

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

02-09-2014 13:00

MØDESTED

Mødelokale H3 på regionsgården

MEDLEMMER

Flemming Pless	Rådsmedlem	
Leila Lindén	Rådsmedlem	
Marianne Stendell	Rådsmedlem	
Karin Friis Bach	Formand	
Mette Abildgaard	Rådsmedlem	Afbud
Niels Høiby	Rådsmedlem	
Marlene Harpsøe	Rådsmedlem	
Ole Stark	Rådsmedlem	
Annie Hagel	Rådsmedlem	

INDHOLDSLISTE

1. Temadrøftelse: Fødsler
2. Orienteringssag: Patientsikkerhed i forbindelse med medicinsk udstyr
3. Orienteringssag: Hjertepakkerne og monitoreringen
4. Orienteringssag: Introduktion til de kliniske databaser
5. Eventuelt

1. TEMADRØFTELSE: FØDSLER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Udvalget har ønsket en introduktion til regionens indsatser på fødeområdet herunder en overordnet præsentation af resultater på fødeområdet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalget tog orienteringen til efterretning med følgende bemærkninger:

- ▮ at der kan være behov for større opmærksomhed på fædre i risiko for at udvikle fødselsdepression
- ▮ at der fortsat arbejdes på at sikre den bedste amme start for nybagte mødre og deres børn, herunder særligt fokus på den tværsektorielle dimension.

Når 360 graders rapport er klar skal den forelægges udvalget.

Mette Abildgaard (C) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING

Der fødes årligt ca. 60.000 børn i Danmark. Af disse foregår ca. 20.000 fødsler på Region Hovedstadens 5 fødeafdelinger på Hvidovre, Herlev, Hillerød og Bornholms Hospitaler samt på Rigshospitalet.

Graviditets og fødselstilbuddet i Region Hovedstaden

Under graviditeten tilbydes kvinden som minimum:

- ▮ tre planlagte undersøgelser hos den praktiserende læge
- ▮ to scanninger, hhv. nakkefold (ca. 12. uge) og en gennemscanning for misdannelser (ca. 19. uge).
- ▮ fem til syv jordemoderkonsultationer, hvor det tilstræbes at man møder den samme jordemoder
- ▮ fødsels- og forældreeftermiddage på hospitalerne

Derudover vil nogle gravide have behov for at se en fødselslæge og nogle kommuner har tilbud om besøg af sundhedsplejerske.

Som førstegangsfødende i Region Hovedstaden tilbydes kvinden et barselsophold på to nætter, såfremt alt er forløbet normalt, og det vil som regel være muligt for faren eller en anden pårørende at være medindlagt. Såfremt fødselsforløbet har været kompliceret bliver kvinden indlagt på barselsafdelingen så længe det vurderes at der er behov herfor. Det er også muligt for førstegangsfødende at føde ambulant.

Flergangsfødende med et ukompliceret forløb føder i Region Hovedstaden ambulant og vil blive udskrevet ambulant, dvs. fire til seks timer efter fødslen.

Ambulante førstegangsfødende og hjemmefødende får, når de er udskrevet, en opringning og to hjemmebesøg af jordemoderen. Ambulante flergangsfødende får en opringning og et hjemmebesøg. Som konsekvens af det stigende antal ambulante fødsler har Sundhedsstyrelsen udsendt nye barselsanbefalinger, der betyder, at uanset om familien er indlagt eller udskrevet tilbydes 2.- 3. dags konsultation og efterfødselssamtale ved jordemoder. Det er en klinisk opfølgning, hvor også amning og amme problemer drøftes. Desuden fremgår det af Sundhedsstyrelsen barselsanbefalinger, at sundhedsplejersken kommer på besøg på 4-5 dagen, hvor der også gives ammevejledning, og ved problemer kan jordemoderen bede om tidligere besøg af sundhedsplejersken. Det er forventningen, at fødestederne ligeledes varetager 2.-3. dagskonsultation og efterfødselssamtale.

Alle fødesteder har et barselsambulatorium der kan give råd og vejledning (telefonisk eller ved fremmøde) i den første tid efter fødslen. Efter fødslen tilbydes to screeninger af barnet: en høreprøve og en

undersøgelse (hælbloodprøve) af om barnet har en sjælden stofskiftesygdom.

Se også folder om regionens tilbud i bilag.

Analyser af fødselsområdet i Region Hovedstaden

På fødeområdet er der ved at blive udarbejdet et såkaldt 360 graders eftersyn med udgangspunkt i eksisterende data. Initiativet er et konkret forsøg på at udmønte den nye strategi med fokus og forenkling i Region Hovedstaden. Det skal give beslutningstagere et samlet overblik over relevante data til brug for beslutningstagning.

Hensigten er, at give et bedre samlet overblik og samtidig bliver det muligt for de enkelte datakilder så at sige at belyse hinanden. Fx kunne en række beslægtede utilsigtede hændelser på et sygdomsråde måske give overvejelser om at tilføje databasen en ny indikator for at henlede opmærksomheden på problemet.

Denne mødesag giver på tilsvarende vis et indblik i de mange forskellige initiativer regionen har på fødeområdet, og påpeger de steder, hvor der er plads til forbedringer, med udgangspunkt i følgende kilder:

- | Region Hovedstadens Fødeplan
- | Årsrapport fra fødselsdatabasen
- | Projekt vedr. implementering af sikre fødsler
- | Utilsigtede hændelser
- | Landsdækkende patientundersøgelser på fødeområdet (LUP)

Region Hovedstadens Fødeplan 2010

"Fødeplan for Region Hovedstaden" blev vedtaget af regionsrådet i 2010. Fødeplanens overordnede mål er at sikre, at graviditet, fødsel og barsel opleves som en sammenhængende og naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryk for kvinden og hendes partner.

Fødeplanen indeholder 32 anbefalinger som er gennemført i takt med de økonomiske muligheder. Regionsrådet har således i årene 2012-2013 bevilliget 29,3 mio. kr. til fødeområdet. Status er at fødeplanen 32 anbefalinger i det væsentlige er implementeret på alle regionens fem fødesteder, og der er ikke umiddelbart konstateret væsentlige problemer i forbindelse med den.

Eksempler på initiativer der er fuldt implementeret er:

- | fast tilstedeværelsen af jordemoder ved aktiv fødsel,
- | tilbud om fem til syv jordemoderkonsultationer før fødsel,
- | opfølgende jordemoderkontakt ved ambulant fødsel
- | etableringen af barselsambulatorier,
- | at der ved komplicerede fødsler tilbydes en efterfødselssamtale inden for en måned
- | udsatte kvinder tilbydes målrettet fødselsforberedelse og alle fødesteder har jordemødre der koordinerer indsatsen for udsatte kvinder

Fødeplanen kan tilgås via: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/23BEBD95-0C10-45D2-8173-BD5313B981F7/0/FoedeplanforRegionHovedstadendecember2010.pdf>

Dansk Kvalitetsdatabase for fødsler

Der er opsat otte kvalitetsmål på fødselsområdet, som rapporteres fra alle landets fødesteder (for en beskrivelse af hvad en klinisk database er henvises til sag nr. 2 på dette møde). Fire af kvalitetsmålene er opnået fuldt ud i Region Hovedstaden. Det drejer sig om de mål der er opsat for følgende områder:

1. kontinuerlig tilstedeværelse af fagpersonale i aktiv fase af fødslen,
2. behandlingen af førstegangsfødende med svære bristninger,
3. behandling af børn født med svær iltmangel og
4. behandlingen af ukompliceret førstegangsfødsel.

Der er samtidig fire kvalitetsmål der ikke opfyldes fuldt ud. Det drejer sig om:

1. anlæggelse af fødepidural,
2. gennemførsel af kejsersnit inden for tidsinterval,
3. blodtab og
4. hud til hud kontakt.

Kvalitetsmålet for fødepidural, kejsersnit og blodtab er hverken opfyldt på landsplan eller i Region Hovedstaden. Den sundhedsfaglige vurdering af de regionale resultater er, at i sammenligning med de andre regioner, så er kvaliteten tilfredsstillende i regionen. For hud mod hud kontakt er opfyldelsen på 87,5% hvor målet er 90%.

Generelt arbejdes der på alle fødestederne på at forbedre kvaliteten for de fire områder.

Utilsigtede hændelser

I 2013 blev rapporteret om 416 utilsigtede hændelser det vedrører fødselsforløb til Dansk Patientsikkerhedsdata. Der var i regionen i alt 19.973 fødsler. Hver rapportering af en utilsigtet hændelse er en mulighed for at drage læring med henblik på at opnå forbedringer. Utilsigtede hændelser kan *ikke* anvendes til at sige noget om, hvor stort et givet problem er.

Der blev i 2013 *ikke* rapporteret om nogen kvinde eller barn, som reelt blev alvorligt skadet af en utilsigtet hændelse i forbindelse med et fødselsforløb. 11 hændelser blev betegnet som alvorlige (dvs. hændelser, som kunne have medført alvorlig skade), men i ingen af hændelserne blev kvinde eller barn skadet.

Hændelserne handler blandt andet om utilsigtede hændelser i kommunikationen mellem fødested, praktiserende læge og kommune fx om korrekt afsendelse af fødselsanmeldelse. Eller om uhensigtsmæssige arbejdsgange på fødestedet, hvor der fx mangler tjeklister.

Desuden er der hændelser som drejer sig om mangelfuld kommunikation, manglende situationsbevidsthed og manglende samarbejde (kaldet ikke-tekniske færdigheder). Det er et område som Herlev Hospital har haft fokus på. De har over to måneder gennemført tværfaglige workshops og simulationsbaseret træning for 250 medarbejdere på føde-, anæstesiafdeling og operationsgang. Her har der været fokus på:

- fødselslægens rolle som teamleder ved kejsersnit
- klar kommunikation
- respekt for hinandens opgaver
- optimering af relationer
- definition af roller

Der ses også utilsigtede hændelser i den præhospitale fase, dvs. når kvinder i aktiv fødsel transporteres i ambulance til fødestedet. Analyser af disse forløb peger på flere mulige indsatser for at lave forbedringer på dette område:

- ▮ Revidering af det skriftlige informationsmateriale til de fødende kvinder, som hjemsendes i fasen "begyndende fødsel".
- ▮ Etablering af klare regler for kommunikationen mellem fødested og vagtcentralen ved bestilling af ambulancetransport (fx vedr. hastegrad og risikotilstand)
- ▮ Ambulancemandskab bør gennemgå undervisning i sjældne, alvorlige komplikationer hos kvinder i fødsel eller i begyndende fødsel.

