge der varetager funktionen.

4.8.2 Kommunikation og situationsforståelse

Et bredt udsnit af respondenterne finder det særligt vigtigt, at den rådgivende læge *ikke* lader sig provokere let, ikke lader stolthed være en barriere og ikke har en brysk eller rigid adfærd. De rådgivende læger, der opleves som succesfulde i deres rollevaretagelse, er dem, der evner en ligeværdig dialog (med alle kolleger), der har en god fornemmelse af situationen og kan sætte sig i andres sted, der har gode kommunikative evner og er interesseret i at sikre læring sammen med kollegerne ved Akuttelefonen 1813.

"… de er aktivt lyttende. Øjenkontakt. De går ind i sagen og tydeliggør deres beslutning uden at anklage patienten. Afvisning er altid med god grund og læring til næste gang." (Rådgivende læge)

KOMMUNIKATIONS-EVNER ER CENTRALE FOR AT KUNNE VARETAGE DEN RÅDGIVENDE FUNKTION.

Interviewene afslører én kompetence som værende den måske mest centrale af alle udover de faglige kompetencer, nemlig evnen til at kommunikere.

"… så synes jeg, at det at kunne kommunikere på en ordentlig måde er en kvalifikation, der bør være i orden." (Rådgivende læge)

Gennemgående fremhæves det, at for at varetage funktionen er det vigtigt med gode kommunikationsevner, uden det behøver at være en særlig trænet ekspertise.

"De, der kommer op og spørger, må aldrig føle ubehag ved at henvende sig. Der må aldrig være dumme spørgsmål, når man henvender sig. De skal føle, at vi magtmæssigt er ved siden af hinanden. Det er vigtigt at tale om det, for man skal ikke træffe en

beslutning over hovedet på dem, der har talt med patienten – det kræver ligeværdig kommunikation." (Rådgivende læge)

Når den enkelte SFVer møder den rådgivende læge, opleves der variation i dialogen og i besiddelsen af de ovenfor nævnte kompetencer. Når der er forskellighed i varetagelsen, kan den enkelte visiterende kollega ikke være tryg i relationen, og derfor risikerer den rådgivende funktion ikke at komme i spil i det omfang, der ønskes. Ved Akuttelefonen 1813 følges der ikke systematisk op på, hvordan den enkelte rådgivende læge opleves – det er for nuværende afhængigt af den enkeltes personlige karaktertræk og kompetencer.

4.8.3 Robusthed

Udover de kommunikative kompetencer som en særligt vigtig egenskab er der også flere, der berører robusthed som evne eller fundament. Dette skal ses i relation til at turde træffe svære beslutninger og have robustheden til at kunne håndtere risikoen for klagesager og en reaktion fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Dette knytter sig i særlig grad til arbejdet ved Akuttelefonen 1813, hvor der skal træffes vanskelige beslutninger på baggrund af telefonsamtaler og derfor begrænsede oplysninger om patienten.

"RL er i højere grad involveret i og eksponeret for klagesager – større volumen af potentielle klager ryger forbi dem, end hvis de sad ved telefonen." (Rådgivende læge)

Flere oplever også borgere, der udviser en truende adfærd, hvilket er med til at øge presset på den enkelte.

Generelt er det dog det tydeligste indtryk, at presset, jf. Folketingets beslutning om en "strammerpakke" for Styrelsen for Patientsikkerheds ageren i forhold til både organisationer på sundhedsområdet og ikke mindst autoriserede sundhedspersoner, fylder mest i lægernes bevidsthed og påvirker følelsen af utryghed i rollevaretagelsen. Enkelte peger dog på, at erfaring er grundlaget for at håndtere dette pres.

4.9 Samarbejdsrelationer og opgaveporteføljе

"VÆSENTLIGT FOR KVALITETEN ER, AT VI HAR DET GODT SAMMEN. ELLERS BLIVER MAN IKKE SPURGT, OG SÅ HJÆLPER VI IKKE HINANDEN."
(RÅDGIVENDE LÆGE)

Lægerne i den rådgivende funktion oplever et godt kollegialt miljø samt et stærkt tværfagligt samarbejde med SFV-staben. De rådgivende læger oplever generelt, at SFV-staben er yderst kompetent og derfor kun i særlige tilfælde har brug for den rådgivende læge. Det opleves, at nogle SFVer benytter sig mere af funktionen end andre, men det vurderes af de fleste respondenter, at det overvejende er en konsekvens af, hvor erfaren SFVen er i funktionen, og hvilke opkald der modtages af den enkelte SFV. Fra SFVerne – og fra ovenstående konklusion om, at der er temmelig stor variation i, hvordan den enkelte ser og udfører rollen – kan man dog også få den tanke, at det er mere afgørende for tilbøjeligheden til at søge rådgivning, hvordan den enkelte rådgivende læges stil er.

4.9.1 Tvivl og tillid

Forskellige fagligheder og kompetencer til stede på samme vagt opleves af de rådgivende læger som en styrke, så man i særlige tilfælde kan tage fat i børnelægen, der er på vagt som fx visiterende læge. Ligeledes er det holdningen, at en tværfaglig vurdering i samarbejde med SFVen hæver niveauet for at give patienten den rette hjælp og visitation.

"Jeg synes ikke, man skal afskære sig fra at tale om uenighed – det er vigtigt. Det øger min risiko for at være med til at føre en dum beslutning igennem. Man må ikke være så stolt, at man ikke kan se ud over det." (Rådgivende læge)

Da funktionen rådgivende læge i sin natur er afkoblet fra patientkontakt og er en vurdering og visitation på 3. hånd, er der en tydelig optagethed af, at man som rådgivende læge *må* have tillid til den SFV eller læge, der har talt med borgeren, samt til rette dokumentation.

"Jeg er nødt til at stole på, at jeg får den nødvendige information. Jeg kan ikke have controllerfunktion af notatet, hvor vi skal blive enige. Det er uforeneligt med vores tempo – så skal vi have anden bemanding og organisering." (Rådgivende læge)

I opgavens natur bor evnen til at stole på den kollega, der fremlægger viden om patienten, og stille uddybende spørgsmål for at sikre den rette beslutning og visitation.

"Når beslutninger hviler på andres interview/observationer, er det særligt opmærksomhedskrævende. Man må gøre det så godt, man kan, og gå til den sikre side, hvis man er i tvivl". (Rådgivende læge)

Der opleves en generel anerkendelse af, at den rådgivende læge som oftest står med afgørelser på patienter, der ligger i "gråzonen" – dem, der ikke er ligeud ad landevejen. Derfor *er der* tvivl, og det er det, lægerne skal have kompetencer til at håndtere og navigere i.

4.9.2 Samarbejdsrelationen

LÆRING RÅDGIVENDE LÆGER IMELLEM ER AFLEDT AF ET GODT SAMARBEJDE, HVILKET OGSÅ ER TILFÆLDET IMELLEM DE RÅDGIVENDE LÆGER OG DET VISITERENDE PERSONALE.

Det påpeges af respondenterne, at et godt samarbejde afhænger af lægens evner og vilje til at indgå i en positiv dialog også under pres. Det lægger sig tæt op ad evnen til at kommunikere klart og interesseret Dette gælder både i dialogen med SFV-staben og patienterne. Afledt af et godt samarbejde udspringer også "læringsnedsivning" til SFVerne næste gang, de sidder i samme situation med en patient. Lægerne selv giver også udtryk for læringsperspektivet imellem dem.

"Man sidder ofte sammen. Der lytter jeg til, hvad andre gør, og beslutter for at lære, hvordan andre vurderer og træffer beslutninger". (Rådgivende læge)

De rådgivende læger har forskellig faglig baggrund, men der fremhæves en tværgående fællesnævner for den *rolle*, de varetager ved Akuttelefonen 1813, og det ansvar, det medfølger at udføre som rådgivende læge:

"Man er kulturbærende af faglig og menneskelig karakter – hvilket niveau sætter vi her, fx for at træffe beslutninger? Hvad er vores kerneopgave i 1813? osv." (Rådgivende læge)

Man ønsker en mere tydelig fællesnævner og ensartethed i funktionen på trods af faglig diversitet. Opgaver, såsom logistiske disponeringer i forhold til de udkørende læger, er en af de opgaver, hvor man kan konstatere, at der opstår dilemmaer mellem den sundhedsfaglige visitationsopgave og den logistiske opgave. Den rådgivende læge samarbejder tæt med vagtlederen og er sundhedsfaglig support til de logistiske disponeringer.

4.9.3 Samarbejdet med vagtlederen og eksterne aktører

"Vi har et tæt samarbejde med vagtlederen. Oftest fungerer det rigtig godt, men der kan komme situationer, hvor man som fagperson kan sige: Er det her ok?" (Rådgivende læge)

Citatet illustrerer, at der i relationen mellem rådgivende læge og vagtleder kan opstå situationer, hvor en faglig vurdering skal omgøres af hensyn til den samlede driftssituation. For eksempel kan en vagtleder anfægte, om der er planlagt for mange kørsler, hvor en rådgivende læge må overtage den forrige vagts planlægning af kørsler,

som er foretaget på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering af et behov. Den rådgivende læge oplever derfor at stå i dilemmaet om, hvorvidt han/hun skal omgøre en kollegas sundhedsfaglige vurdering for at imødekomme vagtlederens ønske om at håndtere en kapacitets- og driftsmæssig situation.

For erfarne hospitalslæger er dette ofte en helt grundlæggende præmis for det lægelige arbejde, idet der ofte er nødt til at blive taget en beslutning om, "hvilken patient der er den mindst syge og behandlingskrævende" (triagering), og tilsvarende beslutninger af hensyn til kapaciteten. Dette kunne tyde på, at der er et generelt behov for at sikre, at de læger, der varetager den rådgivende funktion, er kompetente og trygge ved at foretage sådanne afvejninger mellem driftsmæssige og sundhedsfaglige hensyn.

4.9.4 Ledelse, struktur og opfølgning

De rådgivende læger har en bred og divergent opgaveportefølje samtidig med et stort ansvar. Netop derfor er der relevante ledelsesmæssige og organisatoriske felter, der naturligt står frem, når det kvalitativt kortlægges, hvilke kompetencer den rådgivende læge har. Nedenfor nævnes nogle af de områder, kortlægningen har frembragt.

"VI RÅDGIVENDE LÆGER ER EN MEGET UENSARTET OG BROGET FLOK. ALTSÅ, VI BRUGER OGSÅ HINANDEN, MEN DER ER BRUG FOR EN FÆLLESNÆVNER".

(RÅDGIVENDE LÆGE)

Lægerne ved Akuttelefonen 1813 er alle ansat på konsulentbasis. Det betyder, at der er en anden tilknytning og dermed betydning for organisatoriske mekanismer end for de fastansatte. Den mere løse kobling mellem de rådgivende læger og Akuttelefonen 1813 kommer for eksempel til udtryk i en uensartet oplevelse af ledelsens rolle og funktion i relation til de rådgivende læger. De formelle rammer for den rådgivende funktion står ikke klart for de rådgivende læger, og den udbredte fortælling er, at funktionen er opstået på baggrund af et behov for at effektivisere ventetiderne i Akuttelefonen 1813.

Qua den mere løse kobling til Akuttelefonen 1813 er de rådgivende læger ikke på samme måde en del af de strukturelle og hierarkiske organisatoriske mekanismer. Der efterlyses en tydeligere fællesnævner i den rådgivende funktion.

Indtil for nylig er positionen som rådgivende læge blevet udpeget uden særskilt og formel rekruttering eller introduktionsprogram, men i foråret 2018 har man påbegyndt implementeringen af en mere formel certificeringsordning.

Konsulenttilknytningen og en typisk mindre kontinuerlig og sammenhængende tilstedeværelse betyder desuden, at det er en særligt udfordrende opgave at implementere fælles praksis, nye retningslinjer og så videre.

Feedback og forbedringsarbejde

En grundlæggende forudsætning for kontinuerlig læring og kvalitetsudvikling er, at man har viden om resultaterne af den indsats, der leveres. Ved Akuttelefonen 1813 har man aktuelt ikke mulighed for at modtage information om, hvordan det går patienterne, efter endt kontakt med Akuttelefonen 1813. Dette skyldes både tekniske og juridiske begrænsninger i at få indsigt i patienters sundhedsdata.

"VI DELER KUN FAGLIG VIDEN UFORMELT, VI LUFTER HEROISKE BESLUTNINGER, UDEN VI VED, HVAD DER ER SKET MED PATIENTEN."

(RÅDGIVENDE LÆGE)

En generel efterspørgsel fra mange af de rådgivende læger er derfor også et styrket fokus på efteruddannelse, feedback og læring fra de sager, de håndterer. I dag findes der ikke en systematisk læringsopsamling og formaliseret ramme for deling af viden mellem de rådgivende læger.

"Dagligt ville jeg gerne vide, hvad der sker med mine patienter. Her lærer man ingenting." (Rådgivende læge)

Den kvalitative kortlægning peger på, at der er en generel efterspørgsel samt et konkret behov og et væsentligt udviklingspotentiale i en højere grad af læring fra sagerne med

henblik på forbedringer og kvalitetsløft. Dette gælder i høj grad også for de opkald, hvor man lykkes, interessante, særlige opkald samt sundhedsfagligt spændende sager.

Flere nævner konkret, at man savner adgang og lov til at gå i Sundhedsplatformen for at følge op på konkrete visitationer, samt at Akuttelefonen 1813 modtager epikriser på de patienter, der er blevet visiteret af Akuttelefonen 1813, på samme vis som man modtager epikriser i almen praksis.

