

KVALITETSUDVALGET
Tirsdag den 11. juni 2013

**Kl. 15.00 til 17.00 på Regionsgården, Direktions-
gangen, store mødelokale**

Møde nr. 13

Medlemmer:

Kirsten Lee (formand)

Thor Grønlykke

Karin Dubin

Maja Holt Højgaard

Jannie Hjerpe

Karsten Skawbo-Jensen

Michael Lange

Bent Larsen

Kenneth Kristensen Berth

Afbud:

Michael Lange

Bent Larsen

Fraværende:

Jannie Hjerpe ved sag nr. 3 – 9

Karin Dubin ved sag nr. 3 - 9

Maja Holt Højgaard ved sag nr. 6 - 9

Mødet slut kl 16.55

Indholdsfortegnelse

	Side:
1. Oplæg om effekt af fedmekirurgi	3
2. Afrapportering af ventetiden for skadepatienter	5
3. Monitorering af akuttelefonen 1813	8
4. Monitorering af kræftpakkeforløb	10
5. Budgetbidrag fra kvalitetsudvalget	14
6. Regler for medicin håndtering for Social og Sundhedsassistenter	17
7. Aktuelle kvalitetsdata	21
8. Generel orientering	23
9. Eventuelt	24

SAG NR. 1

OPLÆG OM EFFEKT AF FEDMEKIRURGI

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

RESUME

Vicedirektør Torben Mogensen fra Hvidovre Hospital orienterer om effekten af fedmekirurgi.

SAGSFREMSTILLING

Kvalitetsudvalget drøftede resultaterne af årsrapporten for kvalitetsdatabasen for fedmekirurgi på mødet den 19. februar 2013. Som opfølgning på drøftelsen ønskede udvalget en nærmere orientering om effekten af fedmekirurgi, herunder langtidseffekten. Efter aftale med formanden vil vicedirektør Torben Mogensen fra Hvidovre Hospital holde et oplæg herom.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Tiltrådt

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

SAG NR. 2**AFRAPPORTERING AF VENTETIDEN FOR SKADEPATIENTER**

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING**1. at afrapportering af ventetid for skadepatienter tages til efterretning**

RESUME

Regionsrådet besluttede på møde den 19. juni 2012 at fokus på ventetider for skadepatienter skal fastholdes ved, at regionsrådet halvårligt får information om akuttelefonens aktivitet samt udvikling i ventetid for skadepatienter fordelt på triagefarver, hospitaler mv.

Afrapporteringen viser, at den gennemsnitlige ventetid i Region Hovedstaden er faldet siden 2011. Således var ventetiden i 2011 56,1 minut, 45,9 minutter i 2012 og i første kvartal af 2013 var den gennemsnitlige ventetid 38 minutter.

Opgørelsen viser, at andelen af patienter triageret blå, der bliver behandlet indenfor en time svinger mellem 55 pct. og 98 pct. og derved opfylder servicemålet herfor. Andelen af patienter, som bliver behandlet indenfor fire timer svinger mellem 93 pct. og 100 pct., således opfyldes servicemålet for alle hospitaler undtagen Herlev, der næsten opfylder servicemålet.

SAGSFREMSTILLING

På baggrund af regionsrådets beslutning af 19. juni 2012 skal udviklingen i ventetider for skadepatienter følges gennem halvårlige afrapporteringer fordelt på akutklinikker og akutmodtagelser samt triagefarve.

Der ses stadig et fald i den gennemsnitlige ventetid i regionen.

	2011	2012	2013
Gennemsnit	56,1	45,9	38,0

Ligeledes er der sket et fald i antallet af patienter, som venter længe i akutmodtagelsen eller akutklinikken. Den mest markante ændring ses i andelen af patienter, der venter under en time.

Tabel 2 – Ventetidsintervaller på akutmodtagelserne opdelt på kvartaler

	Ventet under 1 time	Ventet under 4 timer	Ventet under 7 timer
1. kvartal 2012	76,0%	98,0%	99,8%
2. kvartal 2012	72,1%	97,3%	99,7%
3. kvartal 2012	72,2%	97,5%	99,7%
4. kvartal 2012	75,9%	98,0%	99,8%
1. kvartal 2013	79,2%	98,3%	99,8%

Samtidig viser opgørelsen af ventetiden i regionen fordelt på kvartaler, at antallet af patienter, som bliver behandlet under henholdsvis 4 og 7 timer, er blevet flere. Antallet af patienter behandlet inden for en time er steget med 3,2 pct. fra første kvartal 2012 til 1. kvartal 2013, samtidig har der været en lille stigning i antallet af patienter, der bliver behandlet indenfor 4 timer og en stadig kun en meget lille del af patienterne (0,2 %), der venter over 7 timer.

Region Hovedstaden anvender de sundhedsfaglige tidsmål for tiden fra triage til behandlingsstart, som er udarbejdet i regi af Danske Regioner. Samtidig har regionsrådet vedtaget et servicemål gældende for patienter triageret blå, som er kendetegnet ved at have en begrænset skade eller symptom. Patienten føler sig i øvrigt frisk og kan sidde i venteværelse.