Projektet "Sikre fødsler"

Regionens fødeafdelinger indgår i projekt "Sikre Fødsler", der udspringer fra og supporteres af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Målet med projektet er at halvere antallet af børn født med iltmangel og dermed reducere risici for alvorlige skader på børnene. Det sker ved at implementere tre "pakker".

Et af omdrejningspunkterne i projektet er undervisning og kompetenceudvikling af et stort antal jordemødre og læger, som først startede efteråret 2013. Tiden til reelt arbejde med kvalitetsforbedringerne har derfor været kort. Hvilket kan forklare at der for alle afdelinger (nationalt) ikke er set den forventede fremgang. Der er derfor tværregionalt aftalt et større ledelsesmæssigt fokus.

Læs mere om projektet her:

<http://www.regionh.dk/menu/Uddannelse/Kompetenceudvikling+for+fagpersoner/Videre-+og+efteruddannelse/Sikre+foedsler.htm>

Landsdækkende patientundersøgelser på fødeområdet 2013 (LUP Fødende)

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende (LUP Fødende) er en årligt tilbagevendende spørgeskemaundersøgelse af kvinders oplevelser med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

I 2013 vurderer 92 % af kvinderne i regionen deres samlede fødselsoplevelse positiv. Nogle af de områder med mest tilfredshed handler om vurdering af sundhedsplejerskens rådgivning, vurdering af hjælp ved besøg på hospital/jordemodercenter under graviditet, hvis kvinden har haft behov for fremmøde udover de almindelig planlagte konsultationer/besøg. Der er også positive vurderinger af de hospitalsansattes forklaring af nakkefolds- og misdannelsesscanninger, ligesom kvinderne oplever, at jordemoderen informerer godt under fødslen og giver den støtte, som kvinderne har behov for.

Fra 2012 til 2013 er der opnået en fremgang på 8 af 27 spørgsmål, mens de resterende 19 ikke adskiller sig fra 2012.

Et område, hvor der er plads til forbedringer i regionen er amning: 35 % af kvinderne er således i høj eller nogen grad i tvivl om amning, efter de kommer hjem fra hospitalet.

Se rapporten for 2013 her: <http://www.patientoplevelser.dk/lup/lup-foedende/lup-foedende-2013>

Udover de her nævnte tiltag har Region Hovedstaden gennem puljen til tværsektorielt samarbejde om udsatte grupper givet midler til tre projekter målrettet udsatte gravide (midlerne er tildelt i 2012 og 2013). Heriblandt projektet om efterfødselssamtaler til udsatte der er tilknyttet Rigshospitalet og bosiddende på Nørrebro. Resultaterne herfra danner baggrund for udvalgets budgetforlag om idriftsættelse og regional udbredelse af efterfødselssamtalerne. Se projekterne her:

<http://www.regionh.dk/udsatteborgere/Menu/B%C3%B8rn+og+svangre/>

På mødet vil der være oplæg ved Enhedschef Annemarie Hellebek.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER

14002151

BILAGSFORTEGNELSE

1. Bilag - folder om Graviditet og fødsel

2. ORIENTERINGSSAG: PATIENTSIKKERHED I FORBINDELSE MED MEDICINSK UDSTYR

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Patientsikkerhed ingår som en del af udvalgets arbejdsområde. Udvalget får her en introduktion til arbejdet med skabe øget sikkerhed for patienterne i forbindelse med medicinsk udstyr.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalget tog orienteringen til efterretning med bemærkning om, at det er vigtigt at regionens erfaringer på området inddrages i det nationale arbejde med fælles udbud.

Mette Abildgaard (C) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING

Medicinsk udstyr er produkter, der anvendes til at diagnosticere, forebygge, lindre eller behandle sygdomme, handicap, skader mm. Medicinsk udstyr dækker et meget bredt produktsortiment, som faktisk omfatter mere end en halv million forskellige produkter. Eksempler på medicinsk udstyr:

- | udstyr til fx blodsukkertests eller til diagnostik af virusinfektioner
- | operationsinstrumenter, herunder laserudstyr til operationer
- | hofteproteser
- | injektionssprøjter
- | tandlægeinstrumenter
- | røntgenscannere
- | pacemakere og kunstige hjerteklapper
- | hæfteplaster og vatpinde
- | kørestole og andre handicaphjælpemidler
- | specialsyet ortopædisk fortøj

Da produktsortimentet inden for medicinsk udstyr således er meget forskelligartet betyder det, at risikoen ved at bruge produkterne i høj grad varierer. Derfor er medicinsk udstyr delt ind i fire risikoklasser, som går under betegnelserne I, IIa, IIb og III. "I" er forbundet med den laveste risiko, mens "III" er forbundet med den højeste risiko. Medicoteknisk udstyr er en undergruppe af *medicinsk udstyr* og er oftest klassificeret i de højeste risikoklasser.

Medicinsk udstyr blev først defineret som ét samlet produktområde, da de europæiske direktiver for medicinsk udstyr blev indført i løbet af 1990'erne. Hermed fik området sin egen lovgivning, som bestod af tre frihandelsdirektiver. EU-frihandelsdirektiverne har blandt andet til formål at sikre fri bevægelighed af produkterne.

Lovgivningen for medicinsk udstyr adskiller sig markant fra lovgivningen for lægemidler. Eksempelvis skal nye medicinske præparater testes op i mod tilsvarende produkter for at blive godkendt, ligesom der skal foreligge produktresumer og indlægssedler med oplysninger om virkning og bivirkninger for al medicin. Medicinsk udstyr er ikke omfattet af samme krav. Målsætningen for de to områder er dog den samme: at markedsføre sikre produkter til at behandle mennesker med.

Lovgivningen medfører at Sundhedsstyrelsen fører *tilsyn* med, at medicinsk udstyr er sikkert. Men medicinsk udstyr skal ikke *godkendes* af Sundhedsstyrelsen. Det er fabrikanten der har ansvar for produktets sikkerhed, når det kommer på markedet. Konkret betyder det blandt andet at medicinsk udstyr skal være CE-mærket, som indikator for at produktet overholder EU lovgivningen.

Hensigten med CE-mærkning er, at handel på tværs af landegrænser i EU bliver både nemmere og billigere. Producenterne angiver med mærket, at produktet lever op til de minimumskrav for sundhed og sikkerhed, som EU-direktiverne stiller krav om.

Den regionale indsats for at opnå patientsikkert medicinsk udstyr

I Danmark har alle professionelle brugere af medicinsk udstyr pligt til at indberette utilsigtede hændelser med medicinsk udstyr til Dansk Patientsikkerheds database samt til Sundhedsstyrelsen på medicinskudstyr.dk. Det er en naturlig følge af, at brugerne er de første, der opdager et muligt svigt ved medicinsk udstyr.

For at imødegå de sikkerhedsrisici der er forbundet med medicinsk udstyr er to medarbejdere i indkøbsenheden udpeget som risikomanagere mhp sagsbehandling af utilsigtede hændelser i indkøbsenheden, samt at sikre at patientsikkerhed indtænkes i regionens indkøb og indkøbsudbud af medicinsk udstyr.

Regionen savner dog systematiske modeller til inddragelse af proaktiv patientsikkerhedsanalyse ved udbud og indkøb. Sundhedsudvalget har derfor stillet et budgetforslag mhp. en styrket indsats for at vurdering af patientsikkerhed ved indkøb af medicinsk udstyr håndteres proaktivt og systematisk mhp. øget sikkerhed for patienterne. Indsatsen inkluderer udvikling og kvalificering af en model til systematisk, teknisk og sundhedsfaglig vurdering forud for udbud af risikabelt udstyr samt udvikling af fælles krav til dokumentation, eller form af afprøvning ved udstyr, hvor afprøvning er påkrævet.

På mødet vil Enhedschef Annemarie Hellebek fortælle mere om den regionale indsats.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Christian Worm/Annemarie Hellebek

JOURNALNUMMER

14002151

3. ORIENTERINGSSAG: HJERTEPAKKERNE OG MONITORERINGEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Det har været ønsket, at få en grundigere introduktion til hjertepakkerne og monitoreringen heraf.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at orienteringssagen tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalget tog orienteringen til efterretning, og besluttede at få forelagt den kommende opgørelse fra hjertepakkemonitorering som en sag på næste møde.

Udvalget bemærker desuden,

- ┆ at det ikke er acceptabelt at registreringen af hjertepakkepatienterne i forbindelse med monitoreringen ikke er komplet
- ┆ at man ønsker orientering om, hvad der gøres for at sikre en bedre målopfyldelse på det thoraxkirurgiske område af hjertepakkerne.

Mette Abildgaard (C) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med økonomiaftalen mellem Regeringen og regionerne i 2008 blev det besluttet, at der skulle laves hjertepakker for patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme.

Hjertepakkerne er lavet som faglige rettesnore for, hvor hurtigt en patient med en af fire sygdomme bør behandles, samt for hvilke undersøgelser, der indgår i et behandlingsforløb.

De fire sygdomsformer, der er lavet pakkeforløb på er:

- ┆ Stabil angina pectoris (hjertekramper)
- ┆ Ustabil angina pectoris/NSTEMI (ustabile hjertekramper/blodpropper i hjertet)
- ┆ Hjerteklap sygdomme
- ┆ Hjertesvigt

Hjertepakkerne trådte i kraft 1. januar 2010. Med inspiration fra kræftområdet, er der siden indført en registrerings- og monitoreringsmodel for hjertepakkerne. Monitoreringen er en obligatorisk registrering af, om de enkelte patientforløb lever op til tidsfristerne for hjertepakkerne. Monitoreringen trådte i kraft 1. juli 2013 og de første resultater af monitoreringen blev offentliggjort 14. marts 2014. Herefter offentliggøres data én gang i kvartalet.