"Der foregår ikke noget systematisk opsamling. Man kunne bare spørge patienten om lov. Det ville være voldsomt lærerigt!" (Rådgivende læge)

I forhold til stigende dokumentationskrav opleves det hovedsageligt som et hensyn til politiske krav og for "*datadrengenes skyld*". Man oplever fra faglig side ikke, at der er god begrundelse for dokumentationskrav, og der opleves ikke, at data bruges til faglig udvikling/læring.

Der er ved Akuttelefonen 1813 etableret rutiner for opfølgning på klager. De respektive opkald gennemlyttes, og der søges uddraget læring heraf. Oplevelsen af værdien af den aktuelle tilgang er dog varierende, hvilket meget vel kan skyldes, at der ikke også er rutiner for læring fra opkald, hvor der er foretaget korrekt og hensigtsmæssig visitation og håndtering af opkaldet.

Planlægning

RÅDGIVENDE LÆGER UDPEGES AF VAGTLEDEREN PÅ DAGEN.

Læger, der skal varetage den rådgivende funktion, udpeges, som nævnt tidligere, af vagtlederen, i forbindelse med at den konkrete rollefordeling mellem de fremmødte læger fastlægges. Lægen ved således ikke, om de skal være visiterende læge, kørende læge eller rådgivende læge, før de møder op til vagten.

Vagtlederens grundlag for at besætte de forskellige funktioner er uklart, også for lægerne:

"[Bemanding] foregår ud fra personlige præferencer fra vagtlederens side – er mit indtryk. Jeg vil helst være rådgivende læge eller køre." (Rådgivende læge)

Det kan dog konstateres, at det er nødvendigt at få vagtplanen til at gå op. Det vil sige, at det i høj grad er de indmeldte rådighedstimer, den enkelte læge har meldt ind, der er afgørende for, hvilken funktion der tildeles. Dette afspejles givetvis i, at 38 læger har varetaget funktionen, mens kun 17 formelt er udpeget.

Det konstaterede behov for at bemande funktionen med i alt 28 læger indikerer som nævnt også, at der er et væsentligt større behov for læger, som er kvalificeret til at varetage den rådgivende funktion, end de aktuelt 17 godkendte læger – i hvert fald med de aktuelle ansættelses- og tilknytningsvilkår. (Alternativt kunne der være potentiale i at se på alternative løsninger for den rådgivende funktion, hvis der er vanskeligheder med at få rollen varetaget af en kvalificeret læge, herunder fx et telemedicinsk setup.)

Det kan i hvert fald konstateres, at det potentielt kan undergrave legitimiteten i funktionen, hvis den ikke varetages af læger, der lever op til de anerkendte og formelle kompetencekrav, som er udspecificeret.

5. Opsamling og udviklingsmuligheder

Implement kan konstatere, at det er lykkedes for Akuttelefonen 1813 at implementere en rådgivende funktion som et ekstra sundhedsfagligt og lægefagligt element i akuttelefonen.

Der er en klar oplevelse af, at funktionen bidrager til øget kvalitet – særligt i forbindelse med vanskelige, uklare opkald. Derudover spiller funktionen i dag en central rolle i forhold til uddannelse af kørende læger, som lægefaglig støtte til vagtleder, ligesom funktionen generelt bidrager til at skabe tryghed for det visiterende personale ved at sikre adgang til sundhedsfaglig sparring.

Den rådgivende funktion kan i det lys ses som et læge- og sundhedsfagligt kvalitetsløft til Akuttelefonen 1813, som i øvrigt er velfungerende. Kompetenceniveauet i den rådgivende funktion har derfor betydning for, i hvor høj grad potentialet for kvalitetsløft bliver realiseret i den daglige visitationspraksis.

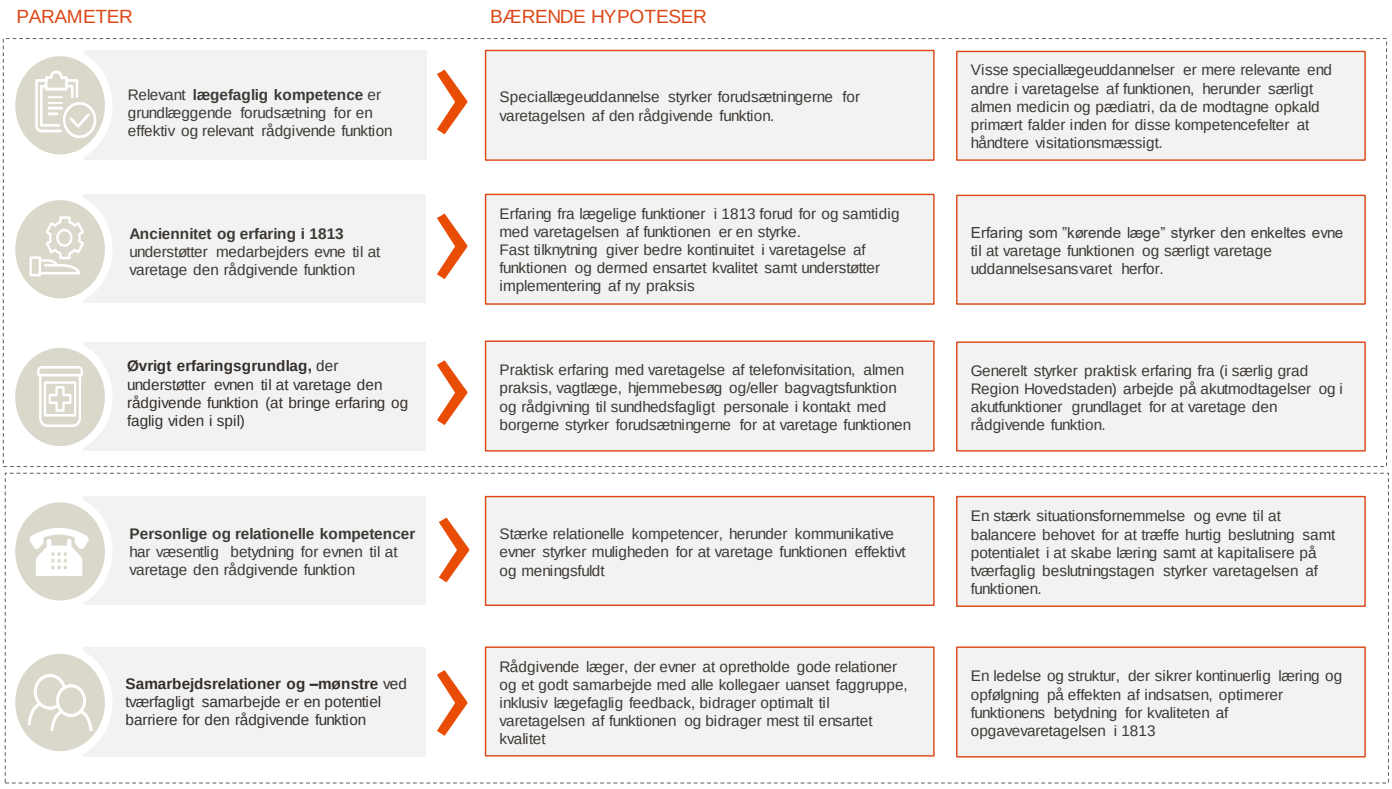
I dette kapitel peges der med afsæt i denne konklusion på de områder, hvor Implement har vurderet, at der er udviklingsmuligheder, der kan bidrage til at realisere endnu mere kvalitet via den rådgivende funktion. Områderne er i høj grad baseret på den række af kvalificerede hypoteser, som er opstillet og udpeget i samarbejde med ledere og medarbejdere ved Akuttelefonen 1813.

I udviklingsområderne er der lagt vægt på at understøtte yderligere realisering af følgende delmål:

- Øget ensartethed i varetagelsen af funktionen
- Optimeret uddannelsesmæssigt match med kompetencebehov
- Fælles kvalitets- og vidensniveau
- Troværdighed i bemandingen af funktionen
- Personlig erfaring med funktioner, der rådgives om
- Personlig erfaring fra og med de funktioner, der visiteres til
- Bedre kvalitet i beslutninger og visitation via tværfaglig opgaveløsning og -dialog
- Bedre anvendelse af funktionen via tilgængelighed og imødekommenhed
- Optimeret bidrag til læring og udvikling

Se nedenstående analyseramme for et overblik over hypoteser og udviklingsområder (parametre).

Figur 13. Analyseramme



5.1 Udviklingsområde 1: Lægefaglige kompetencer

RELEVANT **LÆGEFAGLIG KOMPETENCE** ER EN GRUNDLÆGGENDE FORUDSÆTNING FOR EN EFFEKTIV OG RELEVANT RÅDGIVENDE FUNKTION.

Speciallægeuddannelse styrker forudsætningerne for varetagelsen af den rådgivende funktion.

Visse speciallægeuddannelser er mere relevante end andre i varetagelse af funktionen, herunder særligt almen medicin og pædiatri, da de modtagne opkald primært falder inden for disse kompetencefelter at håndtere visitationsmæssigt.

Analysen belyser, hvordan den rådgivende funktion er bemandet i dag, og med hvilken lægefaglig baggrund funktionen varetages. Det er i overvejende grad almen medicinere, der varetager funktionen (jf. Tabel 7), men funktionen varetages i dag også af læger i hoveduddannelsesforløb, intern medicinere og speciallæger med kirurgiske specialer.

Det er tydeligt, at den rådgivende funktion som udgangspunkt bemandes bedst med rådgivende læger med en speciallægeuddannelse, der matcher opgaverne. Det betyder, at der er et potentiale i – i endnu højere grad end i dag – at sikre, at den rådgivende funktion alene varetages af speciallæger og primært af speciallæger i almen medicin eller pædiatri.

Det bør samtidig ikke udelukkes, at speciallæger med andre specialer som fx intern medicin kan varetage den rådgivende funktion, hvis det ud fra en grundig og konkret individuel vurdering kan dokumenteres, at den enkelte læge har praktisk erfaring i et betydeligt omfang, jf. udviklingsområde 3.

Udviklingspunkter

- (Færre) læger med mere ensartet speciallægeuddannelse varetager den rådgivende funktion. De mest oplagte specialer funktionen taget i betragtning synes at være almen medicin og eventuelt pædiatri, medmindre pædiatrisk speciallægekompetence kan understøttes via alternativ vej, fx telemedicin. Afvigelser herfra bør kun ske med betydelig dokumenteret erfaring, jf. udviklingsområde 3.
- Uddannelsesfunktionen overfor de kørende læger kan med fordel varetages af speciallæger i almen medicin.

5.2 Udviklingsområde 2: Anciennitet og erfaring i 1813

ANCIENNITET OG ERFARING VED AKUTTELEFONEN 1813 UNDERSTØTTER MEDARBEJDERS EVNE TIL AT VARETAGE DEN RÅDGIVENDE FUNKTION.

Erfaring fra lægelige funktioner ved Akttelefonen 1813 forud for og samtidig med varetagelsen af funktionen er en styrke.
Fast tilknytning giver bedre kontinuitet i varetagelse af funktionen og dermed ensartet kvalitet samt understøtter implementering af ny praksis.

Erfaring som "kørende læge" styrker den enkeltes evne til at varetage funktionen og særligt varetage uddannelsesansvaret herfor.

Dataanalysen viser en gennemsnitligt højere alder for de rådgivende læger end for det samlede lægebillede ved Akuttelefonen 1813. Det understøtter, at de rådgivende læger primært er erfarne læger. Blandt de læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion, har langt størstedelen tre års erfaring eller mere ved Akuttelefonen 1813. Denne gruppe udgør 28 af 38 personer svarende til tæt på ¾ af alle læger, der har varetaget den rådgivende funktion, og gruppen har dækket i alt 360 vagter svarende til godt 80% af alle rådgivende vagter i 2018. Det følger heraf, at der er god grund til at sikre, at alle, der varetager funktionen, har lang erfaring fra Akuttelefonen 1813 – særligt i rollen som visiterende læge og som kørende læge.

Erfaring omfatter også, at der er tale om aktuel erfaring forstået på den måde, at den rådgivende læge som sparringspartner for det øvrige personale må forventes at være fuldt opdateret om retningslinjer, praksis og aftaler. Derfor er det også et udviklingsfokus at sikre, at alle, der udfører funktionen, har en høj kontinuitet ved Akuttelefonen 1813.

Udviklingspunkter

- Et minimumskrav om erfaring i rollen som visiterende læge og som kørende læge (eventuelt håndteret ved et introforløb, hvor lægen følger med på en række vagter i disse roller, hvis praktisk erfaring mangler), før rollen som rådgivende læge kan varetages.
- Der bør stilles krav om og planlægges med, at de læger, der udfylder funktionen som rådgivende læger, har et betydeligt højere antal vagter ved Akuttelefonen 1813 end de øvrige læger. Det sikrer kontinuitet og øger grundlaget for et opdateret og fælles vidensgrundlag.

Det kunne i forlængelse heraf afklares, om det er muligt at understøtte en mere ensartet viden ved at gøre brug af it-understøttede beslutningsstøtte.

5.3 Udviklingsområde 3: Øvrigt erfaringsgrundlag

ØVRIGT ERFARINGSGRUNDLAG, DER UNDERSTØTTER EVNEN TIL AT VARETAGE DEN RÅDGIVENDE FUNKTION (AT BRINGE ERFARING OG FAGLIG VIDEN I SPIL).

Praktisk erfaring med varetagelse af telefonvisitation, almen praksis, vagtlæge, hjemmebesøg og/eller bagvagtsfunktion og rådgivning til sundhedsfagligt personale i kontakt med borgerne styrker forudsætningerne for at varetage funktionen.