Servicemålet for de blå patienter er, at 50 % af patienterne er behandlet inden for en time, og 95 % behandlet inden for fire timer.

Opgørelsen viser, at andelen af patienter triageret blå, der bliver behandlet indenfor en time svinger mellem 55 % og 98 %, og derved opfylder servicemålet herfor. Alle hospitaler lever op til servicemålet om at 95 % af patienterne er behandlet inden for fire timer, undtaget Herlev Hospital, der med 94 % er tæt på at opfylde målet.

Opgørelsen viser at det sundhedsfaglige tidsmål for patienter, der er triageret rød eller orange, overholdes på regionalt niveau. På flere hospitaler ses overskridelser af tidsmålet. Afdelingsledelserne har undersøgt de konkrete forløb, og oplyser, at alle patienter er behandlet sundhedsfagligt forsvarligt. Overskridelserne skyldes typisk uventet stort indtag af svært syge eller tilskadekomne patienter eller generelt stort indtag af patienter.

Registreringen af triagefarve er forbedret betydeligt. Opgørelsen viser dog at der forsat er mulighed for forbedring i triagering og behandling på baggrund heraf. Der er derfor stadig stor opmærksomhed på både korrekt registrering såvel som triagering af patienterne.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af sagen indebærer ikke økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Opgørelsen vil have pressemæssig bevågenhed, og der planlægges en presseindsats.

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Tilrådt

Udvalget ønsker, at opgørelserne i fremtiden suppleres med data for tidspunkt for behandlingsafslutning. Udvalget afventer, at der opnås enighed mellem regionerne om en fælles opgørelsesmetode i forhold til at registrere behandlingsafslutning.

Bilagsfortegnelse:

1. Afrapportering af ventetid, Region Hovedstaden juni 2013.

Sagsnr: 12008924

SAG NR. 3

MONITORERING AF AKUTTELEFONEN 1813

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at notat om monitorering af akuttelefonen tages til efterretning

RESUME

Akuttelefonen blev taget i drift 30. januar 2012 og har nu fungeret i næsten 1,5 år. Der modtages ca. 3.100 opkald om dagen og særligt efter kampagner eller omdeling af brochurer sker der en stigning i aktiviteten for akuttelefonen.

Borgerne følger stadig i høj grad anbefalingen fra akuttelefonen om henvendelse til akutmodtagelsen/-klinikken.

Fra 1. januar 2014 bliver akuttelefonen borgernes indgang til et enstrenget og visiteret akutsystem sammen med opkald til 112.

SAGSFREMSTILLING

Akuttelefonen tilbyder borgeren vejledning i almindelige forholdsregler ved akut sygdom og tilskadekomst og oplyser om ventetider på regionens akutmodtagelser/-klinikker. Akuttelefonens aktivitet og servicemål monitoreres løbende, ligesom telefonens effekt på regionens øvrige akutte tilbud monitoreres. Administrationen har udarbejdet denne tredje opgørelse, seneste opgørelse blev forelagt kvalitetsudvalget i september 2012.

Fra 1. januar 2014 vil Akuttelefonen være borgernes indgang til et enstrenget og visiteret akutsystem sammen med opkald til 112.

Akuttelefonen blev sat i drift 30. januar 2012. Tallene i tredje opgørelse vedrører perioden fra 30. januar 2012 og frem til og med ultimo februar 2013.

Denne opgørelse stadfæster resultaterne i de to foregående opgørelser, og der er alene sket små ændringer på de forskellige monitoreringsparametre.

Akuttelefonen får aktuelt ca. 3.100 opkald ugentligt. På hverdage er der flest, som kontakter akuttelefonen om eftermiddag/aften, mens der i weekenden er flest opkald i dagtiden. Andelen af henvendelser, hvor opkaldet er afsluttet med rådgivning om egenomsorg udgør ca. 29 pct. Mens 27 pct. rådgives om at kontakte egen

læge/lægevagten samme dag og 16 pct. om at kontakte en akutmodtagelse eller akutklinik.

Borgerne følger fortsat i stort omfang akuttelefonens rådgivning om henvendelse eller ikke henvendelse til akutmodtagelse/- klinik. 96 pct. af borgerne følger akuttelefonens råd om, at der ikke er behov for hospitalsbehandling, og henvender sig ikke på en akutmodtagelse/-klinik, og 60 pct. af borgerne følger akuttelefonens råd om at henvende sig på en akutmodtagelse/-klinik. Dette er et fald i forhold til seneste monitorering, hvor antallet af borgere, der fulgte akuttelefonens råd om at henvende sig på en akutmodtagelse/-klinik var på 70 pct.

Omkring 90 pct. af borgerne følger rådet om at kontakte egen læge samme dag eller lægevagten, mens 30 pct. i starten af perioden og senere ca. 50 pct. af borgerne følger akuttelefonens råd om at kontakte egen læge næste dag. Tallene svarer til de svenske erfaringer, hvor rådgivning om egenomsorg og den spontane bedring medfører, at der ikke er behov for at følge rådgivningen om kontakt til egen læge næste dag.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af sagen indebærer ikke økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Sagen vurderes at have offentlighedens interesse og det foreslås, at der laves en pressemeddelelse om opgørelsen.