Der er i pakkeforløbene fastsat tidsfrister for, hvor lang tid der maksimalt bør gå imellem de enkelte undersøgelser og behandlinger inden for de pågældende sygdomme, og disse såkaldte mellemtider betegnes "delforløb". Det er vigtigt at holde sig for øje, at forløbstiderne er udtryk for faglige rettesnore for et standardpatientforløb for ikke-akutte livstruende hjertesygdomme, og der vil derfor være patienter, som pga. sygdommens kompleksitet, øvrige sygdomme mv. ikke vil kunne behandles inden for den anbefalede forløbstid. Det vil af samme grund heller ikke kunne forventes, at en monitorering vil vise overholdelse af standardforløbstiderne for alle patienter i pakkeforløbene.

I hjertemonitoreringen er der to faktorer, som tilsammen giver et billede af, hvor godt regionen lever op til hjertemonitoreringen:

- Antallet patienter, der er registreret i et pakkeforløb. Det er således en forudsætning for et retvisende billede, at alle de relevante patienter er registreret.
- Selve målopfyldelsen – dvs. hvor god regionen er til at behandle patienterne inden for de anbefalede tidsfrister.

Eksempel på en hjertepakke

Hjertepakken for stabil angina pectoris (hjertekramper) starter med, at en patient henvises til hjerteafdeling fra egen læge med mistanke om hjertekramper. Det er hjerteafdelingen, der vurderer om patienten skal indgå i et pakkeforløb. Herefter går et udredningsforløb i gang, der indeholder flere forskellige undersøgelser. Der må gå 9 kalenderdage fra hjerteafdelingen har modtaget henvisningen til patienten ses først gang. Hele udredningsforløbet skal være klaret på 12 dage. Herefter skal der træffes en beslutning om den videre behandling, hvis diagnosen er blevet bekræftet. I behandlingen af hjertekramper er der typisk tre behandlingsmuligheder 1) Patienten kan komme i medicinsk behandling, 2) Patienten henvises til et invasivt indgreb (bypass-operation) eller 3) Patienten er blevet behandlet under udredningen (ballonudvidelse i forbindelse med KAG). Skal patienten have invasiv behandling, må der maksimalt gå 14 dage fra tilbuddet er givet til behandlingen skal starte.

Resultater af monitoreringen

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens offentliggørelse af hjertemonitoreringen bliver der målt på følgende forløb:

	Hjertekramper (stabil angina pectoris)	Ustabil hjertekramper/ blodprop i hjertet (ustabil angina pectoris/NSTEMI)	Hjerteldap	Hjertesvigt
Fra pakkeforløb starter til invasiv behandling	x		x	
Fra pakkeforløbet starter til udredning under behandling	x	x		
Henvisnings- og udredningsperiode til diagnose bekræftes		x		
Fra beslutning om behandling til behandling (invasiv) påbegyndes		x		

Der offentliggøres ikke resultater for patienter i pakkeforløb for hjertesvigt, da disse forløb er meget individuelle, og dermed er der ikke lavet specifikke tidsmål.

I monitoreringen bliver det målte antal dage sammenholdt med de anbefalede forløbstider for at se, hvor stor en andel af patienter, der behandles rettidigt.

Når Sundhedsstyrelsen hvert kvartal offentliggør data for hjertemonitoreringen, vil målopfyldelsen på de enkelte forløb være bestemmende for, hvilke forløb Sundhedsstyrelsen vælger at sætte fokus på i det pågældende kvartal. Der er således ikke fastlagt en national tærskelværdi, for hvilken andel af patientforløb, der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne.

Regionerne vil blive bedt om at redegøre for de forløb, hvor forløbstiden er utilfredsstillende ved at sende en beskrivelse af årsagerne til for lange forløbstider samt for hvilke initiativer, der er iværksat for at forbedre tallene. Derudover vil det blive påpeget, hvis volumen er for lavt.

Resultaterne af monitoreringen viser, at Region Hovedstaden overordnet set lever op til tidsfristerne i pakkeforløbene, hvilket især ses for patienter, som behandles under udredningen. Der har dog været en udfordring med ventetid på Thorax-kirurgi på Rigshospitalet, som der er iværksat tiltag for at nedbringe.

Derudover arbejdes der fortsat for at indarbejde registreringen i det daglige arbejde, så volumen kan øges

til det forventede niveau.

Organisering

I Region Hovedstaden har alle hospitaler en hjerteafdeling enten som en selvstændig afdeling eller tilhørende en medicinsk afdeling. Afdelingerne varetager behandlingen af patienter med hjertesygdomme. Derudover foretages en mere specialiseret behandling og undersøgelse på Gentofte Hospital, Rigshospitalet og til dels Bispebjerg Hospital. Rigshospitalet er tillige et af Danmarks fire hjertecentre, som foretager den højt specialiserede behandling. Således er det i Region Hovedstaden Rigshospitalet, der varetager de akutte ballonudvidelser (akut PCI) og alle former for åben hjertekirurgi, herunder bypass-operationer, på Thoraxkirurgisk afdeling.

Organiseringen betyder, at patienterne som udgangspunkt færdigbehandles på samme hospital, men ved behov for specialiseret behandling i form af invasive indgreb, vil nogle starte på ét hospital og blive opereret på et andet. Patienter på Gentofte Hospital vil kunne få foretaget hele forløbet på samme hospital. For patienter, som får foretaget en del af udredningen på Gentofte Hospital eller Rigshospitalet, kan patienterne ofte opereres allerede under udredningen, da der ved en undersøgelse af hjertets kranspulsåre (KAG) kan udføres en ballonudvidelse med det samme, hvis det findes nødvendigt. Åben hjertekirurgi foretages dog på den thoraxkirurgiske afdeling og vil således ikke kunne ske allerede under udredningen.

Svend Hartling vil på mødet holde et kort oplæg om hjerteområdet og monitoreringen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke økonomiske konsekvenser

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsudvalget præsenteres for hjertepakkemonitoreringen kvartalsvis, næste gang til oktober.

DIREKTØRPÅTEGNING

Christian Worm/Anne Skriver

JOURNALNUMMER

10007021

4. ORIENTERINGSSAG: INTRODUKTION TIL DE KLINISKE DATABASER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsudvalget bekræfter sig blandt andet med kvalitet i de sundhedsfaglige ydelser. De landsdækkende, kliniske kvalitetsdatabaser er en vigtig kilde til at forbedre behandlingen, hvorfor udvalget orienteres om regionens arbejde med databaserne.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalget tog orienteringen til efterretning og beder samtidig administrationen udarbejde et forslag til hvordan databaserne kan følges fremover.

Mette Abildgaard (C) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING

De Kliniske Kvalitetsdatabaser består af næsten 60 støttede, landsdækkende databaser, der har til formål at måle kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling. En klinisk kvalitetsdatabase indsamler og behandler informationer om den sundhedsfaglige behandling af en afgrænset patientgruppe. Se en komplet liste over de nationale kliniske kvalitetsdatabaser i bilag 1.

En database er typisk startet af dedikerede fagprofessionelle, som ønskede registrering, kvalitetssikring og forskning i sygdomsområdet. Informationerne til en database kommer fra de hospitalsafdelinger, der behandler patienter med den givne sygdom.

Informationerne fortæller hver for sig om enkelte dele af et patientforløb, så afdelingerne kan se, hvor i behandlingen, der eventuelt bør ske forbedringer. Målepunkterne, kaldet indikatorerne, fastlægges af databasen i overensstemmelse med viden om, hvilke forhold der er særligt vigtige for behandlingens kvalitet.

En indikator måler som oftest på enten processer eller resultater. En procesindikator måler for eksempel, hvor stor andel af patienter, der er blevet røntgenfotograferet, mens en resultatindikator kan være andelen af patienter, der er i live 1 år efter en operation. Indikatorerne varierer fra sygdomsområde til sygdomsområde.

Regionsrådets politiske underudvalg Kvalitetsudvalget (2010-2013) har tidligere løbende været præsenteret for resultaterne i de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Et eksempel på en sådan præsentation vedhæftes som bilag 2. Det vedrører apopleksi og blev forelagt på møde d. 3.9.2013. Der er endnu ikke taget stilling til, hvordan Sundhedsudvalget fremadrettet skal arbejde med de kliniske databaser.

Vurderingen af den kliniske kvalitet

Den kliniske kvalitet belyses altså ved en række indikatorer, der fastsættes af databasens styregruppe. Styregruppen består af klinikere på tværs af hele landet, der arbejder med behandling af patienter på området. Den fastsætter et konkret mål for de enkelte indikatorer (kaldet en standard). Disse hviler på enten international evidens eller et fagligt, ønskværdigt mål.

I Region Hovedstaden er arbejdet med resultaterne i de kliniske kvalitetsdatabaser lagt i faste rammer i "Guldægsrapporten" fra 2010, som kan tilgås via følgende link: <http://regi->

intranet.regionh.dk/NR/rdonlyres/775B8725-48B3-413E-930C-EADA36EEAF43/0/Rapport_fra_arbejdsgruppen_vedr_klinisk_kvalitet_finalpdf.pdf

Vurderingen af resultaterne i vores region, på hospitalerne og i afdelingerne er forankret i de sundhedsfaglige råd, via auditgrupper. Auditgruppen gennemgår årsrapporten, og vurderer resultaterne - herunder hvor det går godt og hvor det går mindre godt. De kommer med konkrete forslag til indsatsområder, der skal handles ledelsesmæssigt på. Audit udmunder i en indstilling, der drøftes med hospitalsledelserne, og de vedtagne indsatsområder implementeres efterfølgende lokalt.

For den enkelte sygehusafdeling er databasen et kvalitetsudviklingsredskab, som afdelingen bruger til at overvåge og forbedre kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling. Derfor er der på regionens hospitaler lokale auditgrupper, der vurderer egne resultater og fastlægger konkrete handleplaner til gennemførelse i lokalt regi.

Som supplement til årsrapporterne har databaserne tidligere i år fået mulighed for at leverer løbende data til klinikerne, hvilket muliggør tidstro analyse og hurtig indsats lokalt. Datadrevet ledelse omkring den faglige kvalitet i Region Hovedstaden har dermed fået et vigtigt instrument.