Generelt styrker praktisk erfaring fra (i særlig grad Region Hovedstaden) arbejde på akutmodtagelser og i akutfunktioner grundlaget for at varetage den rådgivende funktion.

Særligt for de læger, der ikke har lang erfaring ved Akuttelefonen 1813, eller som ikke har en af de mest relevante speciallægeuddannelser, er der behov for at sikre, at der er et særligt praktisk, aktuelt erfaringsgrundlag, der kan kompensere herfor.

I dag har langt hovedparten af de læger, der varetager funktionen, relevant erfaring, men der er også en række læger, som ikke har hverken den mest oplagte speciallægeuddannelse og heller ikke omfangsrig kompenserende, relevant, praktisk erfaring.

Derudover har den rådgivende læge en særlig rolle i at understøtte, at Akuttelefonen 1813 visiterer meningsfuldt og korrekt til regionens akutmodtagelser. En væsentlig forudsætning herfor er, at man som rådgivende læge har reel indsigt og erfaring med arbejdet på regionens akutte modtagelser. Dette er i dag ikke et formaliseret krav.

Udviklingspunkter

- Aktuel erfaring fra det akutte område eller praktik kan med fordel indgå som minimumskriterier, før rollen som rådgivende læge varetages. Dette kan implementeres ved at sikre, at alle, der skal varetage funktionen, gives praktik i flere af regionens akutmodtagelser/ -klinikker i en intensiv periode, sideløbende med at opgaven som visiterende læge varetages. Dette vil samtidig styrke opgavevaretagelsen som visiterende læge.
- Tidligere erfaring med telefonvisitering og -rådgivning kan med fordel indgå systematisk i udvælgelsen af læger til funktionen.

5.4 Udviklingsområde 4: Personlige og relationelle kompetencer

PERSONLIGE OG RELATIONELLE KOMPETENCER HAR VÆSENTLIG BETYDNING FOR EVNEN TIL AT VARETAGE DEN RÅDGIVENDE FUNKTION.

Stærke relationelle kompetencer, herunder kommunikative evner, styrker muligheden for at varetage funktionen effektivt og meningsfuldt.

En stærk situationsfornemmelse og evne til at balancere behovet for at træffe en hurtig beslutning samt potentialet i at skabe læring og kapitalisere på tværfaglig beslutningstagen styrker varetagelsen af funktionen.

Det er vurderingen, at den rådgivende læge har behov for at kunne håndtere forskellige typer af situationer. Det omfatter, at lægen evner at samarbejde i øjenhøjde med alle kolleger og kan kommunikere klart med forståelse for modtagerens præmisser og situation, for at funktionen kommer optimalt i spil for Akuttelefonen 1813. Herunder

styrkes dialogen, når der naturligt indgår en overlevering af viden og dermed læring fra de sundhedsfaglige beslutninger, som lægen træffer.

Det kan konstateres, at der er en betydelig varians i forståelse og holdning til temaet kommunikative evner samt evnen til at agere situationsbestemt ved Akuttelefonen 1813. Holdningen til, hvad den rådgivende læge skal kunne på et personligt og relationelt plan, er således ikke entydig for respondentgruppen. Dette sammenholdt med oplysningerne om, at der ikke er en defineret fællesnævner for gruppen af rådgivende læger, vurderes det, at der er et potentiale i at arbejde mere systematisk med dette tema i udvikling, feedback, opfølgning og kvalitetsarbejdet – samt i rekruttering med henblik på at skabe en fælles forståelse heraf og at etablere den bedst mulige forudsætning for funktionens anvendelse.

Udviklingspunkter

- Klar italesættelse af forventningerne til rollen som rådgivende læge, når det kommer til den situationsbestemte ageren og balance mellem at træffe hurtige beslutninger (og skære igennem) og at bidrage til læring og tværfaglig opgaveløsning. Ligeværdighed og tværfaglig respekt som grundlæggende værdi, der løbende følges og italesættes.
- Fælles og ensartede krav til (demonstrerede) kommunikative evner bør prioriteres ved rekruttering og udvikling af den enkelte læge – og sikres særligt qua den løst koblede organisering af læger som konsulenter.
- Den samlede faglige kompetence (uddannelse og erfaring) bør for alle læger, der varetager den rådgivende funktion være på plads, som forudsætning for at den enkelte læge har den nødvendige robusthed til at tage det sundhedsfaglige ansvar i forbindelse med vanskelige/uklare opkald.

5.5 Udviklingsområde 5: Samarbejdsrelationer

SAMARBEJDSRELATIONER OG -MØNSTRE VED TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE ER EN POTENTIEL BARRIERE FOR DEN RÅDGIVENDE FUNKTION.

Rådgivende læger, der evner at opretholde gode relationer og et godt samarbejde med alle kolleger uanset faggruppe, inklusive lægefaglig feedback, bidrager optimalt til varetagelsen af funktionen og bidrager mest til ensartet kvalitet.

En ledelse og struktur, der sikrer kontinuerlig læring og opfølgning på effekten af indsatsen, optimerer funktionens betydning for kvaliteten af opgavevaretagelsen ved Akuttelefonen 1813.

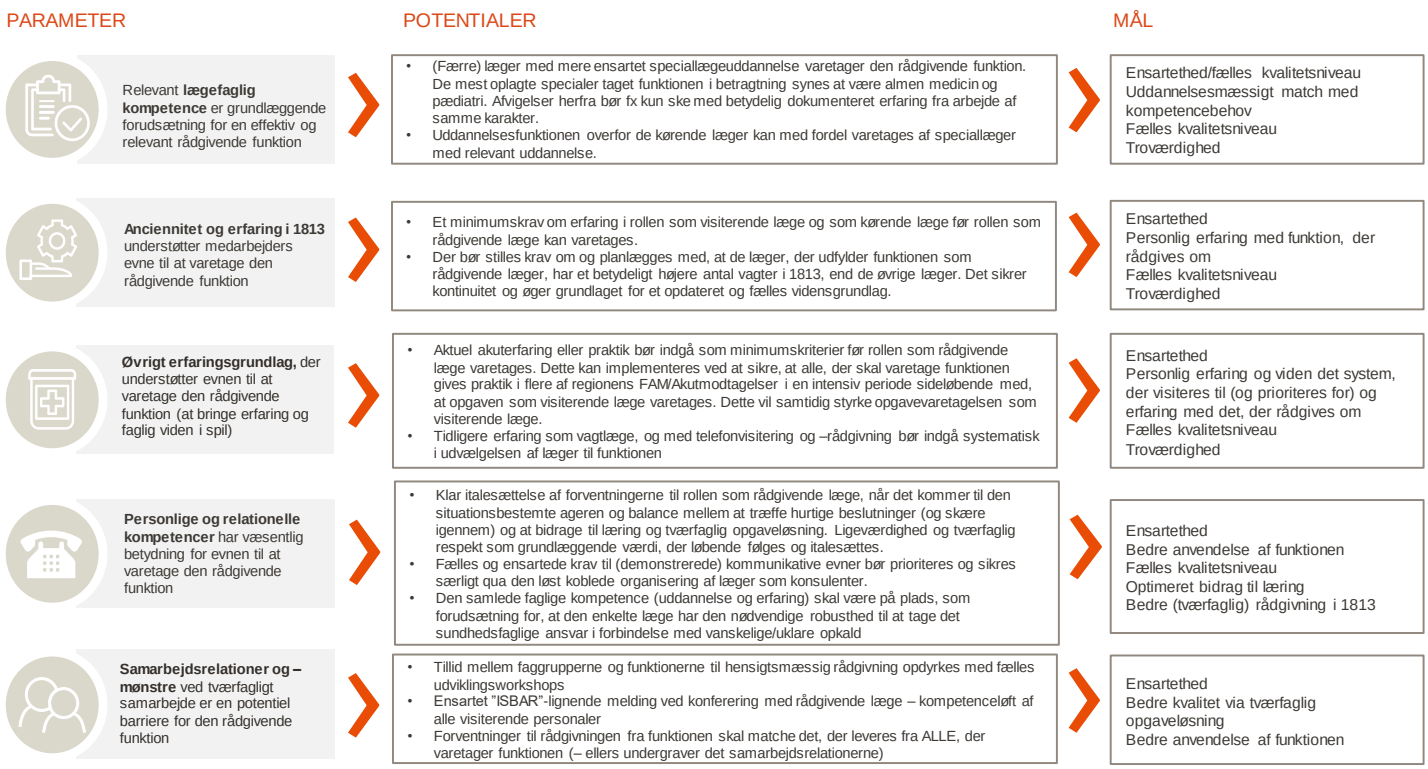
Den kvalitative kortlægning peger på, at der i dag generelt set eksisterer et godt samarbejde mellem de rådgivende læger, med vagtlederen og med det øvrige sundhedsfaglige personale. Det kan dog samtidig konstateres, at der også er store variationer i dette billede. Det betyder, at der med fordel kan arbejdes målrettet med udvikling af samarbejdet. Herunder kunne en systematisk opsamling og løbende opfølgning – fx en form for 360-graders evaluering – bidrage til at udpege udviklingsområder på individuelt plan og på organisatorisk niveau, som derefter kan lægges til grund for en egentlig og målrettet udviklingsindsats eventuelt via teamtræning, fælles kommunikationsudvikling mv. Specifikt kan det konstateres, at der er et potentiale i at udvikle og implementere en fælles kommunikationsform eller -rutine, som sikrer effektiv overlevering og dialog i situationer, hvor borgeren er i telefonen og afventer resultatet af konfereringen med den rådgivende læge.

Det er ovenfor under udviklingsområde 2 anført, at de rådgivende læger er tilknyttet Akuttelefonen 1813 på konsulentbasis, hvilket medfører særlige organisatoriske mekanismer for både kollegaskab, videndeling og læring, vagtplanlægning, opfølgning, ledelse og implementeringsmuligheder. Den løst koblede organisering betyder også, at de typiske hierarkiske og styringsbaserede ledelsessystemer ikke har de samme grundvilkår og dermed effekt. Dette fordrer i Implements perspektiv, at der arbejdes målrettet på at understøtte gode samarbejdsrelationer – og i særlig grad tværfaglige relationer, der medvirker til at øge graden af fælles opgaveforståelse og effektivt samarbejde.

Udviklingspunkter

- Tillid mellem faggrupperne og funktionerne til hensigtsmæssig rådgivning opdyrkes med fælles "udviklingsworkshops" og tværfaglig teamudvikling.
- Ensartet "ISBAR"-lignende melding ved konferering med rådgivende læge – kompetenceløft af alle visiterende personaler.
- Forventninger til rådgivningen fra funktionen skal matche det, der leveres fra alle, der varetager funktionen (ellers undergraver det samarbejdsrelationerne).

Figur 14. Resumé af udviklingsområder



5.6 Andre udviklingsperspektiver

Effektivitet

- Belastningen af den rådgivende funktion hen over vagterne fra konfererede opkald er meget uensartet og vil være faldende med indførelse af skarpere krav

til viderestilling af opkald til visiterende læger fra SFV. Dette tilsiger, at der enten reduceres i bemandingen af funktionen (fra to til én) på nogle tidspunkter af døgnet/ugen/året, jf. aktivitetsstatistikkerne, eller at den ene af de to rådgivende læger mere formelt indgår i vagtplanen for de visiterende læger, men med en særlig tilkaldefunktion til den rådgivende funktion i særlige tilfælde).

- Pædiatrisk speciallægekompetence synes at være særligt efterspurgt i forbindelse med rådgivning til det visiterende personale. Det kunne derfor være relevant at afsøge mulighederne – og de kvalitetsmæssige potentialer – ved at have en mere gennemgående adgang til pædiatrisk speciallægekompetence - eventuelt med et supplerende telemedicinsk setup til det aktuelle.

Læring og kvalitetsudvikling/forbedringsarbejde

- Behov (nødvendighed for udvikling) for læring – viden om resultatet af visitationer, og om vurderinger er rigtige – der bør arbejdes intensivt på at sikre, at der må ske systematisk opfølgning, eventuelt på ”markerede sager”.
- Systematisk læring fra positive cases – ikke kun klagesager.
- Potentiale i mere fast tilknytning – for at der kan implementeres nye tiltag og praksis tilstrækkeligt hurtigt til, at der anvendes nyeste viden og retningslinjer på alvorlige/kritiske sager.
- Krav til fælles og opdateret viden, fx visitationssporene, og hvor hvilke patienter skal hen, jf. hospitalsplan/visitationsretningslinjer, samt ikke mindst opdaterede symptomatologier. Dette bør implementeres løbende og fastholdes samt følges op på individniveau for at sikre, at den enkelte reelt ved det, der forventes, og at den enkelte ved, hvad man SKAL vide som rådgivende læge.
- Opfølgning på, om de nyeste faglige retningslinjer følges og anvendes – ikke kun af SFVere, men også af både visiterende læger og rådgivende læger. Der bør ikke være tvivl om, at alle ved Akuttelefonen 1813 skal kende og anvende de samme retningslinjer uanset faggruppe.

6. Tabel- og figuroverblik

Tabeller

Tabel 1. Lægefaglig rådgivning til visiterende personale 5

Tabel 2. Læger og rådgivende læger ved 1813, 2018 6

Tabel 3. Lægernes uddannelsesmæssige status og baggrund 6

Tabel 4. Kompetenceoversigt for læger ved Akuttelefonen 1813, 2018 9

Tabel 5. Profil for læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018 10

Tabel 6. Andelen af vagter for de forskellige uddannelsesgrupper hverdage aften/ nat samt weekend og helligdage dag/aften/nat, 2018 14

Tabel 7. Type af henvisning for henvendelser konfereret med rådgivende læge, 2017 18

Tabel 8. Fordeling af anciennitet ved Akuttelefonen 1813 samt antal læger og antal rådgivende vagter, 2018 20

Figurer

Figur 1. Kortlægningsmatrice for kompetenceniveauet i den rådgivende funktion .3

Figur 2. Andel og antal af læger med forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, der fungerer som rådgivende læge ved Akuttelefonen 1813, 2018 7

Figur 3. Fordeling af vagter pr. læge for læge ved den rådgivende funktion, 2018 10

Figur 4. Gennemsnitligt antal opkald over døgnet for hverdage og weekend/ helligdag, 2017 11

Figur 5. Andelen af opkald, der varetages i hverdage og weekend/helligdage for den gennemsnitlige opkaldsaktivitet over døgnet, 2017 12

Figur 6. Antal vagter i 2018 og timer i Q1 2018 for rådgivende læger med fem vagter eller færre 15

Figur 7. Gennemsnitlige timer pr. måned i Q1 2018 for læger, der har fem rådgivende vagter eller færre 15

Figur 8. De syv mest forekommende henvendelsesårsager konfereret med rådgivende læger i procent, 2017 16

Figur 9. Henvisningsmønster for SFVer, visiterende læger og opkald konfereret med rådgivende læger (procent af samlet antal henvisninger pr. gruppe) 19

Figur 10. Antal timer arbejdet i 2017 og Q1 2018 for rådgivende læger 20

Figur 11. Antal år siden færdiggjort kandidat for læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion 22

Figur 12. Antal år siden færdiggjort speciallægeuddannelse for læger, der i 2018 har varetaget den rådgivende funktion 22

Figur 13. Analyseramme 29

Figur 14. Resumé af udviklingsområder 33

7. Bilag

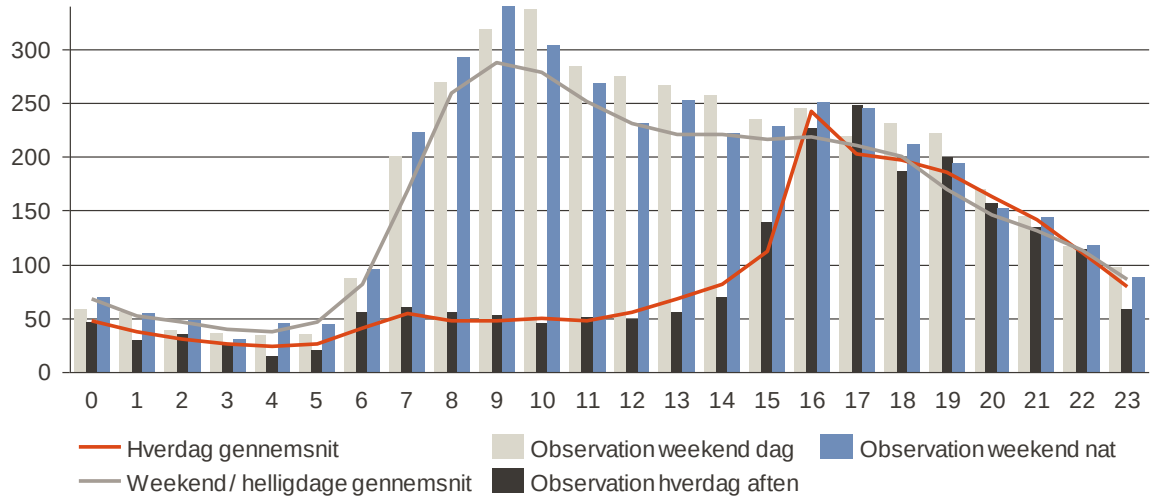
7.1 Bilag 1A – Dataudtræk

Datakilde	Bemærkninger
Aktivitet for rådgivende læger	Opgørelser over hændelser eller foto konfereret med rådgivende læge i 2017, herunder type af henvisning samt kriterie for henvendelse.
Aktivitetsdata for specifikke dage	Opgjort aktivitetsdata for de dage, der er afholdt observationsstudier.
Aktivitetsdata	Opkaldsmønstre over døgnet for hverdag / weekend samt årsrapport for aktivitet i Region Hovedstaden og 1813.
CV udtræk	Udtræk af CV'er til manuel gennemgang for i alt 36 rådgivende læger
Timedata	Opgørelse over timer arbejdet pr læge for hele 2017 og Q1 2018
Hændelser og henvisninger	Opgørelse over typer af henvendelser og typer af henvisninger for Akuttelefonen 1813, 2017.
Funktionsbeskrivelse	Funktionsbeskrivelse for den rådgivende læge.
Kompetencekort	Liste med relevante kompetencer for selvdeklarering af relevante kompetencer for at kunne varetage den rådgivende funktion.
Kønsfordeling	Kønsfordeling for læger ved Akuttelefonen 1813, herunder alle læger, rådgivende læger samt øvrige læger.
UTH og borgerklager	Opgørelse over borgerklager i 2017 samt opgørelse over UTH i 2017, herunder sammendrag af handleplan for UTH'er.
Anciennitet blandt læger	Anciennitet blandt læger tilknyttet Akuttelefonen 1813.
Opgørelse over akut erfaring	Akut erfaring blandt læger tilknyttet Akuttelefonen 1813.
Alder	Opgørelse over alder for læger tilknyttet Akuttelefonen 1813, herunder for alle læger, rådgivende læger samt øvrige læger
Kompetencesammensætning	Kompetencesammensætningen blandt SFVer og læger i Akuttelefonen 1813 samt udskiftning i medarbejdere.
Kompetenceoversigt	Opgørelse over speciale samt angivelse af udvælgelse blandt læger til at varetage den rådgivende funktion.
Uddybende kompetenceoversigt	Uddybende kompetenceoversigt med specificering af uddannelsesmæssig baggrund for udvalgte læger.
Vagtplan	Opgørelse af den rådgivende funktion for 2018 med fordeling af vagter i hverdag aften/nat og weekend dag/aften/nat.

7.2 Bilag 1B. Aktiviteter og respondenter til interviews

Aktivitet	Antal aktiviteter/ respondenter	Bemærkninger
Observationsstudier ved den rådgivende lægefunktion, **Akuttelefonen** 1813	3	Hverdag aften (16-20), weekend dag (8-12) og weekend nat (24-02). Der er til de afholdte observationsstudier foretaget supplerende, uformelle interviews med rådgivende læger, SFVere samt vagtledere
Interview		
Læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018	7	Der er afholdt interviews med 7 læger, der har varetaget den rådgivende funktion i 2018.
Enhedschef	1	Der er afholdt interview med Marie Baastrup, enhedschef for Akuttelefonen 1813.
Ledende læger	2	Der er afholdt interviews med Asmus Thun Bisgaard og Christian Visby Carlsen, overlæger og sektionsledere ved Akuttelefonen 1813.
Direktør	1	Der er afholdt interview med Freddy Lippert, direktør for Region Hovedstadens Akutberedskab .
HR-chef	1	Der er afholdt interview med Morten Willas Lund, Enhedschef HR og Udvikling, Region Hovedstadens Akutberedskab.
SFV	1	Der er afholdt interview med Tine Hvitfeld Tøffner-Clausen, SFV ved Akuttlefonen1813.
Vagtleder	1	Tine Hvitfeld Tøffner-Clausen, Sygeplejerske
AMK læge	1	Der er afholdt interview med Christian Maschmann, AMK-læge ved 1-1-2 Præhosital Akutmedicin, Region Hovedstadens Akutberedskab.

7.3 Bilag 2. Aktivitet på observationsstudier



Forslag til fremadrettede indsatser til handlingsplan for FN's verdensmål

Forslag til fremadrettede indsatser under social- og psykiatriudvalgets portefølje:

- Mindre ulighed i sundhed *(Slide 2)*

Forslag til fremadrettede indsatser under udvalget for forebyggelse og sammenhængs portefølje:

- Styrkelse af forebyggelsesområdet *(Slide 3)*

Forslag til fremadrettede indsatser under miljø- og klimaudvalgets portefølje:

- På vej mod intelligent fossilfrit energiforbrug *(Slide 4)*
- På vej mod affaldsfrie hospitaler *(Slide 5)*
- På vej mod fossilfri drifts- og medarbejdertransport *(Slide 6)*
- Vandeffektive hospitaler *(Slide 7)*
- Målrettet indsats som forebygger trusler fra jordforurening ved bæredygtige løsninger *(Slide 8)*
- Fremme brugen af genanvendelige materialer som erstatning for jomfruelige råstoffer *(Slide 9)*

Forslag til fremadrettede indsatser under trafikudvalgets portefølje:

- Grøn busdrift *(Slide 10)*

Forslag til fremadrettede indsatser under erhvervs- vækst- og forskningsudvalgets portefølje:

- Forskning i forebyggelse og implementering af forskningsresultater i klinikken *(Slide 11)*
- Personlig medicin *(Slide 12)*
- Flere praktikpladser gennem uddannelsesklausuler på Region Hovedstadens egne byggerier og flere praktikpladser i egen organisation *(Slide 13)*

Forslag til fremadrettede indsatser under forretningsudvalgets portefølje:

- Byggeri med bæredygtighed og samfundsansvar som grundsten *(Slide 14)*
- Bæredygtig indkøbspraksis *(Slide 15)*
- Øget omstilling til økologi *(slide 16)*

Mindre ulighed i sundhed

Politisk forankring:
Social- og psykiatriudvalget

Bidrager til verdensmål:

3: Sundhed og trivsel. Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper.

10: Mindre ulighed. Reducer ulighed i og mellem lande. Delmål 10.3

Beskrivelse af indsats:

Treårsplanen for psykiatrien skal være med til at sætte retning på udviklingen i psykiatrien og prioritere de indsatser, der skal arbejdes målrettet med i de kommende år. Treårsplanen bliver udarbejdet på baggrund af en bred inddragelse af brugere, pårørende og medarbejdere på psykiatriområdet og forholder sig herudover til aktuelle udspil fra regeringen, Danske Regioner, KL og Sundhedsstyrelsen.

Treårsplanen vil formodentlig indeholde følgende indsatsområder:

- Recovery - brugerinddragelse,
- Samarbejde med kommuner, civilsamfund og praksis,
- Sammenhæng mellem psykiatri og somatik (ulighed i sundhed),
- Tvang
- Psykisk sygdom og misbrug.

Indsatsens målsætning:

I forhold til FN's verdensmål skal treårsplanen ses i sammenhæng med ønsket om at reducere ulighed. Særligt ulighed i sundhed er en væsentlig problemstilling for psykiatriske patienter, hvor overdødelighed, komorbiditet og misbrug spiller en stor rolle for den enkelte borger.

Samlet set vil indsatsområderne bidrage til bedre behandling af mennesker med psykisk sygdom, ikke mindst i kraft af det store fokus på at mindske ulighed i sundhed.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Treårsplanen for psykiatrien 2020-2022 er under udarbejdelse og administrationen forventer, at et forslag til en plan vil være klar til behandling i Regionsrådet i sommeren 2019.

Ressourcevurdering:

Der vurderes ikke behov for yderligere ressourcer.
Det forventes, at treårsplanen kan indgå i det kommende budget for Region Hovedstaden.

Styrkelse af forebyggelsesområdet

Politisk forankring:
Udvalget for forebyggelse og sammenhæng.

Bidrager til verdensmål:

3: Sundhed og trivsel. Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper. Delmål 3.4

Beskrivelse af indsats:

En styrkelse af forebyggelsesområdet skal bl.a. ske gennem samarbejde med kommuner, civilsamfund mv. Et forslag til en plan for styrkelse af forebyggelsesområdet skal præsenteres for Regionsrådet i løbet af 2019. Planen vil formodentligt indeholde indsatser om patientrettet forebyggelse og rygning.

Indsatsens målsætning:

Målet for en styrkelse af forebyggelsesområdet i Region Hovedstaden er, at regionen skal arbejde mere målrettet med sundhedsfremme og forebyggelse for at der kan sættes ind langt tidligere end, når hospitalerne møder borgerne som patienter i sundhedsvæsenet. Det skaber bedre livsvilkår og flere gode leveår for borgerne, og det mindsker behandlingsbehovet i sundhedsvæsenet.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Plan for styrkelse af forebyggelsesområdet (2019)

Ressourcevurdering:
Der er afsat 4 mio. kr. til en styrkelse af forebyggelsesområdet. Udarbejdelsen af planen kan gennemføres indenfor de afsatte ressourcer.

På vej mod intelligent fossilfrit energiforbrug

Punkt nr. 10 - Drøftelse af forslag til fremadrettede indsatser til Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål
Bilag 1, Side 4 af 17

Politisk forankring: Miljø- og klimaudvalget

Bidrager til verdensmål:
7: Bæredygtig energi. Sikre at alle har adgang til pålidelig, bæredygtig og moderne energi til en overkommelig pris. Delmål: 7.2 og 7.3

11: Bæredygtige byer og lokalsamfund. Gør byer, lokalsamfund og bosættelser inkluderende, sikre, robuste og bæredygtige. Delmål: 11.6

13: Klima-indsats. Handle hurtigt for at bekæmpe klimaforandringer og deres konsekvenser. Delmål: 13.2 og 13.3.

Beskrivelse af indsats:
CO_2-reduktion fra Region Hovedstadens drift er et stort og væsentligt fokusområde for både politikere, borgere og erhvervsliv. Derfor har regionens Energiplan 2025 et ambitiøst mål om, at hospitalerne skal nedbringe CO_2-udledningen fra energiforbruget af el og varme med 60 % i 2025. Det mål øger Region Hovedstaden nu yderligere til 70 % for at understøtte FN's verdensmål.