Organiseringen af de nationale kliniske databaser

Databaserne er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), der skal bidrage til at udvikle den sundhedsfaglige kvalitet i det danske sundhedsvæsen. I dag er databaserne organiseret under Danske Regioner i Regionernes Kliniske KvalitetsudviklingsProgram (RKKP).

Databaserne gennemgår en formel godkendelsesproces i Statens Seruminstitut og tildeles driftsmidler efter vurdering i RKKP. Det er et formelt krav, at mindst 90 % af den relevante patientgruppe registreres i databasen. Samtidig stilles formelle krav til publikation af databasens resultater, rapporternes form og indhold og statistisk bearbejdning. Databaserne publicerer resultaterne i årsrapporter, der indeholder kommentarer og anbefalinger til indsatser på såvel nationalt, som regionalt og afdelingsniveau ved den faglige styregruppe. Arbejdet støttes af kompetencecentre på områder indenfor statistik og epidemiologi. Årsrapporterne offentliggøres på <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/> og er således tilgængelige for alle borgere.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Tiltrædelse af indstillingen medfører i sig selv ikke økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Christian Worm/Monika Madsen

JOURNALNUMMER

14002151

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Bilag 1 - Oversigt over Nationale kliniske kvalitetsdatabaser
- 📎 2. Bilag 2 Apopleksi årsrapport 2012 til kvalitetsudvalget

5. EVENTUELT

EVENTUELT

Marianne Stendell spurgte til om det kunne være interessant for udvalget at udarbejde en fertilitetsplan for regionen. Formanden vil drøfte dette med administrationen.

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

02-09-2014 13:00

MØDESTED

Mødelokale H3 på regionsgården

MEDLEMMER

Flemming Pless	Rådsmedlem	
Leila Lindén	Rådsmedlem	
Marianne Stendell	Rådsmedlem	
Karin Friis Bach	Formand	
Mette Abildgaard	Rådsmedlem	Afbud
Niels Høiby	Rådsmedlem	
Marlene Harpsøe	Rådsmedlem	
Ole Stark	Rådsmedlem	
Annie Hagel	Rådsmedlem	

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Månedlig afrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme
2. Meddelelser - Bekendtgørelse om almen praksis
3. Meddelelser - Arbejdsplan for Sundhedsudvalget

1. MEDDELELSER - MÅNEDLIG AFRAPPORTERING TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VEDR. OVERHOLDELSE AF BEKENDTGØRELSEN FOR LIVSTRUENDE SYGDOMME

MEDDELELSER

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse besluttede i februar 2012, at regionerne skulle indsende månedlige indberetninger til Ministeriet.

Indberetningerne skal omfatte patientforløb, der ikke overholder bekendtgørelsen om behandling af livstruende sygdomme.

Indberetningen for juni måned 2014 viser, at der var 204 hændelser i regionen på kræftområdet, og der var 0 hændelser på hjerteområdet. Hændelserne for juni 2014 er indberettet til Sundhedsstyrelsen medio juli og har efterfølgende været omtalt i en pressemeddelelse fra Sundhedsstyrelsen samt i diverse medier.

Indberetningen for juli måned 2014 viser, at der var 0 hændelser i regionen på kræftområdet, og der var 0 hændelser på hjerteområdet.

Til orientering er Region Hovedstadens indberetning til Sundhedsstyrelsen for juni og juli vedlagt som bilag.

JOURNALNUMMER

14000970

2. MEDDELELSER - BEKENDTGØRELSE OM ALMEN PRAKSIS

MEDDELELSER

Region Hovedstaden er blevet bedt om at afgive høringssvar til Bekendtgørelse vedr. kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken. Regionens og PLOs høringssvar er vedlagt til orientering. Desuden vedlægges administrationens redegørelse for vilkårene omkring ovenstående, særligt med fokus på identificerbare og personhenførbare data.

JOURNALNUMMER

14006606

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Bilag - Bekendtgørelse om datafangst, indberetning af data og praksisdeklarationer
- 📎 2. Notat om bekendtgørelsen om kodning og datafangst i almen praksis
- 📎 3. Høringssvar fra Region H vedrørende bekendtgørelse om kodning og datafangst
- 📎 4. PLO høringssvar til bekendtgørelse om kodning og datafangst

3. MEDDELELSER - ARBEJDSPLAN FOR SUNDHEDSUDVALGET

MEDDELELSER

Vedlagt i bilag finder I arbejdsplanen for Sundhedsudvalget til og med udvalgets 10. møde tirsdag den 13. januar 2015.

JOURNALNUMMER

14002151

BILAGSFORTEGNELSE

1. Arbejdsplan for Sundhedsudvalget



Graviditet og fødsel

Indledning

Tillykke med din graviditet.

Vi glæder os til at se dig på et af Region Hovedstadens fem fødesteder.

1/3 af alle kvinder føder i Hovedstaden - svarende til omkring 21.000 fødsler om året. Uanset hvor du føder i regionen, ønsker vi at give dig de samme tilbud under graviditet, fødsel og barsel.

Region Hovedstaden ønsker, at din graviditet, fødsel og barselsperiode hænger godt sammen, og at du oplever et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau. Derfor arbejder de praktiserende læger, fødestederne og kommunerne tæt sammen.

Vi tilbyder dig alle de graviditetsundersøgelser, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Hvis der opstår komplikationer eller andre problemstillinger, som kræver ekstra tiltag eller undersøgelser, vil antallet af undersøgelser blive udvidet efter behov.

Hjemmefødsel eller på hospital?

Du kan vælge mellem at føde på hospital eller hjemme. Hvis du føder på et hospital, kan det enten foregå som ambulant fødsel eller med efterfølgende barselophold. Er du flergangsfødende og føder uden komplikationer, foregår fødslen altid ambulant, dvs. at du kommer hjem igen et kort stykke tid efter, at du har født.

Hvis du er førstegangsfødende, og alt forløber normalt, tilbydes du to overnatninger efter fødslen, hvor barnets far eller en anden pårørende, så vidt det er muligt, kan være indlagt sammen med dig og barnet.

Denne folder indeholder information om, hvor du kan føde, og hvilke tilbud der er til dig og din partner under graviditet, fødsel og barsel.

Du kan læse mere om:

Fødestederne i Regionen

Graviditeten

Fødslen

Barselsperioden

Screening af barnet efter fødslen

Undersøgelse af kvinden efter fødslen

Temadøftelse: Fødsler

3 af 15

Der er 5 fødeafdelinger i Region Hovedstaden

Når du er gravid i Region Hovedstaden, kan du føde på et af disse hospitaler:

Hvidovre Hospital
Herlev Hospital
Hillerød Hospital
Rigshospitalet
Bornholms Hospital

Alle fødesteder har et tæt samarbejde med hospitalets øvrige afdelinger samt med din praktiserende læge og kommunerne. På denne måde kan vi tilbyde dig den bedste støtte under din graviditet. Det kan f.eks. være aktuelt, hvis du er gravid og har livsstilsproblemer som f.eks. overvægt eller rygning, eller hvis du er gravid og har medicinske sygdomme, sociale eller psykologiske problemer. Hospitalerne har oprettet særlige familieambulatorier, der tager sig af gravide, der har behov for hjælp til at tackle et rusmiddelforbrug.

Hvilket fødested hører jeg til?

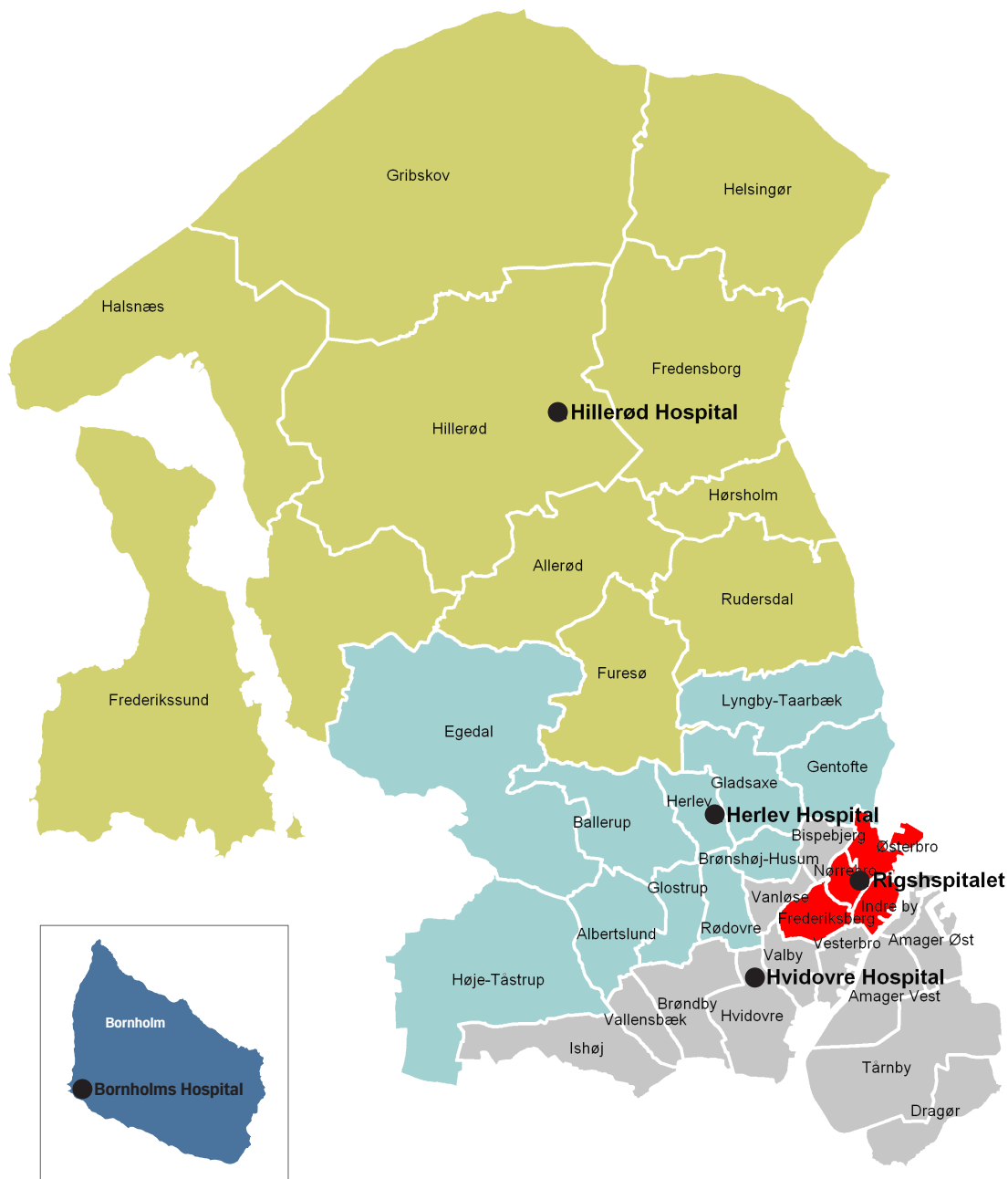
Hvor du skal føde afhænger af, hvilken kommune du bor i. På kortet til højre kan du se, hvilket hospital du hører til.