Desuden vil regionen arbejde på at være meget tæt på fossilfrit energiforbrug i 2030 med 100% fossilfrihed i 2035.

Den ene andel af den øgede CO_2-reduktion - den del som Region Hovedstaden selv har direkte indflydelse på - forventes at komme fra en kombination af allerede planlagte meget store energieffektiviseringsprojekter på hospitalerne (ESCO 3.0), øget ambitionsniveau for udbygning med lokal vedvarende energi på hospitalerne og ikke mindst projekter som gennemføres under renoveringsplanen. Desuden forventes indfasning af de nye hospitalsbyggerier at bidrage positivt, da de fleste opføres i lavenergiklasse 2020.

Den anden andel af den øgede CO_2-reduktion – den del som Region Hovedstaden ikke selv har direkte indflydelse på - forventes at komme fra en hurtigere omstilling til grøn energiproduktion i Danmark end vurderet da Energiplan 2025 blev udarbejdet.

Integration af nye teknologier og vedvarende energikilder i f.eks. el-nettet i Danmark stiller store krav til viden, samarbejde og investeringer. Med regionens kompetencer, energiforbrug og ambitioner inden for energieffektivisering og bygningsdrift kan Region Hovedstaden spille en væsentlig rolle ift. netbalancering og inklusion af nye, vedvarende energikilder i forsyningsnettet som afhænger af vejret og døgnrytmen. Således kan regionen bidrage til både smidig integration af nye teknologier og bedre udnyttelse af energiinfrastrukturen i hovedstadsregionen. Omstillingen bliver drevet af netselskaber og myndigheder, men regionen kan spille en aktiv rolle som partner.

Indsatsens målsætning:

Øge ambitionsniveauet for eksisterende indsats om, at nedbringe CO_2-udledningen fra energiforbruget af el og varme, fra 60 % til 70 %:

Region Hovedstaden er tæt på fossilfrit energiforbrug i 2030, og med følgende delmål i 2025:

- 70 % CO_2-reduktion fra energiforbrug i driften.
- En femdobling af lokal vedvarende energiforsyning på hospitalerne (primært solceller).
- CO_2 vægter anseligt i relevante udbud af serviceydelser og øvrige driftsopgaver med udgangspunkt i helhedssyn for patientbehandling og hospitalernes økonomi.

Ny målsætning om, at Region Hovedstaden i 2030 er en af Danmarks største offentlige bidragsydere til netbalancering, og med følgende delmål i 2025:

- Der er etableret velfungerende partnerskaber omkring netbalancering og mulig energilagring, med alle relevante interessenter, på samtlige af Regionens hospitaler.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

- Energiplan 2025
- Opdateret indkøbspolitik 2019

Ressourcevurdering:
Det øgede ambitionsniveau forventes at kunne indfries ved:

- ESCO 3.0 (ca. 1 mia. kr.) leasingfinansieres via kommunekredit. Afdrag på investeringen dækkes af energibesparelsen således at regionen ikke skal have "penge op af lommen". EU-programmet Elena bidrager med 24 mio. kr. til teknisk assistance i projektet. Inden projekterne igangsættes vel der være en drøftelse af inkludering af solceller og grundvandskøling samt generelle krav til fx tilbagebetalingstid.
- Fokus på udnyttelse af synergier mellem energieffektiviseringsprojekter, udbygning med lokal vedvarende energi og projekter som gennemføres under renoveringsstrategien.
- Deltagelse i godt fire puljestøttede innovative partnerskaber med private firmaer og vidensinstitutioner, hvoraf regionens andel i hele perioden anslået vil udgøre: godt tre årsværk og 3,5-4 mio. kr. til udstyr og tjenesteydelser (nøgletal er fremkommet via erfaringer fra FUTURE projektet).
- Ressourcetræk til øget samarbejde med Koncernindkøb om CO_2-rigtige indkøb anslået 1/2 årsværk hvert år i hele perioden. Totaløkonomien er gunstig.
- Region Hovedstaden er partner i et INTERREG projekt (FUTURE) på Bornholms Hospital, som vil belyse mulighederne og fremdriften i dette projekt kan lægge sporene for yderligere aktiviteter. FUTURE er allerede finansieret af EU og egne driftsmidler. Opfølgende projekter indenfor netbalancering forventes finansieret på lignende vis.

På vej mod affaldsfrie hospitaler

Politisk forankring: Miljø- og klimaudvalget

Bidrager til verdensmål:
12: Ansvarligt forbrug og produktion. Sikre bæredygtige forbrugs- og produktionsformer. Delmål: 12.5, 12.7

17: Partnerskaber for handling. Styrke det globale partnerskab for handling og øg midlerne til at nå målene. Delmål: 17.6, 17.17

Beskrivelse af indsats:

Region Hovedstaden har med Affaldsressourceplan 2025 et ambitiøst mål om at øge genanvendelsen til 40 % i 2025 fra godt 22 % i 2017. Indsatsen for at øge genanvendelsen er i fuld gang med udrulning af et nyt genanvendelsessystem på regionens hospitaler med tilhørende undervisning og vejledning.

Selv om målet på 40 % genanvendelse nås i 2025 vil der stadig være godt 60 % af regionens affald som enten forbrændes eller deponeres. Med udgangspunkt i at vi står over for et globalt paradigmeskifte - godt understøttet af EU lovgivning - hvor affald må forventes at blive et ord som hører fortiden til, lægges op til en styrkelse af regionens målsætninger på affaldsressourceområdet.

For at komme videre er det nødvendigt, at udvide fokus fra genanvendelse til også at omfatte forebyggelse af affald og cirkulær økonomi. Det vil sige, at vi i langt højere grad end det er tilfældet i dag skal kigge på produkters levetid, reparationsegenskaber, genbrugsegnethed og muligheden for genanvendelse med mindst mulig downcycling (fx nedknusning af byggeaffald til grus versus direkte genbrug af mursten). Desuden skal der kigges på brug af overflødig emballage og emballage, som ikke kan genanvendes.

Indsatsen vil fordre et tæt samarbejde mellem hospitaler, koncerncentre, vidensinstitutioner og ikke mindst leverandører. Hver gang centre og hospitaler efterspørger produkter og services via koncernindkøb skal vi tilstræbe ressourceeffektive og cirkulære løsninger. Det samme gælder ved bygge- og anlægsopgaver.

Indsatsens målsætning:

- 50 % genanvendelse i 2030.
- Et visionsmål om "affaldsfrie hospitaler i 2035" når forebyggelsesindsatsen er slået fuldt igennem – se note 1

Note 1: Affaldsfrie hospitaler skal forstås på den måde at alle indkøbte produkter, materialer og forbrugsstoffer forebygges, genbruges eller genanvendes. Tiden vil vise hvor langt vi kan komme, men intention og retning ligger fast. Visionen skal tages med tre forbehold:

- *Det affald som har været i kontakt med eller stammer fra patienter (herunder udgjorde klinisk risikoaffald alene 9 % af den samlede affaldsmængde i 2017), forbrændes af sikkerhedsmæssige årsager og kan derfor ikke genanvendes.*
- *Beslutninger vedrørende ressourceeffektivitet skal altid ske ud fra et helhedsperspektiv med hensyn til patienthensyn, som altid er regionens første prioritet, og merudgifter.*
- *Det forudsættes at lovgivning og rammebetingelser indenfor cirkulær økonomi løbende udvikles frem mod 2035.*

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

- Affaldsressourceplan 2025
- Opdateret indkøbspolitik 2019

Ressourcevurdering:

- Ca. 200.000 kr. til udarbejdelse til plan for forebyggelse og cirkulær økonomi.
- Deltagelse i godt fire puljestøttede innovative partnerskaber med private firmaer og vidensinstitutioner, hvoraf regionens andel i hele perioden anslået vil udgøre: godt tre årsværk og 3,5-4 mio. kr. til udstyr og tjenesteydelser (nøgletal er fremkommet via erfaringer fra FUTURE projektet).
- Udvidelse af Genbrug og donationsenhedens indsats for øget ressourceeffektivitet: Fast opnormering med 1 årsværk og 600.000 kr. til øget årlige driftsomkostninger. Hertil en investering på ca. 500.000 kr. det første år. Totaløkonomisk set er initiativet positivt på genbrugsdelen.
- Øget medarbejdertimer til cirkulære indkøb i Koncernindkøb (vurderes pba. forsøgsordningen) og 1-2 årsværk ekstra fra 2020 i Center for Ejendomme til samarbejde med Koncernindkøb om opgaven.
- Økonomiske konsekvenser af skærpede krav til ressourceeffektivitet i udbud frem til 2030 kan ikke fastslås på forhånd. Det afhænger bl.a. af markedets modenhed og hvad der udbydes. Pga. EU-lovgivning og øget globalt fokus på cirkulær økonomi må det forventes, at markedet modnes i de kommende år. Merudgifter som følge af grønne krav skal afvejes med sparekrav.

På vej mod affaldsfrie hospitaler

Politisk forankring: Miljø- og klimaudvalget

Bidrager til verdensmål:
12: Ansvarligt forbrug og produktion. Sikre bæredygtige forbrugs- og produktionsformer. Delmål: 12.5, 12.7

17: Partnerskaber for handling. Styrke det globale partnerskab for handling og øg midlerne til at nå målene. Delmål: 17.6, 17.17

Beskrivelse af indsats:

Region Hovedstaden har med Affaldsressourceplan 2025 som mål at øge genanvendelsen til 40 % i 2025. Men selv med det mål vil der vil stadig være 60 % af affaldet, som enten forbrændes eller deponeres. Og vi står midt i et globalt paradigmeskifte hvor affald er på vej til at blive et ord som tilhører fortiden, godt understøttet af bl.a. EU-lovgivning.

Visionen må derfor være affaldsfrie hospitaler, hvor cirkulær økonomi og høj ressourceeffektivitet sikrer længere levetid af produkter, forebyggelse af affald og øget genbrug som første prioritet, med genanvendelse af materialerne som eneste alternativ. I koncerncentrene er særligt bygge- og anlægsarbejder kilde til affald, som enten kan forebygges, genbruges og genanvendes betydeligt mere optimalt end i dag. Derudover indkøber regionen som helhed en stor mængde øvrige materialer, produkter og inventar, hvoraf kun omkring en fjerdedel genanvendes eller genbruges.

Visionen skal tages med to forbehold. Det affald som har været i kontakt med eller stammer fra patienter (herunder udgjorde klinisk risikoaffald alene 9 % af den samlede affaldsmængde i 2017), forbrændes af sikkerhedsmæssige årsager og kan derfor ikke genanvendes. Beslutninger vedrørende ressourceeffektivitet skal altid ske ud fra et helhedsperspektiv med hensyn til patienthensyn, som altid er regionens første prioritet, og merudgifter.

Et affalds- og ressourceansvarligt hospital er dybt afhængig af grønne, cirkulære indkøb. Og den grønne indkøbsagenda med tilhørende øget ressourceeffektivitet er afhængig af et stærkt samarbejde mellem koncerncentre, hospitaler, videnscentre og ikke mindst leverandører mv. Desuden forudsættes at lovgivning og rammebetingelser indenfor cirkulær økonomi løbende udvikles frem mod 2030, så de understøtter ambitionerne om cirkulær økonomi.

Indsatsens målsætning:

Øget ambitionsniveau yderligere fra en genanvendelse på 40 % i 2025, til et visionsmål om:

- at alle indkøbte materialer, produkter og inventar kan genbruges eller genanvendes i 2030. Der er desuden maksimal fokus på forebyggelse af affald og levetidsforlængelse. Nogle typer specialaffald vil være undtaget, fx klinisk risikoaffald, hvis der stadig ikke er fundet alternative løsninger til den tid. Tiden vil vise hvor langt vi kan komme, men intention og retning ligger fast.

Basisår: Jf. Affaldsressourceplan 2025

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

- Affaldsressourceplan 2025
- Opdateret indkøbspolitik 2019

Ressourcevurdering:

- Ca. 200.000 kr. til udarbejdelse til plan for forebyggelse og cirkulær økonomi.
- Deltagelse i godt fire puljestøttede innovative partnerskaber med private firmaer og vidensinstitutioner, hvoraf regionens andel i hele perioden anslået vil udgøre: godt tre årsværk og 3,5-4 mio. kr. til udstyr og tjenesteydelser (nøgletal er fremkommet via erfaringer fra FUTURE projektet).
- Udvidelse af Genbrug og donationsenhedens indsats for øget ressourceeffektivitet: Fast opnormering med 1 årsværk og 600.000 kr. til øget årlige driftsomkostninger. Hertil en investering på ca. 500.000 kr. det første år. Totaløkonomisk set er initiativet positivt på genbrugsdelen.
- Øget medarbejdertimer til cirkulære indkøb i Koncernindkøb (vurderes pba. forsøgsordningen) og 1-2 årsværk ekstra fra 2020 i Center for Ejendomme til samarbejde med Koncernindkøb om opgaven.
- Økonomiske konsekvenser af skærpede krav til ressourceeffektivitet i udbud frem til 2030 kan ikke fastslås på forhånd. Det afhænger bl.a. af markedets modenhed og hvad der udbydes. Pga. EU-lovgivning og øget globalt fokus på cirkulær økonomi må det forventes, at markedet modnes i de kommende år. Merudgifter som følge af grønne krav skal afvejes med sparekrav.

På vej mod fossilfri drifts- og medarbejdertransport

Politisk forankring: Miljø- og klimaudvalget

Bidrager til verdensmål:

3: Sundhed og trivsel. Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper. Delmål 3.4, 3.9.

9: Industri, innovation og infrastruktur. Bygge robust infrastruktur, fremme inklusiv og bæredygtig industrialisering og understøtte innovation. Delmål 9.1, 9.4.

12: Ansvarligt forbrug og produktion. Sikre bæredygtige forbrugs- og produktionsformer. Delmål 12.6, 12.7 og 12.8.

Beskrivelse af indsats:

I Transportplanen arbejdes for bæredygtig omstilling af Region Hovedstadens driftstransport samt medarbejdernes rejser. Målet er at reducere Region Hovedstadens CO_2-udledning fra driften med 12% inden 2025. Der arbejdes med fx cykling, elbiler og virtuelle møder. Især handler indsatsen om adfærdsændringer.

Tjenesterejser i fly er den helt store synder i transportens CO_2-regnskab, og står for 56% af den samlede udledning. Indsatsens implementerbarhed afhænger derfor i høj grad af muligheden for at reducere CO_2-udledningen fra flyrejser.

Derudover er der et stort potentiale i at optimere regionens interne transport, flådestyringsindsatsen, og dermed reducere antallet af kørte kilometer mellem hospitaler og virksomheder samt reducere trængslen på vejene. Regionens interne transport er meget fragmenteret og ofte ukoordineret, når man ser på det samlede transport-flow.

Indsatsens målsætning:

At styrke indsatsen for at nå de vedtagne eksisterende mål i Transportplan 2025 om:

- Reduktion CO_2-udledning fra driften på 12% inden 2025.
- Fuld fossilfrihed inden for Region Hovedstadens samlede transport af medarbejdere, patienter, varer og tjenesteydelser inden 2050.
- Andelen af medarbejdere, som benytter grønne transportmidler til og fra arbejde, skal øges i perioden 2012 til 2025.

Derudover foreslå administrationen, at der sker en:

- Fuld omstilling af regionens flåde til bæredygtige køretøjer inden 2030.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Transportplan 2025

Ressourcevurdering:
En vedblivende ændring af medarbejderes transportvaner er afhængig af en konstant indsats. Indsatsen vil kræve tilførsel af flere medarbejderressourcer. Det er særligt krævende at få forankret indsatsen på regionens mange matrikler, hvorfor der ideelt skulle ansættes dedikerede mobilitetskonsulentermed direkte reference til ledelsen. Årlig samlet bruttoudgift til mobilitetskonsulenter er i størrelsesordenen 4,7 mio. kr., svarende til 9 årsværk per år. Der er også behov for investeringer i infrastruktur.

Kompensering af klimabelastningen fra regionens flytransport koster på årsbasis imellem 1,3 og 8 mio. kr., alt afhængigt af, hvilken model man vælger i forhold til eksterne eller interne CO2-reduktions investeringer.

Til flådestyringsindsatsen vurderes et behov for 1 årsværk til markedsafdækning af fossilfrie køretøjer, kortlægning af regionens vognpark og kørselsbehov samt udarbejdelse af rapporterings- og fremdriftsværktøj i 2019 og 2020. Derudover vurderes også et behov for 250.000 kr. til systemunderstøttelse af regionens flådestyring, herunder kapacitetsforbrug, kørselsregnskab og CO_2 forbrug.

Vandeffektive hospitaler

Politisk forankring: Miljø- og klimaudvalget

Bidrager til verdensmål:

6: Rent vand og sanitet. Sikre at alle har adgang til vand og sanitet og at dette forvaltes bæredygtigt. Delmål: 6.4 og 6.3

Beskrivelse af indsats:

Et reduceret vandforbrug på hospitalerne vil give økonomiske besparelser ift. køb af vand, mindre afledningsbidrag og mindre vand gennem eventuelle spildevandsanlæg. Det vil desuden give en miljøgavnlig effekt ved brug af mindre grundvand og mindre energi til proces af spildevand. Indsatsområdet indebærer vandenergieffektive løsninger ved nybyg og renovering, herunder intelligent teknologi som bl.a. forebygger vandspild samt adfærdskampagner. Vandforbruget ligger på ca. 1,2 mio. m^3/år.

Indsatsens målsætning:

- Ny målsætning om en reduktion af vandforbruget, målt pr. patient, på hospitalerne med 5 % i 2030 og 7,5% i 2030.

Basisår: 2015

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

- Renoveringsplan
- Spildevandsstrategi som imødekommer kommunale krav om spildevandsrensning på Rigshospitalet - Blegdamsvej, Bispebjerg Hospital og forventeligt også Hvidovre Hospital

Ressourcevurdering:

- 200.000 kr. til udvikling og gennemførelse af kampagne der henvender sig til både patienter og personale på hospitalerne med henblik på at nedbringe brugen af brugsvand i hverdagen.
- Der tænkes gennemført et puljestøttet innovativt partnerskab (fx via EU eller Miljøstyrelsen) med private firmaer og vidensinstitutioner, hvoraf regionens andel vil udgøre et årsværk fra 2020 til 2024 og dertil ca. 1 mio. kr. til udstyr og test.

Målrettet indsats som forebygger trusler fra jordforurening ved bæredygtige løsninger

Politisk forankring: Miljø- og klimaudvalget

Bidrager til verdensmål:

6: Rent vand og sanitet. Sikre at alle har adgang til vand og sanitet og at dette forvaltes bæredygtigt. Delmål 6.3, 6.1 og 6.6.

9: Industri, innovation og infrastruktur. Bygge robust infrastruktur, fremme inklusiv og bæredygtig industrialisering og understøtte innovation. Delmål 9.3.

Beskrivelse af indsats:

Region Hovedstaden har ansvaret for at forebygge og forhindre skadelige virkninger fra jordforurening for der igennem at beskytte borgernes sundhed, grundvandet og miljøet. Ren jord og rent vand giver ikke i sig selv et sundere liv, men de er vigtige bidrag – og ultimativt nogle af de grundlæggende forudsætninger for at have et liv.

Region Hovedstaden deltager aktivt i udvikling af ny teknologi, som kan støtte en bedre, billigere og mere bæredygtig løsning af myndighedsopgaverne indenfor jord- og grundvandsforureningsområdet.

Indsatsens målsætning:

- Fortsætte med at skabe overblik over jordforurening på alle bolig- og erhvervsgrunde i hovedstadsregionen, for dermed at kunne prioritere og målrette indsatsen, så de mest miljø- og sundhedsskadelige forureninger bliver taget først.
- Den målrettede indsats sikrer, at grundvandet kan bruges til drikkevand. Indsatsen skaber også tryghed for borgerne og sikrer, at børn kan lege frit på jorden i børnehaver og på legepladser.
- Ambitionsniveauet fastlægges i Jordplanen. Mål i den nuværende plan er, at 80 % af grundvandet er sikret på 10 år.
- En styrket indsats for at udvikle mere bæredygtige og mindre CO_2-belastende oprensningsmetoder indenfor jord og grundvand.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Indsatsen forankres i Jordplanen (revideret Jordplan forventes i 2019).

Ressourcevurdering:

Forventes gennemført inden for de eksisterende ressourcer.

Øget aktivitet ift. bæredygtige oprensningsmetoder vurderes til ca. 1 årsværk i 2 år.

Fremme brugen af genanvendelige materialer som erstatning for jomfruelige råstoffer

Politisk forankring: Miljø- og klimaudvalget

Bidrager til verdensmål:

8: Anstændige jobs og økonomisk vækst. Fremme vedvarende, inklusiv og bæredygtig økonomiske vækst, fuld og produktiv beskæftigelse, samt anstændigt arbejde for alle. Delmål 8.4.

11: Bæredygtige byer og lokalsamfund. Gøre byer, lokalsamfund og bosættelser inkluderende, sikre, robuste og bæredygtige. Delmål 11b.

12: Ansvarligt forbrug og produktion. Sikre bæredygtige forbrugs- og produktionsformer. Delmål 12.2.

Beskrivelse af indsats:
Prognoser (Danske Regioner/NIRAS 2018) over fremtidigt forbrug af råstoffer viser, at forbruget vil stige, hvilket er i modstrid med verdensmål nr. 8. For miljø- og klimaudvalget er det en ambition, at nå ned på at bruge ressourcer der svarer til en jordklode om året eller mindre, ligesom der efterspørges indsats som kan have større effekt udadtil ift. samfundsrettede myndighedsopgaver omkring råstoffer, vand, jord, transport. Med udgangspunkt i egne byggerier ønskes indsats i form af udvikling og demonstration omkring indkøb, nedrivning og genbrug.

Samfundsmæssig værdi:
Betydning af regionens indsats ift. realisering af delmålet: Regionens indsats vil være bidrage til implementering af cirkulær økonomi og er afgørende for sikring af kommende generationers adgang til råstoffer, forhindring af ressourceknaphed og afledte prisudsving.

Skalerbarhed: Indsatsen kan opskaleres på nationalt niveau.

Indsatsens målsætning:

- Øget ambitionsniveau om, at 20 % af råstofforbruget i hovedstadsregionen er dækket af genanvendte materialer i 2030. Efter 2020 dækkes vækst i råstofforbrug alene af genanvendte materialer (sekundære råstoffer).

Fremme brugen af genanvendelige materialer som erstatning for jomfruelige råstoffer gennem at:

a) Bidrage til udarbejdelse af fælles råstofstrategi

b) Bidrage til teknisk samarbejde mellem MST og Danske regioner (2019)

c) Analyse af byggeaffaldets potentiale som sekundær råstofressource

d) Indsamle, formidle og demonstrere viden om sekundære råstoffer, koblet til egne byggerier

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

- Råstofplan (a + b + c)
- Koncerndrift – bæredygtig byggeri, Center for Ejendomme (d)

Ressourcevurdering:

Indsats a + b + c + d:
Finansieres delvist inden for eksisterende ressourceramme.
Behov for tilførsel af ressourcer skønnes til 1 årsværk i 2 år samt 1,5 mio. kr. fordelt over 2 år.

Indsats d: Forudsætter prioritering i forbindelse Region Hovedstadens egne byggeprojekter

Grøn busdrift

Politisk forankring: Trafikudvalget

Bidrager til verdensmål:
3: Sundhed og trivsel. Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper. Delmål 3.9.

4: Kvalitetsuddannelse. Sikre alle lige adgang til kvalitetsuddannelse og muligheder for livslang læring. Delmål 4.1, 4.4.

8: Anstændige jobs og økonomisk vækst. Fremme vedvarende, inklusiv og bæredygtig økonomisk vækst, fuld og produktiv beskæftigelse, samt anstændigt arbejde for alle. Delmål 8.1, 8.2.

9: Industri, innovation og infrastruktur. Bygge robust infrastruktur, fremme inklusiv og bæredygtig industrialisering og understøtte innovation. Delmål 9.1, 9.4

11: Bæredygtige byer og lokalsamfund. Gøre byer, lokalsamfund og bosættelser inkluderende, sikre, robuste og bæredygtige. Delmål 11.2

Beskrivelse af indsats:
Regionen har en stor myndighedsopgave ift. at drive bus- og lokaltogsruter af regional karakter, og Region Hovedstaden har årligt en budgetramme for kollektiv trafik på ca. 500 mio. kroner.

Den regionale kollektive trafik er med undtagelse af to buslinjer baseret udelukkende på fossil energi (diesel), hvorfor den har et stort klimaaftryk. Der er behov for en indsats for omstilling af denne til renere og mere effektive teknologier.

Det er derfor tidligere besluttet at udfase dieselbusser i regionens drift frem mod 2030, og i stedet erstatte dem med el-busser eller andre busser med tilsvarende miljø- og støjfordele, og dermed understøtte fællesmålsætningen i Movia om fossilfri drift i 2030. Som led i at indfri målsætningen foreslår administrationen, at der afsættes midler til at finansiere den teknologiske omstilling.

Implementerbarheden afhænger af målet for indsatsen. Fokuseres der blot på CO_2-udledning og ikke på lokale emissioner vil implementerbarheden være væsentligt højere pga. lavere omkostninger og mindre krævende teknologi. Miljø- og sundhedsgevinster vil dog også blive lavere, hvis lokale emissioner nedprioriteres.

Indsatsens målsætning:

At styrke den eksisterende indsats om at udfase dieselbusser i regionens drift frem mod 2030, og i stedet erstatte dem med el-busser eller andre busser med tilsvarende miljø- og støjfordele, og dermed understøtte fællesmålsætningen i Movia om fossilfri drift i 2030.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:
Som led i at indfri målsætningen fra Budgetaftale 2018 og Konstitueringsaftalen om at udfase dieselbusser fra den kollektive trafik inden 2030, skal der udarbejdes en plan for den grønne omstilling af den kollektive trafik.

I Budgetaftale 2019 er desuden afsat midler til forsøg med brintbus, der skal skabe viden om en uprøvet teknologi, samt til en analyse af muligheder for fossilfri drift på lokalbanerne.

Ressourcevurdering:
Indsatsen for en grøn omstillingsplan kan klares med eksisterende medarbejderressourcer.

Midlerne til den teknologiske omstilling kræver derimod en politisk prioritering, da emissionsfrie og støjreducerende teknologier vurderes at give en årlig meromkostning på ca. 20% (ca. 50 mio. kr.) på nuværende tidspunkt for Region Hovedstadens buslinjer. Meromkostningen vil komme i etaper i takt med, at de forskellige linjer skal i udbud de kommende år. Den sidste buslinje kan senest være omstillet i 2031. Omkostningerne er behæftet med stor usikkerhed, da de vil være forskellige fra linje til linje pga. ruternes geografi og køreplan, mens at teknologierne er under stor udvikling, hvilket forventes at gøre det billigere og billigere at overgå til emissionsfri drift.