Frit sygehusvalg

Selv om du hører til et bestemt hospital, er der frit sygehusvalg i Danmark. Det betyder, at du i princippet selv kan vælge, hvor du vil føde. Der er dog det forbehold, at der skal være plads til dig på det hospital du ønsker at føde på, både på fødeafdelingen og på børneafdelingen, ellers kan det ikke lade sig gøre at vælge et andet hospital, end det du hører til.

Hvis du ønsker at læse mere om de enkelte fødesteder, kan du se deres kontaktoplysninger bagerst på denne folder.

Punkt nr. 1 - Temadrøftelse: Fødsler
Bilag 1 - Side -5 af 15



Tilbud til alle gravide i Region Hovedstaden

Som gravid bliver du tilbudt en række undersøgelser i graviditeten hos både din egen læge og der, hvor du skal føde. Sammen aftaler I en plan for netop dit graviditetsforløb afhængig af dine behov og ønsker og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Alle gravide tilbydes som minimum følgende undersøgelser i graviditeten:

Undersøgelser hos den praktiserende læge

Der er tre planlagte undersøgelser hos din praktiserende læge. Disse undersøgelser har til formål at følge dig og vurdere udviklingen af din graviditet. Ved første lægeundersøgelse beregner lægen din termin, undersøger dig, tager en blodprøve og udfylder din svangerskabs- og vandrejournal som herefter sendes til fødestedet.

Scanninger på ultralydsafdelingen på dit fødested

Du tilbydes to scanninger i graviditeten. Den ene scanning er en nakkefoldscanning, som sammen med en blodprøve beregner, hvor stor en risiko du har for at føde et barn med Downs Syndrom. Den anden scanning er en gennemscanning, hvor man ser efter større misdannelser.

Konsultationer hos jordemoderen

Du tilbydes mellem fem og syv jordemoderkonsultationer. Hos jordemoderen vil du få råd og vejledning samt blive undersøgt med henblik på graviditetens udvikling. Du har her mulighed for at spørge jordemoderen om alt det, du gerne vil vide med hensyn til graviditeten, fødslen og barselperioden. Vi forsøger at planlægge det således, at det er den samme jordemoder, du ser til alle dine graviditetsundersøgelser.

Fødselslæge ved behov

Nogle gravide har brug for at blive set af en fødselslæge. Det afhænger af graviditetsforløbet, og lægen kan undersøge eventuelle afvigelser fra det normale forløb. Ved komplikationer eller problemer i øvrigt vil du blive tilbudt flere undersøgelser efter behov. Der kan også blive tale om at inddrage andre faggrupper eller kommunen.

Besøg af sundhedsplejerske

I nogle kommuner er der tilbud om besøg af sundhedsplejerske. Hvis du har brug for det, har du mulighed for at få et besøg inden fødslen, men ring til kommunen og spørg, hvis det er noget, du ønsker at gøre brug af. Se på din kommunes hjemmeside.

Fødsels- og forældreforberedelse

Alle fødeafdelingerne tilbyder fødsels- og forældreftermiddage på hospitalerne. Se nærmere på fødestedernes egne hjemmesider.



Fødslen

Du kan vælge mellem at føde på hospital eller at føde hjemme.

Føder du på hospital, kan du vælge mellem at føde ambulant eller at føde med efterfølgende barselophold. Som flergangsfødende vil du og barnet, hvis alt er forløbet normalt, altid blive udskrevet ambulant - det vil sige 4 til 6 timer efter fødslen.

Hvis der bliver behov for at overflytte barnet til en neonatalafdeling (afdeling for syge nyfødte), findes der en afdeling på alle fødestederne undtagen Bornholm. Her overflyttes de syge nyfødte til Rigshospitalet.

Vælger du at føde hjemme, vil en af jordemødrene fra hospitalet komme ud til dig og blive der ind til to timer efter fødslen. Opstår der komplikationer under fødslen, skal du flyttes ind på hospitalet. Jordemoderen følger med dig og føder også med dig.



Barselperioden

Når du har født, er der mulighed for at få hjælp til amning og gode råd og vejledning om, hvordan du passer dit nyfødte barn bedst.

Tilbud ved ambulant fødsel og hjemmefødsel

Inden for det første døgn efter fødslen vil du blive ringet op af jordemoderen, som vil tale med dig om, hvordan du har det efter fødslen, samt hvordan barnet og familien har det. To til tre dage efter fødslen får I tilbud om, at komme på besøg i barselambulatoriet. Her kan jordemoderen se barnet og dig og give dig råd og vejledning. Det er også her, du kan få taget en hælblodprøve og hørescreening på barnet.

Førstegangsfødende tilbydes barselophold

Hvis du har født dit første barn, og alt er forløbet normalt, vil du blive tilbudt barselophold med to overnatninger efter fødslen. Far eller anden pårørende kan i de fleste tilfælde også være medindlagt disse to første nætter. Det koster et lille beløb at være medindlagt som far. Se nærmere på fødestedernes hjemmeside.

Indlæggelse på barselafdeling

Hvis dit fødselsforløb har været kompliceret, tilbyder vi dig at blive indlagt på barselafdelingen på hospitalet – dette gælder både for flergangs- og førstegangsfødende. Afhængig af behovet og komplikationerne vurderer hospitalet i samarbejde med dig, hvor længe du og dit barn har behov for at være indlagt.

Barselambulatorium - hotline

På alle fødesteder kan man få råd og vejledning den første tid efter fødslen i barselambulatoriet. Du kan få telefonisk vejledning, og du kan aftale en tid i ambulatoriet.

Sundhedsplejerske på besøg

Hvis du giver dit samtykke, får sundhedsplejersken i din kommune automatisk besked om din fødsel fra hospitalet og kontakter dig hurtigst muligt pr. telefon eller brev. Det er derfor vigtigt, at dit telefonnummer er opdateret på fødselsanmeldelsen. Sundhedsplejersken kommer sædvanligvis på besøg i hjemmet senest 7 dage efter fødslen.

Du kan læse mere på din kommunes hjemmeside.



Screening af barnet efter fødslen

Efter fødslen tilbydes du to screeninger af barnet. Vi tilbyder en hørescreening og en hælblodprøve (PKU). Prøverne foretages som regel, inden du tager hjem fra hospitalet. Hvis du er taget hjem ambulant, foregår det dog i barselambulatoriet, når du kommer på besøg der kort efter fødslen.

Hørescreeningen udføres for at sikre, at man så tidligt som muligt opdager, om barnet har en hørenedsættelse.

Hælblodprøven udføres for at undersøge, om barnet har en sjælden stofskiftesygdom. Hvis sygdommen opdages i tide, kan den behandles med en særlig diæt.

Undersøgelse af kvinden efter fødslen

8 uger efter fødslen tilbydes du en undersøgelse hos din praktiserende læge.



Hvis du vil vide mere kan du finde flere oplysninger hér:

Bornholms Hospital: www.bornholmshospital.dk

Herlev Hospital: www.herlevhospital.dk

Hillerød Hospital: www.hillerodhospital.dk

Hvidovre Hospital: www.hvidovrehospital.dk

Rigshospitalet: www.rh.dk

Kommunernes tilbud: www.sundhed.dk

Punkt nr. 1 - Temadrøftelse: Fødsler
Bilag 1 - Side -15 af 15

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
Telefon: 4820 5000
www.regionh.dk

Ordre nr: 15499
Grafisk design: Grafik & TV, Koncern Kommunikation
Foto: Søren Svendsen



**Region
Hovedstaden**

Møde i Sundhedsudvalget d. 02-09-2014

Databaser fordelt på Sundhedsfaglige Råd

Databaser sat i parentes er databaser, som skønnes relevante for et sygdomsområde, men som Det Sundhedsfaglige Råd ikke er tovholder for.

De nationale kliniske databaser kan tilgås fra

<http://www.rkkp.dk/de+kliniske+kvalitetsdatabaser/links+til+de+kliniske+kvalitetsdatabaser>

Årsrapporterne offentliggøres på

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitetsdata/kliniske-kvalitetsdatabaser/>

De regionale kan tilgås fra

<http://www.regionh.dk/kliniskedatabaser/menu/RegionH+databaser/>

Sundhedsfagligt råd for Anæstesiologi:

- Dansk Anæstesi Database
- Dansk Intensiv Database
- Organdonationsdatabase

Sundhedsfagligt råd for Børne- og Ungdomspsykiatri:

- ADHD-databasen
- (Dansk depressionsdatabase)

Demensrådet:

- DemensDatabasen (regional database)

Sundhedsfagligt råd for Dermatologi-venerologi (inkl. Allergologi):

- Klinisk database for Non-melanom hudkræft

Diabetesudvalget:

- Dansk Diabetes Database. Består af 3 databaser:
 1. Dansk Register for Børne- og ungdomsdiabetes
 2. Dansk Voksen Diabetes Database
 3. Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for screening af diabetisk retinopati og maculopati

Sundhedsfagligt råd for Endokrinologi:

- (Dansk Voksen Diabetes Database)

Sundhedsfagligt råd for Geriatri:

- Landsdækkende Database for Geriatri

Sundhedsfagligt råd for Gynækologi og obstetrik: Dansk Gynækologisk Cancer Database

- Dansk Hysterektomi Database
- Føtalmedicinsk Database

- Tidlig graviditet og abort
- Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalsscreening
- Dansk Kvalitetsdatabase for fødsler
- (Dansk Urogynækologisk Database)

Sundhedsfagligt råd for Hæmatologi:

- Den hæmatologiske fællesdatabase. Består af 4 databaser, der udgiver hver deres årsrapport :
 1. Akut Leukæmi
 2. Myelomatose
 3. Lymfom
 4. Kroniske myeloide sygdomme

Sundhedsfagligt råd for Kardiologi:

- Dansk Hjerteregister
- Kardiologisk Fællesdatabase. Består af 2 databaser:
 1. Dansk Hjertesvigts Database
 2. Hjerterehabilitering (under etablering).