Skæres der på busdriften for at finde denne finansiering vil det være i konflikt med andre delmål som fx 11.2. Omkostningerne ved emissionsfrie teknologier mindskes dog løbende, og forsøg som vores eget brintbusforsøg medvirker til denne udvikling.

Forskning i forebyggelse og implementering af forskningsresultater i klinikken

Politisk forankring: Erhvervs-, vækst- og forskningsudvalget

Bidrager til verdensmål:

3: Sundhed og trivsel. Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper. Delmål 3.3, 3.4 (dødelighed som følge af hjerte-kar-sygdomme, kræft, diabetes eller KOL).

Netop styrket forskning i forebyggelse og implementering af forskningen vil være afgørende for at indfri delmålet i en dansk kontekst. Der fokuseres i indsatsen både på den regionale (nære) og globale sundhed.

Beskrivelse af indsats:

Erhverv-, vækst-, og forskningsudvalget har i drøftelse om verdensmålene påpeget, at udviklingen går den forkerte vej på sundhedsområdet indenfor forebyggelse, fx er der for mange der ryger, får sukkersyge og andre livsstilssygdomme.

Derfor anbefaler administrationen, at man opprioriterer nogle af de allerede igangværende indsatser vedrørende styrket forskning i forebyggelse og sundhedsfremme fra "Region Hovedstadens Strategi for Sundhedsforskning 2018-2022". Forskningsresultaterne er en væsentlig del af forudsætning for effekt af indsatserne på forebyggelsesområdet i øvrigt - under overskrifterne *Sundere borgere* og *Lighed i sundhed*, som ligger i naturlig forlængelse af den kommende "Plan for en styrkelse af forebyggelsesområdet". I denne forbindelse foreslås forskning i forebyggelse og sundhedsfremme stærkt opprioriteret og herunder især forskning i implementering af indsatser, der med sikkerhed virker.

Indsatsens målsætning:
At styrke og opprioritere den eksisterende indsats om forebyggelse og sundhedsfremme gennem forskning og bedre/større implementering af forskningsresultater. Derudover er det et mål at sikre øget og hurtigere impact gennem koordination med den generelle indsats på området på tværs af regionen, således at forskningsresultater bliver implementeret i klinikken og i daglig praksis til gavn for patienter og borgere.

- "Region Hovedstaden Strategi for Sundhedsforskning 2018-2022" med styrkelse af forskning i forebyggelse og sundhedsfremme - i sammenhæng med "Plan for styrkelse af forebyggelsesområdet".
- Indsatser udvælges og prioriteres
- Pulje på 5 mio. kr. , som kan søges til forskning eller implementering af forskning i klinikken og daglig praksis, der omfatter delmål 3.3 og 3.4

Der prioriteres at bevilge og gennemføre 3-5 forsknings/implementerings-projekter mere, der sammen med den allerede planlagte indsats og sammen med relevante interessenter på tværs af sektorer skal sikre implementering af forebyggelse, der virker – for at sikre sundere borgere og mindske ulighed i sygdom. Da der er tale om forskning og udvikling af metoder, kan der ikke sættes præcist mål for endelig effekt.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

"Region Hovedstadens Strategi for Sundhedsforskning 2018-2022", der skal ses i sammenhæng med den kommende "Plan for en styrkelse af forebyggelsesområdet".

Ressourcevurdering:

5 mio. kr. til opgradering af forskningspulje særligt for forskning i forebyggelse og implementering af forskningsresultater i klinikken. Puljen kan administreres i regi af Region Hovedstadens Forskningsfond og vil dermed ikke kræve yderligere medarbejderressourcer.

Personlig medicin

Politisk forankring: Erhvervs-, vækst- og forskningsudvalget

Bidrager til verdensmål:

3: Sundhed og trivsel. Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper.

Beskrivelse af indsats:

Det overordnede formål med personlig medicin er at tilpasse diagnostik og behandling til den enkelte patient ved at inddrage viden om bl.a. gener. Personlig medicin er et paradigmeskifte og bliver afgørende i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

For at understøtte denne udvikling, er der nedsat en bestyrelse for et fælles østdansk initiativ: Personlig Medicin i Østdanmark, med deltagelse af repræsentanter fra Region Hovedstaden, Region Sjælland, Københavns Universitet (KU) SUND og Danmarks Tekniske Universitet (DTU). Bestyrelsen har ansvaret for etablering af en østdansk infrastruktur for personlig medicin og samarbejdet ind i den nationale strategi for personlig medicin.

Under bestyrelsen indgår tre styregrupper med faglig repræsentation for hhv. datacenter, genomcenter og biobankcenter. Dertil er der behov for at arbejde med uddannelse, etik og udbredelse af personlig medicin i klinikken.

Indsatsens målsætning:

At styrke eksisterende indsats for at sikre, at der:

- Fra 2020 til 2025 implementeres personlig medicin i rutinebehandlingen - i takt med at de forskellige behandlingsområder bliver modnet hertil.

Indsatsens målsætningen vil blive yderligere konkretiseret i regi af bestyrelsens arbejde.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Region Hovedstadens Strategi for Sundhedsforskning 2018-2022.

Ressourcevurdering:

- Der er afsat 13,8 mio. kr. fra Region Hovedstaden (2018-19) og Region Sjælland (2018-20) til opstart af infrastrukturen. På sigt skal der ansøges om eksterne midler til infrastrukturen.
- 2 mio. kr. til bl.a. uddannelse af sundhedspersonale, udbredelse i klinikken og inddragende borgerinitiativer.

Flere praktikpladser gennem uddannelsesklausuler på Region Hovedstadens egne byggerier og flere praktikpladser i egen organisation

Politisk forankring: Erhvervs-, vækst- og forskningsudvalget

Bidrager til verdensmål:

4. Kvalitetsuddannelse. Sikre alle lige adgang til kvalitetsuddannelse og muligheder for livslang læring. Delmål 4.4.

Beskrivelse af indsats:

Uddannelsesklausuler: Denne indsats består af to dele. Den ene del omhandler en fortsættelse af den eksisterende kontrol- og service funktion efter 2020. Den anden del indebærer, at den eksisterende kontrol- og servicefunktion suppleres af nye tiltag, hvor best practice udbredes og regionens byggeprojektledere rustes bedre til at håndtere de mange udfordringer, der er forbundet med uddannelsesklausulerne. Indsatsen indebærer en mere håndholdt indsats tættere på bygge- og renoveringsprojekterne. Hermed øges udnyttelse af praktikpladspotentialerne på regionens bygge- og anlægsprojekter.

Praktikpladser i egen organisation: Region Hovedstaden vil understøtte erhvervsskolernes arbejde med indgåelse af strategiske partnerskaber om flere praktikpladser med Region Hovedstadens hospitaler og virksomheder. Dermed kan det fulde praktikpladspotentiale i egen organisation afdækkes og realiseres.

Indsatsens målsætning:

En styrket indsats med supplerende nye tiltag for at sikre større udnyttelse af praktikpladspotentialet i forbindelse med uddannelsesklausuler på regionens egne byggerier og i regionens egen organisation for at bidrage til at nå de eksisterende mål:

- I alle årene, mens regionens bygge- og renoveringsprojekter pågår, skal der være 1 lærling/elev per 10. ansatte håndværker.
- Andelen af elever, der påbegynder en erhvervsuddannelse hos Region Hovedstaden øges med 10 procent (fraset SOSU, der er dimensioneret) i 2019.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Begge indsatser er forankret i regionens nuværende praktikpladsindsats.

Ressourcevurdering:

Uddannelsesklausuler: Der er afsat ressourcer til den nuværende indsats frem til 2020. En fortsættelse af den eksisterende indsats efter 2020 vil kræve et årsværk af 600.000 kr. fra 2021. En opskalering af indsatsen giver behov for yderligere et årsværk af 600.000 kr. – altså 2 årsværk - fra 2021.

Praktikpladser i egen organisation: Hvis indsatsen skal opskaleres, vil det kræve yderligere medarbejderressourcer. Det vurderes til et årsværk af 600.000 kr.

Byggeri med bæredygtighed og samfundsansvar som grundsten

Politisk forankring: Forretningsudvalget

Bidrager til verdensmål:
4: Kvalitetsuddannelse. Sikre alle lige adgang til kvalitetsuddannelse og fremme alles muligheder for livslang læring. Delmål: 4.4

7: Bæredygtig energi. Sikre at alle har adgang til pålidelig, bæredygtig og moderne energi til en overkommelig pris. Delmål: 7.2 og 7.3

8: Anstændige jobs og økonomisk vækst. Fremme vedvarende, inklusiv og bæredygtig økonomisk vækst, fuld og produktiv beskæftigelse samt anstændigt arbejde til alle. Delmål 8.6, 8.7 og 8.8

11: Bæredygtige byer og lokalsamfund. Gør byer, lokalsamfund og bosættelser inkluderende, sikre, robuste og bæredygtige. Delmål: 11.6

13: Klima-indsats. Handle hurtigt for at bekæmpe klimaforandringer og deres konsekvenser. Delmål: 13.2

Beskrivelse af indsats:

Region Hovedstadens byggeri - uanset om der er tale om ombygning, renovering, vedligehold eller nybyggeri - skal have bæredygtighed som grundsten. Det skal være en del af planlægning af alt byggeri, at der foretages overvejelser omkring, hvordan der i det konkrete byggeri kan planlægges og gennemføres bæredygtigt. En sådan arbejdsmetode forventes at give mere og bedre byggeri for pengene samt reducere energiforbruget og CO_2 udledningen i Region Hovedstaden i både anlægs- og driftsfasen af byggeriet. Et godt indeklima i et bæredygtigt byggeri vil samtidig øge trivsel for både medarbejdere, patienter og pårørende.

Region Hovedstaden vil være frontløber inden for samfundsansvarligt byggeri. Region Hovedstaden anvender derfor entreprisekontrakter med sociale klausulkrav om praktikpladser samt ordnede løn- og ansættelsesvilkår på Region Hovedstadens byggerier.

Indsatsens målsætning:

En styrket og systematiseret indsats, så Region Hovedstadens byggeri i 2030 følger et højt bæredygtighedsniveau, og Region Hovedstaden har konsolideret sin frontløberposition indenfor samfundsansvarligt hospitalsbyggeri, og med følgende delmål i 2025:

- Region Hovedstadens byggeri planlægges ved brug af screening for bæredygtighed afhængig af byggeriets karakter og omfang med udgangspunkt i administrationens bæredygtighedsværktøj eller bæredygtighedsstandarder (fx DGNB eller LEED).
- Administrationen har kompetenceudviklet byggeprojektledere inden for arbejde med bæredygtigt byggeri.
- Region Hovedstadens entreprisekontrakter indeholder krav om praktikpladser samt ordnede løn- og ansættelsesforhold, og administrationen udvikler samarbejdsforum om sikre- og ordnede forhold på byggerierne
- I regionens byggeri er der én lærling per 10. ansatte håndværker, som bidrager til at sikre praktikpladser samt fremtidens kompetencer og arbejdsstyrke.

Basisår: N/A

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

- Udbudsstrategi for bygge- og anlægsaktiviteter
- Opdateret indkøbspolitik 2019
- Region Hovedstadens praktikpladsindsats 2019 og 2020.

Ressourcevurdering:

- 1 årsværk til udvikling af bæredygtighedsværktøj samt kompetenceudvikling i 2019 og 2020.
- 50.000 kr. til uddannelse af bæredygtighedskonsulent.

Bæredygtig indkøbspraksis

Politisk forankring: Forretningsudvalget

Bidrager til verdensmål:

12: Ansvarligt forbrug og produktion. Sikre bæredygtige forbrugs- og produktionsformer. Delmål 12.7

17: Partnerskaber for handling. Styrke det globale partnerskab for handling og øg midlerne til at nå målene. Delmål 17.17

Beskrivelse af indsats:

Udarbejdelse af krav i forhold til en bæredygtig indkøbspraksis formuleres i samarbejde med brugergrupper og eksperter. Der er allerede bevilget et halvt årsværk til en forsøgsordning med en grøn indkøbsressource, som forventes at kunne bidrage til en mere proaktiv tilgang til grønne krav i regionens indkøb samt at øge kompetencerne på området.

Administrationen arbejder desuden på at udvikle, afprøve og kommercialisere innovative tiltag, samt udvikle grønnere produkter og services. Administrationen arbejder også med offentlig-privat innovation (OPI) indenfor bedre diagnostik og behandlinger for patienten, hvorfor der er god viden om metoden og hvordan denne kan opskaleres og anvendes i andre partnerskaber i forhold til bæredygtighed.

Indsatsens målsætning:

- En styrket indsats for at sikre flere og mere ambitiøse krav i forhold til bæredygtige løsninger og miljømærker i Region Hovedstadens indkøb.
- En opskalering af indsatsen så Region Hovedstaden i 2020 har iværksat to OPI'er indenfor bæredygtighed.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Koncernhandlingsplan for grønne indkøb, enheden "Innovative Indkøb & Strategiske Partnerskaber" samt repræsentation i styregruppen for Forum for Bæredygtige Indkøb.

Ressourcevurdering:

- Indsatsen kan gennemføres indenfor de eksisterende bevilgede ressourcer. Ressourcebehovet skal evalueres ultimo 2019 i forhold til en eventuel opjustering på baggrund af resultater fra forsøgsordning.
- OPI indsatsen kan ikke gennemføres med de nuværende ressourcer. Det er vurderingen, at en bevilling på et ekstra årsværk vil kunne opskalere indsatsen i forhold til bæredygtighed samt kompetencemæssigt at kunne understøtte andre projekter i regionen inden for OPI og innovation.