Sundhedsfagligt råd for Karkirurgi:

- Karbase Landsregister

Sundhedsfagligt råd for Kirurgi (inkl. Børnekirurgi):

- Akut kirurgi databasen
- Dansk Galdedatabase (ophørt januar 2012)
- Dansk Herniedatabase
- Dansk Kolorectal Cancer Database
- Dansk Esophagus-, Cardia- og Ventrikelcarcinom database
- Dansk Pancreas Cancer Database
- Dansk Fedmekirurgiregister
- Kræft i lever-galdeveje - undervejs
- Stomidatabasen (regional)
- (Sarcom)

Sundhedsfagligt råd for Klinisk Immunologi

- (Dansk Transfusionsdatabase)

Sundhedsfagligt råd for Lungesygdomme:

- Dansk Lungecancer Register
- Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DRKOL)

Sundhedsfagligt råd for Mammakirurgi:

- Dansk Brystcancer Register
- Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening

Sundhedsfagligt råd for Nefrologi:

- Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister (kronisk nyresvigt)

Sundhedsfagligt råd for Neurokirurgi :

- Dansk Neuro-Onkologisk Register
- (Dansk Hovedtraume Database)

Sundhedsfagligt råd for Neurologi og Klinisk Neurofysiologi:

- National database for søvnapnoe (NDOSA)
- Sclerosebehandlingsregistret (DMSG)
- Dansk Apopleksiregister
- Dansk Hovedtraume Database
- (Dansk Neuro-Onkologisk Register)

Sundhedsfagligt råd for Oftalmologi

- (Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for screening af diabetisk retinopati og maculopati)
- Tumorer i Øjne

Sundhedsfagligt råd for Onkologi:

- (Dansk Kolorectal Cancer Database)
- (Dansk Blærecancer Register)
- (Danish Breast Cancer Group)
- (DECV Cancerdatabase)
- (Dansk Pancreas Cancer Database)
- (Dansk Lungecancer Register)
- (Dansk Neuro-Onkologisk Register)
- (Register Uroonkologisk Fællesdatabase)
- (Hoved-Hals-cancer - DAHANCA)
- (Dansk Børnecancer Register)
- (Kræft i lever-galdeveje, undervejs)
- (Sarcom)
- (Tumorer i øjne)

Sundhedsfagligt råd for Ortopædkirurgi:

- Den ortopædiske Fællesdatabase (DOF) :
 1. Dansk Knæalloplastik Register
 2. Dansk Korsbåndes Rekonstruktions Register
 3. Dansk Hoftealloplastik Register
 4. Dansk Skulderalloplastik Register
- Dansk Tværfagligt Register for Hoftens Lårbrud
- Sarcom

Sundhedsfagligt råd for Oto-rhino-laryngologi (inkl. Audiologi) & Onkologi:

- Hoved-Hals-cancer - DAHANCA

Sundhedsfagligt råd for Palliativ behandling:

- Dansk Palliativ database

Sundhedsfagligt råd for Plastikkirurgi:

- Melanom

Sundhedsfagligt råd for Psykiatri:

- Den Nationale Skizofreni database
- Dansk depressionsdatabase

Sundhedsfagligt råd for Pædiatri (inkl. Neonatologi):

- (Dansk Register for børne- og ungdomsdiabetes)
- Dansk Børnecancer Register

Sundhedsfagligt råd for Reumatologi:

- Dansk Reumatologisk Database

Sundhedsfagligt råd for Thoraxkirurgi:

- (Dansk Luncancer Register)
- (Dansk Hjerteregister)

Transfusionskomité:

- Dansk Transfusionsdatabase

Sundhedsfagligt råd for Urologi:

- Register Uroonkologisk Fællesdatabase. Består af 4 databaser, der udgiver hver deres årsrapport :
 1. Prostatacancer
 2. Nyrecancer
 3. Peniscancer
 4. Testiscancer
- Prostata database II for behandling af benign prostatahyperplasi
- Dansk Urogynækologisk Database
- Dansk Blærecancer Register

Apopleksi – årsrapport 2012

Indikator	Standard	Region Hovedstaden – tidl. resultat i parentes	Landsresultat
1 Andel af patienter der indlægges i en apopleksienhed	Min 90 %	96 % (95 %)	94 %
2 Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren der sættes i trombocythæmmende behandling.	Min 95 %	97 % (95 %)	94 %*
3 Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren der sættes i antikoagulansbehandling.	Min 95 %	90 % (87 %)	89 %
4 Andel af patienter der får udført CT/MR scanning	Min 80 %	88 % (85 %)	86 %
5 Andel af patienter der vurderes af fysioterapeut	Min 90 %	89 % (86 %)	88 %
6 Andel af patienter der vurderes af ergoterapeut.	Min 90 %	88 % (86 %)	86 %
7 Andel af patienter med tidlig mobilisering.	Min 80 %	85 % (73 %)	82 %
8 Andel af patienter der får foretaget vurdering af ernæringsrisiko	Min 90 %	87 % (82 %)	84 %
9 Andel af patienter der får foretaget indirekte synketest	Min 80 %	86 % (81 %)	83 %

Punkt nr. 4 - Orienteringssag: Introduktion til de kliniske databaser
Bilag 2 - Side -2 af 3

10 Andel af patienter der får foretaget direkte synketest	Min 80 %	83 % (73 %)	81 %
11 Andel af patienter der får foretaget ultralyd af halskar	Min 90 %	93 % (89 %)	84 %
12 Andel af patienter som får gennemført karotisendarterektomi indenfor 14 dage	Min 90 %	89 %* (81 %)	61 %
13a Andel af patienter der bliver indlagt indenfor 3 timer	Min 30 %	43 % (49 %)	40 %
13b Andel af patienter der bliver indlagt indenfor 4,5 timer	Min 40 %	53 % (61 %)	50 %
14 Andel af patienter der trombolyseres indenfor 1 time	Min 50 %	71 % (66 %)	71 %
15 Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi der trombolyseres.	Min 10 %	13 % (14 %)	12 %
16 Andel af patienter der dør indenfor 30 dage efter indlæggelse	Max 15 %	11 % (11 %)	10 %
17 Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) apopleksi der dør indenfor 30 dage efter indlæggelse.	Max 12 %	9 % (9 %)	8 %
18 Andel af patienter med akut hæmorrhagisk apopleksi der dør indenfor 30 dage efter indlæggelse.	Max 40 %	30 % (30 %)	32 %
All or none. Andel patienter, der har modtaget alle relevante elementer i behandlingen	Ingen standard	61 % (50 %)	53 %

Punkt nr. 4 - Orienteringssag: Introduktion til de kliniske databaser

Bilag 2 - Side -3 af 3

* Standarden er opfyldt når der tages højde for den statistiske usikkerhed

Sundhedsfagligt Råd for neurologi har følgende overordnede bemærkninger til årsrapporten:

Det er overordnet særdeles glædeligt, at apopleksi resultaterne i 2012 igen er løftet markant på mange af indikatorerne og at alle standarder nu er opfyldt eller tæt på at være opfyldt. Region Hovedstaden er på tre år gået fra at have nogle af landets dårligste resultater til nu at have landets klart bedste.

Et vigtigt indsatsområde i de kommende år er, at patienten kommer hurtigere på hospital. En væsentlig del af forsinkelsen er formentlig patientafhængig. Det bør overvejes at gennemføre en oplysningskampagne i regionen i 2014, hvor det er europæisk hjerneår. Målet er at få patienten hurtigere på hospitalet og dermed sikre patienten hurtigere behandling og dermed øge chancen for at forbedre overlevelsen og patientens førlighed.

I 2013 vil der endvidere være opmærksomhed på, at alle de indikatorer, som endnu ikke er opfyldt på de enkelte afdelinger søges opfyldt på alle afdelinger til næste år.

Dysfagigruppen (som har udarbejdet dysfagivejledningen) vil i de kommende måneder foretage en evaluering af status for implementeringen af dysfagivejledningen. Der er fortsat enkelte afdelinger, hvor den ikke er fuldt implementeret, hvilket kan betyde, at patienter ikke altid får testet om de fejlsynker inden de bliver tilbudt mad. Dette er utilfredsstillende.

I forbindelse med gennemgangen af årsrapporten har den regionale auditgruppe en række forslag til bl.a. at hæve de aktuelt gældende standarder for nogle af indikatorerne.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Bekendtgørelse om almen praksis

Bilag 1 - Side 1 af 3

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Enhed: Primær Sundhed

Sagsbeh.: SUMSEB

Sags nr.: 1403718

Dok. Nr.: 1486175

Dato: 25. juni 2014

UDKAST

Bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken

I medfør af § 57 d, stk., 3, § 195, stk. 3 og § 273 a, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som ændret ved lov nr. 904 af 4. juli 2013 og lov nr. 1638 af 26. december 2013, fastsættes:

Kodning og datafangst

§ 1. Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, i sundhedsloven, at foretage ICPC-kodning vedrørende diagnoserne kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, kræft, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser.

Stk. 2. ICPC-registreringen skal foretages i lægens elektroniske journalsystem.

§ 2. Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, i sundhedsloven, at anvende de indikatorsæt i datafangst, der er udviklet for diagnoserne diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom, stress, angst og depression.

Stk. 2. Indikatordata sendes til Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD-databasen) og lægen modtager herfra løbende feedback på egne data.

Indberetning af data til regionerne

§ 3. De data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning, jf. § 1 og datafangst, jf. § 2, skal de alment praktiserende læger stille elektronisk til rådighed for regionerne til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer.

Stk. 2. De oplysninger, som stilles til rådighed for regionerne, jf. stk. 1., må ikke identificere eller gøre det muligt at identificere den enkelte patient.