Øget omstilling til økologi

Politisk forankring: Forretningsudvalget

Bidrager til verdensmål:

12: Ansvarligt forbrug og produktion. Sikre bæredygtige forbrugs- og produktionsformer. Delmål 12.7

17: Partnerskaber for handling. Styrke det globale partnerskab for handling og øg midlerne til at nå målene. Delmål 17.17

Beskrivelse af indsats:

Regionens hospitalskøkkener har i løbet at 2018 gennemført en politisk beslutning om at omlægge til økologisk hospitalskost svarende til minimum 60 % (sølvmærke). Processen har været gennemført med bistand fra Københavns Madhus.

Projektet videreføres frem til medio 2019 med henblik på dels at udarbejde planer for yderligere omlægning til økologi og øget samarbejde mellem regionens hospitals køkkener.

Indsatsen skal fokusere på at fastholde og videreudvikle økologiomlægningen samt øge køkkenernes samlede viden om økologisk produktion samt tage det næste skridt – nemlig at kombinere økologitænkningen med fokus på mere klimavenlig kostproduktion.

Indsatsens målsætning:

At fastholde og udbygge vidensniveau i regionens hospitals køkkener samt videreudvikle samarbejdet mellem disse, med henblik på at arbejde med en strategi for mere klimavenlig kostproduktion i regionens hospitalskøkkener.

Indsatsens forankring i nuværende strategier eller planer:

Indsatsen er en naturlig fortsættelse af økologi-omlægningsprocessen og den øgede bevidsthed i forhold til økologi og bæredygtig køkkendrift.

Ressourcevurdering:

- Permanent ansættelse af 2 ressourcepersoner med viden om området og kompetencer i forhold til projektarbejde samt transformation fra projekt til idriftsættelse.
- Driftsbudget på skønsmæssig 100.000 til videreuddannelse med mere.

Region Hovedstaden

Center for Regional Udvikling

BILAG 1

Journal-nr.: 17037044

Dato: 12. februar 2019

Forslag til ramme for Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål

Forslag til ramme for Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål er administrationens anbefaling til miljø- og klimaudvalget, da udarbejdelsen af handlingsplanen er forankret i dette fagudvalg. Forslaget til ramme kan derfor blive justeret i forbindelse med den politiske behandling.

Handlingsplanen vil indeholde indsatser, som er relateret til Region Hovedstaden som organisation og myndighed. Indsatser relateret til den regionale udvikling forankres i den kommende regionale udviklingsstrategi, som kører en særskilt politisk proces.

I tråd med Region Hovedstadens overordnede strategi om Fokus og Forenkling (vedtaget i regionsrådet den 8. april 2014) sigtes mod en enkel og operationel handlingsplan, som understøtter regionens opgaver.

Handlingsplanen vil være et overbliksdokument over de væsentligste indsatser, der bidrager til at realisere verdensmålene. Indsatserne vil være forankret i eksisterende politikker, strategier og planer. Det vil sige, at forankringen af og opfølgningen på indsatserne vil ske i eksisterende ledelsesstrukturer og følge de procedurer, der ligger i disse.

Når nye relevante politikker, strategier og planer skal vedtages og eksisterende skal evalueres, opdateres mv., så skal disse vurderes i forhold til verdensmålene og være forpligtet til at indeholde mål, som minimum rækker frem mod 2030, da det er årstallet, hvor verdensmålene skal være realiseret.

Det unikke ved verdensmålene er, at de afspejler, at verden er kompleks. Vi står overfor udfordringer, som kun kan håndteres ved at nedbryde de traditionelle silo-tænkninger og at agere helhedsorienteret. Verdensmålene taler derfor direkte ind i regionens værdi om Helhedssyn, hvilket også gav sig til kende

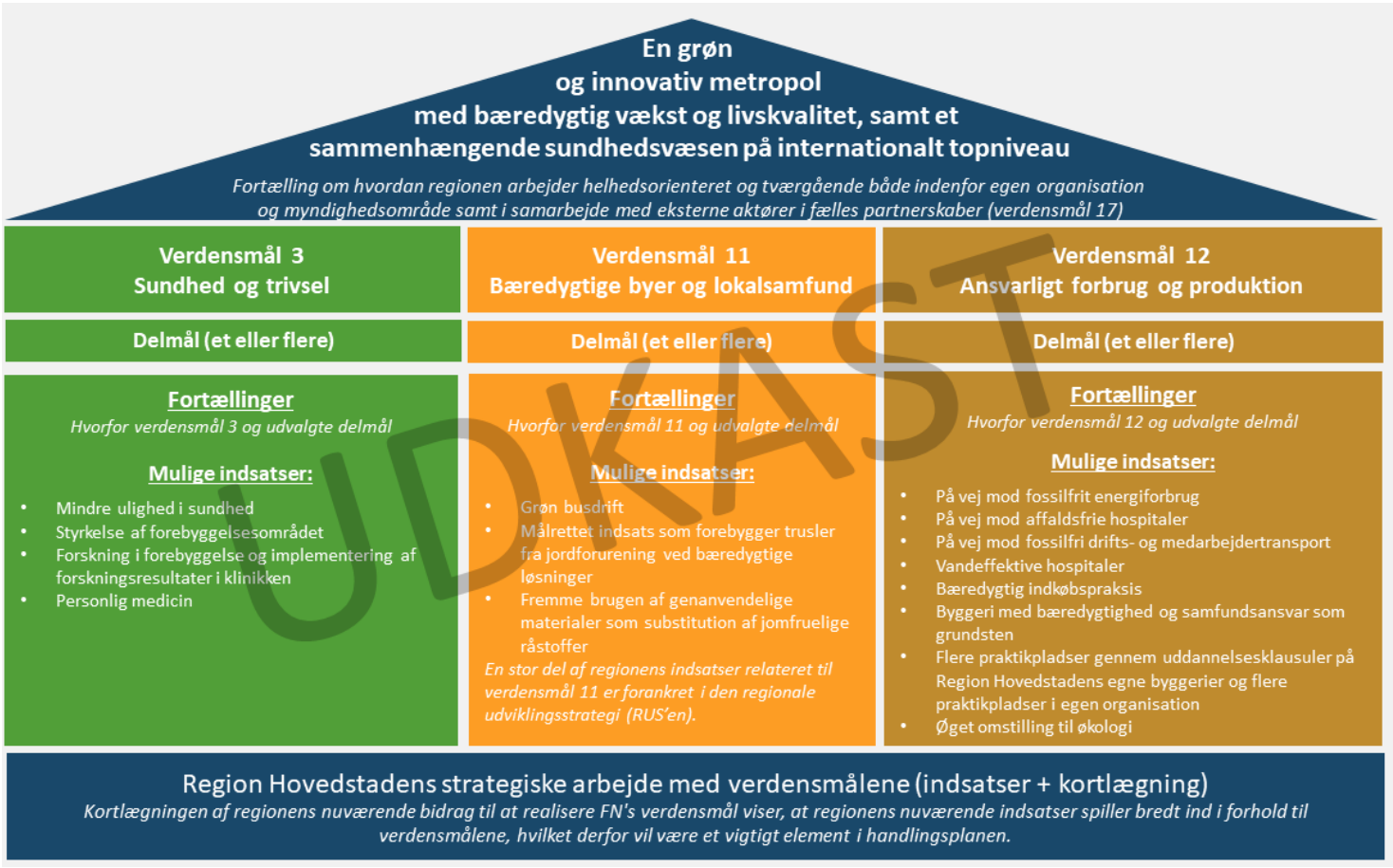
ved udvalgenes drøftelser i oktober 2018. Administrationen anbefaler derfor, at helhedssyn bliver den bærende værdi for handlingsplanen.

Med inspiration fra regionens vision foreslås det, at det som binder handlingsplanen sammen, er ønsket om, at "Hovedstadsregionen er den grønne og innovative metropol med bæredygtig vækst og livskvalitet, samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau". Dette vil danne ramme og retning for regionens arbejde med verdensmålene. På den måde løfter handlingsplanens fortælling sig over de enkelte verdensmål ved at se på tværs af disse, og det vurderes, at regionen herved kan opnå stor effekt af sine indsatser og dermed regionens bidrag til verdensmålene frem mod 2030.

Administrationen anbefaler, at handlingsplanen for FN's verdensmål både rummer fortællingen om det, regionen allerede gør, og er løftestang for nye indsatser, som bidrager yderligere til verdensmålene. Kortlægningen af regionens nuværende bidrag til at realisere FN's verdensmål viser, at regionens nuværende indsatser spiller bredt ind i forhold til verdensmålene, hvilket derfor vil være et vigtigt element i handlingsplanen.

I selve handlingsplanen vil der altså være en overordnet fortælling om, hvordan regionen arbejder helhedsorienteret og tværgående med næsten alle verdensmålene ud fra ønsket om at skabe en grøn og innovativ metropol med bæredygtig vækst og livskvalitet, samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau. Herunder anbefaler administrationen, at handlingsplanen indeholder få udvalgte verdensmål med fortællinger og synliggørelse af, hvad det er regionen ønsker at fokusere på i arbejdet med verdensmålene.

På baggrund af forslag til fremadrettede indsatser, som behandles parallelt i alle fagudvalg, vurderer administrationen, at verdensmål 3 (sundhed og trivsel), 11 (bæredygtige byer og lokalsamfund) og 12 (ansvarligt forbrug og produktion) er der, hvor Region Hovedstaden med fordel kan løfte udviklingen, så det giver en væsentlig betydning for regionens bidrag til verdensmålene. Administrationen vurderer, at der under disse tre verdensmål er mulighed for at udbygge og udvide de forslag til fremadrettede indsatser, der er spillet ind på nuværende tidspunkt, og på den måde fint kan rumme, at indsatsernes udvikling er dynamisk. Udover at fokusere på de tre verdensmål, spiller verdensmål 17 (partnerskaber for handling) en stor rolle i fortællingen om, hvordan regionen arbejder helhedsorienteret og tværgående.



På denne måde synliggør handlingsplanen, at Region Hovedstaden arbejder strategisk med stort set alle verdensmål, men også hvilket fokus Region Hovedstaden har i forhold til udviklingen indenfor nogle udvalgte verdensmål.

Punkt nr. 10 - Drøftelse: Forslag til fremadrettede indsatser til Region Hovedstadens handlingsplan for FN's verdensmål
Bilag 3 - Side -1 af 1

Proces for handlingsplan for FN's verdensmål

Handlingsplan for FN's verdensmål

Juni 2018
Godkendelse af procesplan

August 2018
Workshop om FN's verdensmål

Oktober 2018
Alle udvalg drøfter regionens nuværende bidrag til verdensmålene samt tilkendegiver evt. ønsker til særlige fokusområder for fremadrettede indsatser

Oktober 2018
Metode til at vurdere fremadrettede indsatser til godkendelse i miljø- og klimaudvalget

Primo 2019
Drøftelser af indsatser og ramme til handlingsplan

April/maj 2019
Handlingsplan til godkendelse i alle udvalg og regionsrådet

Juni 2019
Mulighed for temadrøftelser på Folkemødet

Årlig budgetproces

Marts
Budgetforslag overvejes

April
Regionsråd-Budgetseminar

Maj
Budgetforslag udarbejdes

Juni
Økonomiaftale med staten

September
Budgetaftale indgås

Oktober
Budgetaftale vedtages

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

CSU Sekretariatet

Direkte 38666055

Sundhedsudvalget

- Tentativ arbejdsplan for 2019

Dato: 8. februar 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		
2019.03.20	Beslutning	Arbejdet med åbne ambulatorier
2019.03.20	Drøftelse	Evaluering af akutbil Bornholm
2019.03.20	Orientering	Status for HIV-forebyggende behandling (PrEP)
2019.03.20	Drøftelse	Politiske og etiske dilemmaer på fertilitetsområdet
2019.03.20	Drøftelse	Cannabis - opfølgning på forskningsprojekt
2019.03.20	Drøftelse	Kliniske database - manglende målopfyldelse inden for akut kirurgi (sprunget mavesår)
2019.03.20	Drøftelse	Første budgetdrøftelse
2019.03.20	Beslutning	Opdatering af retningslinjer for behandling af hjernerystelse
2019.04.24	Drøftelse	Status og kommende evaluering af garantiklinikker
2019.04.24	Beslutning	Servicemål for responstider ift ambulancekørsler
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	Drøftelse	Anden budgetdrøftelse
2019.05.22	Drøftelse	Analyse på børneområdet i somatikken
2019.05.22	Orientering	Status for aflyste hjerteoperationer
2019.05.22	Drøftelse	Sundhedsstyrelsens reviderede anbefalinger for svangreområdet

2019.05.22	Orientering	Status for tilgængelighed og ventetid til Rådgivning for sygehus-valg
2019.05.22	Drøftelse	Patientinddragelse - erfaringer fra Rigshospitalets vagtoverleve-ring
2019.05.22	Drøftelse	Undersøgelse af patienters tilfredshed med maden
2019.05.22	Drøftelse	Ensretning i tilbud om overnatning og transport for patienter og ledsagere
2019.05.22	Beslutning	Sidste budgetdrøftelse
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 transplantations-området
2019.06.26	Drøftelse	Patientsikkerhed ift. overbelægning
2019.08.28	Drøftelse	Kliniske database - manglende målopfyldelse inden for palliativ database
2019.08.28	Drøftelse	Temadrøftelse om prioritering i sundhedsvæsenet
2019.08.28	Drøftelse	Hospitalspatienters udeblivelser
2019.10.02	Drøftelse	Medicinområdet
2019.10.30	Drøftelse	Status for oprettelse af inhouse skærmet fødeklinik