Offentliggørelser af oplysninger vedrørende lægen eller klinikken

§ 4. Alment praktiserende læger og klinikker, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, skal til brug for borgernes valg af læge offentliggøre følgende oplysninger om deres praksis:

- 1) Praksisnavn, konsultationsadresse, telefonnummer, eventuel hjemmesideadresse,
- 2) antallet af læger samt navn, køn og alder på læger tilknyttet klinikken, herunder ansatte speciallæger i almen medicin
- 3) hvorvidt der er ansat klinikpersonale og i hovedtræk hvilke funktioner klinikpersonalet i givet fald varetager.
- 4) om praksis varetager uddannelse af læger, om der er tale om enkeltmands-, kompagniskabs-, samarbejds- eller netværkspraksis,

5) at praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende elektronisk kommunikation ved udlevering af password,

6) hvornår lægen eller lægerne kan træffes med henblik på telefonkonsultation. Hvis lægen eller klinikken har åben konsultation, skal tidsrummet for den åbne konsultation fremgå. Hvis lægen eller klinikken har tidsbestilling, skal det fremgå, hvornår tidsbestilling kan finde sted,

7) om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter tilgodeser bevægelseshæmmede patienter,

8) fra hvilket år, lægen eller lægerne har været nedsat sig som praktiserende læge, samt såfremt lægen er speciallæge i almen medicin, lægens eventuelle interesseområder angivet ved medlemskab af faglige selskaber,

9) om praksis er åben eller lukket for tilgang,

10) telefonnummer og åbningstider på den vagtordning, som regionerne stiller til rådighed uden for lægens eller klinikkens sædvanlige konsultationstid,

11) om ferie og (længerevarende) fravær samt oplysninger om navn, telefonnummer og eventuel hjemmeside vedrørende stedfortrædere. Med ferie og længerevarende fravær menes fravær, som rækker ud over tre på hinanden følgende hverdage og

12) oplysninger om hvilke efteruddannelsesstilbud lægen eller lægerne har gennemført.

Stk. 2. Herudover kan den enkelte læge eller klinik efter eget ønske meddele supplerende oplysninger af saglig og relevant karakter, eksempelvis nærmere beskrivelse af geografisk beliggenhed, herunder adgang til offentlige transportmidler, og relevante links.

Stk. 3. De i stk. 1 nævnte oplysninger samt klinikkens CVR-nummer skal af lægen meddeles regionen på en af regionerne udarbejdet blanket eller ved anvendelse af en af regionerne udarbejdet snitflade for elektronisk indberetning og opdatering, jf. dog stk. 4.

Stk. 4. De i stk. 1, nr. 9 og 10, nævnte oplysninger tilvejebringes af regionen.

Stk. 5. De i stk. 1 nævnte oplysninger indtastes og vedligeholdes af den enkelte læge i en snitflade stillet til rådighed via sundhed.dk.

§ 5. Læger eller klinikker, der praktiserer i henhold til Overenskomst om almen praksis, skal offentliggøre resultatet af de obligatoriske patienttilfredshedsundersøgelser, som skal udføres i henhold til overenskomsten.

Stk. 2. Klinikker der virker på baggrund af udbud, jf. sundhedslovens § 227, stk. 3, og klinikker, som regionen selv har etableret, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5 og 6, skal udføre patienttilfredshedsundersøgelser i overensstemmelse med de regler, der fremgår af Overenskomst om almen praksis og offentliggøre resultatet af disse.

Stk. 3. Offentliggørelsen af patienttilfredshedsundersøgelserne, jf. stk. 1 og 2, offentliggøres på klinikniveau.

§ 6. Offentliggørelse af oplysninger, jf. §§ 4 og 5, skal ske på lægens eller klinikkens hjemmeside og på Den fælles offentlige sundhedsportal, Sundhed.dk.

Straffebestemmelse

§ 7. Den der overtræder bestemmelserne i § 1, § 2, stk. 1 og § 3, stk. 1, straffes med bøde.

§ 8. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. september 2014.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, den

Nick Hækkerup

/ Sven Erik Bukholt

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

NOTAT

Opgang B & D
Afsnit Stuen

Telefon 38 66 60 00
Mail csu@regionh.dk

Web www.regionh.dk

Dato: 18. august 2014

Vedrørende bekendtgørelsen om kodning og datafangst i almen praksis

I bekendtgørelsen om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken fremgår det:

- Jævnfør Sundhedsloven, skal de praktiserende læger i det elektroniske journalsystem ICPC-kode ved diagnoserne KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, osteoporose, kræft, hjerte-karsygdomme, diabetes og ikke psykotiske psykiske lidelser.
- Jævnfør Sundhedsloven, skal de praktiserende læger anvende datafangsts indikatorset for diagnoserne diabetes, KOL, hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom samt stress, angst og depression.
- Data tilvejebragt på baggrund af kodning og datafangst skal de praktiserende læger stille elektronisk til rådighed for regionerne til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer.
- De oplysninger der stilles til rådighed må ikke identificere eller gøre det muligt at identificere den enkelte patient.

De praktiserende læger har igangsat en debat omkring brud på det fortrolige rum mellem læge og patient, samt at data deles på identificerbart niveau. Til det kan der siges, at;

- Sundhedsloven samt bekendtgørelsen gør det klart, at oplysninger ikke må identificeres på individniveau eller kunne gøres identificerbare.
- Hvorvidt der kan eller er sket brud på fortroligheden og identificerbarheden, er en opgave for datatilsynet samt sundhedsjurister i ministeriet og styrelsen at afdække samt tage hånd om.
- Regionen ønsker data med henblik på videreudvikling af sundhedsvæsenet, samt til kontrol, kvalitetsudvikling og planlægning.

Vedlagt er:

- Region H's høringssvar.
- PLO's høringssvar.

HØRINGSSVAR

Til: Danske Regioner

Journal nr.: 14006606

Dato: 21. juli 2014

Svar på høring over udkast til bekendtgørelse vedrørende almen praksis

Region Hovedstaden skal bemærke følgende til de foreliggende udkast til bekendtgørelserne:

Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren

§ 1, stk. 8, pkt. 2 *ægtefæller og samlevende til sikrede, der er tilmeldt lægen eller klinikken.*

Region finder, at der skal stå: ægtefæller, samlevende eller andre familiemedlemmer på samme adresse tilmeldt lægen.

§ 4, stk. 1 *Gruppe 1-sikrede personer har ret til vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge eller praksis.*

Regionen bemærker, at det tidligere fremgik, at gruppe 1-sikrede havde ret til vederlagsfri behandling i overensstemmelse med de regler, der var fastsat i overenskomsten. Således forhindres det, at der kan opstå misforståelser, hvis en borger "kræver" behandling, som hverken fremgår af overenskomsten, Sundhedsloven eller anden lovgivning.

I § 1, stk. 5 er "sikredes" stavet forkert.

I § 1, stk. 10, mangler ordet 'praksis' efter almen.

Bekendtgørelse om datafangst, indberetning af data og praksisdeklarationer

I § 4, punkt 8 har der indsneget sig et ord for meget:

8) *fra hvilket år, lægen eller lægerne har været nedsat sig som praktiserende læge, samt såfremt lægen er speciallæge i almen medicin, lægens eventuelle interesseområder angivet ved medlemskab af faglige selskaber,*

Bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i ændring af sundhedsloven

I § 1 er der en slåfejl. ”2014” skal rettes til ”2013”.

Med venlig hilsen

Else Hjortsø
Vicedirektør

Dato 15. august 2014

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Sagsnr. / Dok.nr.
2014-4503 /

Høring over udkast til bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og behandling hos læge i praksissektoren, bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken og bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i lov om ændring af sundhedsloven

Indledning.

Ministeriet sendte den 25. juni ovennævnte udkast til bekendtgørelser i høring med svarfrist den 14. august.

Bekendtgørelsesudkastene er udarbejdet med udgangspunkt i ændringerne af sundhedsloven fra juni 2013, der træder i kraft den 1. september. I betragtning af, at ministeriet således har haft lang tid til udarbejdelsen af bekendtgørelsesudkastene, finder PLO det stærkt kritisabelt, at bekendtgørelsesudkastene er udsendt til høring ved starten af sommerferien og meget kort tid før, de skal træde i kraft.

PLO er opmærksom på, at bekendtgørelsesudkastene udstedes i medfør af lovændringerne fra juni sidste år, men vi vil gerne gentage vores generelle utilfredshed med lovindgrebet vedrørende almen praksis. Vi er fortsat uforstående overfor nødvendigheden af lovindgrebet, og konkret - i relation til databekendtgørelsesudkastet – finder vi, at lovbestemmelserne om bødestraf vil kunne hæmme samarbejdet om udviklingen af almen praksis. Ligeledes finder vi fortsat, at der er risiko for, at kvalitetsdata fremover anvendes til kontrolformål, hvilket bl.a. udenlandske erfaringer har vist kan føre til, at datakvaliteten formindskes til stor skade for den fremtidige kvalitetsudvikling i såvel almen praksis som det øvrige sundhedsvæsen.

Fra mange sider i samfundet rejses der i denne tid kritik af datasikkerheden, bl.a. med baggrund i de senest forekommende tilfælde med læk af CPR-numre og andre fortrolige oplysninger. I relation til almen praksis udtales frygt for, at fortrolige oplysninger fra patientens kontakt med lægen falder i de forkerte hænder. PLO vil derfor opfordre til, at ministeriet snarest tager skridt til at sikre, at fortrolige patientdata ikke kan misbruges.

I det følgende fremlægges PLO's bemærkninger til de fremsendte bekendtgørelsesudkast:

Ad bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og behandling hos læge i praksissektoren

(1)

I § 1, stk. 4 og 7, fremgår bl.a., at bopælsregionen i anvisningen af lægevalgsmuligheder også kan benytte læger eller klinikker, der har lukket for tilgang. Det bør præciseres, at dette forudsætter, at disse læger eller klinikker er indstillet på at påtage sig flere patienter.

§ 1 stk. 4 og 7 svarer i øvrigt til bestemmelserne i nuværende overenskomst om almen praksis bortset fra, at overenskomstens tilføjelse om, at "Samarbejdsudvalget skal om nødvendigt anvende særlige incitamenter overfor de pågældende praksis for at skaffe den fornødne valgmulighed for patienter", er udeladt.

PLO er bekendt med, at praksisplanlægning med sundhedslovens ændringer er flyttet fra samarbejdsudvalget til praksisplanudvalget. På denne baggrund opfordrer PLO til, at det i § 1 stk. 4 og 7 tilføjes, at "praksisplanudvalget skal om nødvendigt anvende særlige incitamenter overfor de pågældende praksis for at skaffe den fornødne valgmulighed for patienter".

(2)

I henhold til sundhedslovens § 57 stk. 2 har regionsrådet ansvaret for at sikre, at borgere kan modtage vederlagsfrit sygebesøg i hjemmet.

I følge lovbemærkningerne s. 21, 1. spalte har borgere, der vælger en læge uden for kilometergrænsen på 15/5 km, ikke krav på sygebesøg af den valgte læge.

Af bekendtgørelsesudkastet § 1 stk. 5 fremgår det, "Såfremt den sikrede vælger en læge eller klinik, hvor afstanden mellem sikredes bopæl og lægen eller klinikken er større end 15 km ad nærmeste offentlige vej, har vedkommende ikke krav på at modtage sygebesøg, jf. dog stk. 6".

Det er uklart, om regionen for sikrede, der vælger en læge eller klinik, hvor afstanden mellem sikredes bolig og lægen eller klinikken er større end 15 km (jf. § 1, stk. 5), stiller sygebesøgstilbud eller transportordning til rådighed.

(3)

I § 1, stk. 6, kan regionen tilbyde den sikrede en læge eller praksis, der er beliggende længere væk end 15 km. I denne situation har den sikrede ikke krav på sygebesøg, og regionen skal i disse tilfælde stille sygebesøgstilbud eller transportordning til rådighed. PLO finder, at regionen i alle situationer bør tilbydes sikrede, der bor længere end 15 km fra lægen, en transportmulighed i forbindelse med et fysisk fremmøde hos lægen eller i praksis.

(4)

Det fremgår af § 1 stk. 2, at "Ved delt forældremyndighed følger barnet den forælder, der har forældremyndighed over barnet". Bestemmelsen synes svært forståelig.

(5)

§ 1 stk. 8 oplister de personer, som trods lukning af praksis alligevel kan tilmeldes, med mindre lægen eller klinikken beder sig fritaget herfor. Nr. 4 i bestemmelsen er ikke en kodificering af nuværende overenskomst om almen praksis. Den nuværende overenskomstbestemmelse giver patienter, der efter en midlertidig flytning (højskoleophold, værnepligt m.v.) og som flytter tilbage, mulighed for tilmelding trods lukning, når lægen er patientens hidtidige læge på stedet, og lægen ikke frabeder sig det. Nr. 4 i bekendtgørelsesudkastet lyder som følger: "sikrede, der efter endt indkaldelse til værnepligtstjeneste eller tjeneste, der træder i stedet herfor, og personer, der efter optagelse i anstalter og arresthuse under Kriminalforsorgen, hvor der under indkaldelse eller ophold i de nævnte institutioner har været framlidt sikringsgruppe 1, jf. bekendtgørelse nr. 23 af 9. januar 2007 om begrænsning i adgang til ydelser efter sundhedsloven for visse persongrupper, er berettiget til at blive gruppe 1-sikrede". Det virker som om, at man i denne bestemmelse, som omhandler hvornår patienten trods lukning alligevel kan blive tilmeldt en ønsket læge, pludselig regulerer hvornår man kan blive gruppe 1-sikret.

(6)

§ 11 stk. 3 i bekendtgørelsesudkastet er ny. Det fremgår af bestemmelsen, at personer omfattet af bekendtgørelse nr. 1658 af 27. december 2013 (personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland) ikke har ret til behandling hos læge i praksissektoren på

linje med personer, som har denne rettighed i medfør af EF-retten eller andre internationale aftaler. PLO er usikker på, i hvilken udstrækning f.eks. personer fra Færøerne og Grønland har ret til vederlagsfri lægehjælp hos praktiserende læger.

Ad bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken

(7)

PLO har noteret sig, at de i bekendtgørelsens § 1 stk. 1 omtalte sygdomsområder, som de praktiserende læger forpligtes til at ICPC kode, er identiske med de sygdomsområder, lægen er forpligtet til at ICPC kode jf. overenskomsten om almen lægegerning af april 2011 (§ 97 stk. 1). Der har imidlertid erfaringsmæssigt vist sig en høj grad af faglig usikkerhed omkring kodningen af specielt sygdomsområderne muskel- og skeletlidelser samt ikke-psykotiske psykiske lidelser.

På den baggrund bør udarbejdes en liste over de konkrete ICPC koder, der kan være tale om i relation til hvert af de enkelte sygdomsområder, som listes i bekendtgørelsens § 1, stk. 1. PLO og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) kan være behjælpelige med at udarbejde en sådan liste.

(8)

§ 3 omhandler de alment praktiserende lægers forpligtelse til at stille kodningsdata til rådighed for regionerne. Det bør præciseres, at forpligtelsen indebærer de samlede data fra hver enkelt lægeklinik. Endvidere bør det præciseres, at data leveres til regionerne i aggregeret form via DAMD. Der mangler desuden præcisering af, at dataomfang afhænger af praksisstørrelse og praksisgrundlag af hensyn til, at data ikke må være patientidentificerbare. DSAM og PLO vil gerne hjælpe Danske Regioner med at vurdere sygdomsudvikling, kontrol og planlægning ud fra disse data.

(9)

I § 4 stk. 11 beskrives lægernes forpligtelse til på Sundhed.dk at indberette fravær fra praksis samt en række oplysninger om de(n) vikarierende læge(r). Forpligtelsen er ikke anderledes end den, der fremgår af den nugældende overenskomst for almen lægegerning § 46 stk. 2 l. Dog forudsættes der i overenskomsten, via en note til § 46, at lægens forpligtelse er betinget af tre tekniske funktionaliteter på Sundhed.dk. Heraf anser PLO de to forhold som opfyldt mens et tredje forhold om muligheden for at linke fra lægens egen praksisdeklaration til en vikarierende læges praksisdeklaration, fortsat ikke eksisterer. PLO finder en sådan funktionalitet vigtig, idet den mindsker registreringsarbejdet og forhindrer fejlindtastninger mv. PLO opfordrer på den baggrund til, at lægens forpligtelse i henhold til § 4 stk. 11 betinges af en sådan funktionalitet.

(10)

Hvad angår offentliggørelsen af efteruddannelsesaktiviteter (for så vidt angår den systematiske efteruddannelse) og resultater af patienttilfredshedsundersøgelser, er det i forhandlingsaftalen af den 1. marts 2014 mellem PLO og RLTN aftalt, at alle oplysninger herom håndteres og samles i Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed (DAK-E). PLO finder det formålstjenesteligt, at bekendtgørelsen ikke forhindrer, at en offentliggørelse af efteruddannelsesaktiviteter og patienttilfredshedsresultater kan ske via DAK-E og således ikke behøver at ske via hver enkelt praktiserende læge.

Ad bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i sundhedsloven

PLO har ingen bemærkninger til dette udkast.

Besvarelsen af de spørgsmål, som PLO rejser i dette høringssvar, har naturligvis stor betydning for, hvordan de nye lovregler i almen praksis omkring lægevalg m.v. samt kodning, datafangst og dataindberetning m.v. efter den 1. september skal forstås og efterleves. For at vi kan informere vores medlemmer så godt som muligt om de nye regler, an-

moder PLO om et afklarende møde med ministeriet snarest muligt inden den 1. september.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'B' followed by a vertical line and a small loop at the top.

Bruno Melgaard Jensen

Arbejdsplan for Sundhedsudvalget

7. møde: Tirsdag den 7. oktober 2014 kl. 13-15 på Regionsgården

Handleplan mod overbelægning	Opfølgningssag. Status for implementeringen af handleplan mod overbelægning. Afsat 40 mio. kr. i budget for 2014.
1. drøftelse af hvordan man kan styre efter kvalitet	Politikformulerende. Drøftelse med udgangspunkt i budgetforslaget om øget styring efter kvalitet.
Evaluerings af 1813	Opfølgningssag. Planlagt evaluering af akuttelefonen 1813.
Reduktion af sygehusdødelig og patientskader	Opfølgningssag. Status på opfyldelse af aftalen mellem DR og SUM om reduktion af sygehusdødelighed med 10 pct. og patientskader med 20 pct. over 3 år.

8. møde: Tirsdag den 4. november kl. 19-21 på Regionsgården

Fællesmøde med det tværsektorielle udvalg	Akkreditering i almen praksis
Fællesmøde med det tværsektorielle udvalg	Nye samarbejdsmodeller i det tværsektorielle samarbejde med udgangspunkt i Sundhedsaftalen og praksisplanerne.

9. møde: Tirsdag den 25. november kl. 13-15 på Regionsgården

Egenbetaling i sundhedsvæsenet	Politikformulerende. Ensartede regler for egenbetaling i regionen.
Patientsikkert sygehus	Opfølgningssag fra udvalgets 5. møde.
Patientombuddets årsberetning	Politikformulerende. Initiativer igangsat på baggrund af årsrapport fra patientombudet. Godkendes af RR inden fremsendelse til Patientombud.
Afrapportering af Handlingsplan 2013-2014 for Sundhedsforskning og vedtagelse af ny Handlingsplan 2015-2016.	Politikformulerende. Politik for Sundhedsforskning 2020 udmøntes gennem to-årige handlingsplaner. Den første var HP13-14, som afrapporteres, og en ny skal vedtages.
Kvalitet i medicinanvendelsen	Opfølgningssag. Status for initiativer for rationel medicinanvendelse på hospitalerne.
Gennemgang af etablering af akutmodtagelser	Opfølgningssag. I økonomiaftalen mellem DR og regeringen fremgår det, at der skal igangsættes en faglig gennemgang af arbejdet med etableringen af akutmodtagelser. Når gennemgangen foreligger bør den drøftes i sundhedsudvalget.

10. møde: Tirsdag den 13. januar kl. 13-15 på Regionsgården

Blood management	Opfølgningssag. Orientering om regionens indsats for at formindske forbruget af blod.
------------------	---