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Tilrådt

Jannie Hjerpe (F) og Karin Dubin (A) deltog ikke i sagens behandling

Bilagsfortegnelse:

2. Notat om monitorering af akuttelefonen – tredje opgørelse.

Sagsnr: 11004610

SAG NR. 4

MONITORERING AF KRÆFTPAKKEFORLØB

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

2. at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

RESUME

Den 31. maj blev der for første gang offentliggjort data fra den nye nationale monitorering af forløbstider på kræftområdet. Offentliggørelsen omfatter data for 4. kvartal 2012 og 1. kvartal 2013.

Denne første afrapportering viser, at Region Hovedstaden for mange kræftpakkers vedkommende har en høj efterlevelse af forløbstiderne. Det drejer sig bl.a. om kræft i hjernen, bugspytkirtelkræft, modernærkekræft, tyk- og endetarmskræft, lymfeknudekræft og flere af de gynækologiske kræftformer.

Men afrapporteringen viser også, at der er kræftformer, hvor regionen har en relativ dårlig efterlevelse af forløbstiderne, og hvor der er rum for forbedring. Det er brystkræft, hovedhalskræft og prostatakræft, samt at der er en række områder, hvor datakvaliteten skal forbedres.

Der er administrativt igangsat en række initiativer for at nedbringe ventetiden på de områder, hvor regionen har en dårlig efterlevelse af kræftpakkeforløbenes forløbstider.

Det forventes, at næste offentliggørelse af data fra den nye model bliver ultimo august 2013. Kvalitetsudvalget vil få forelagt data til førstkommende møde efter offentliggørelsen.

SAGSFREMSTILLING

Den nye nationale registrerings- og monitoreringsmodel

Kvalitetsudvalget bliver én gang i kvartalet præsenteret for resultater for Region Hovedstadens efterlevelse af forløbstiderne i kræftpakkerne. Hidtil har afrapporteringen været baseret på Region Hovedstadens monitoreringsmodel. Denne afrapportering er den første, hvor data er baseret på den nye nationale registrerings- og monitoreringsmodel for kræftpakkeforløb baseret på indberetninger fra landspatientsregistret.

Datamaterialet blev offentliggjort den 31. maj 2013 på Statens Seruminstits hjemmeside. Regionsrådet har den 31. maj 2013 fået tilsendt Sundhedsstyrelsens kommentarer til data, samt administrationens bemærkninger til datamaterialet (vedlagt som bilag 2 og 3). Fremadrettet vil resultaterne fra modellen blive offentliggjort kvartalsvist.

Monitoreringsresultater for 4. kvartal 2012 og 1. kvartal 2013

Registreringen har været obligatorisk for samtlige regioner siden den 1. oktober 2012. Det har været en udfordring at implementere registreringerne, da opgaven med oplæring i nye koder og nye procedurer har været mere omfattende end forventet. Der har været igangsat en stor informations- og undervisningsindsats på mange niveauer, og hospitalerne har gjort en stor indsats.

Administrationen har i tabelform (bilag 1) sammenfattet monitoreringsresultaterne for Region Hovedstaden. Der er sammenfattet data for 28 kræftpakker, samt den diagnostiske pakke. Det bemærkes, at modellen er så ny, at det fortsat er en udfordring at sikre korrekte registreringer. Det betyder, at data for en række forløb ikke er fuldstændig. For kræftpakker hvor færre end 11 patienter har gennemgået et forløb, er der ikke beregnet en målopfyldelses procent.

Såfremt alle patienter i en given kræftpakke behandling inden for standardforløbstiden vil det altid betyde en målopfyldelse på 100 %. En fuldstændig efterlevelse af standardforløbstiden (dvs. 100% målopfyldelse) er ikke mulig at opnå, da mange patienter har komorbiditet, således at forløbet pga. sundhedsfaglige årsager bliver forlænget. Det opleves også, at patienter på grund af private forhold ikke ønsker et hurtigt patientforløb fx er der patientcases, hvor patienter har planlagt en ferie, som de ønsker at afholde, før behandlingen kan igangsættes. Det er ikke muligt at registrere såkaldt patientinitieret ventetid, og derfor vil patientinitieret ventetid påvirke målopfyldelsen negativt.

Efterlevelse af forløbstiderne

Monitoreringen viser, at Region Hovedstaden på en række områder har en meget høj efterlevelse af forløbstiderne. Det drejer sig bl.a. om kræft i hjernen, modermærkekræft, lymfeknudekræft, tyk- og endetarmskræft, flere af de gynækologiske kræftformer og bugspytkirtelkræft. Særligt er det positivt, at målopfyldelsen for bugspytkirtelkræft er flot, da dette er et område, hvor regionen tidligere har haft store udfordringer med at efterleve forløbstiderne. For de nævnte kræftformer gælder endvidere, at monitoreringen af øvre kvartil viser en flot efterlevelse af forløbstiderne.

Monitoreringen viser endvidere, at syv kræftpakker har en efterlevelse af forløbstiden for kirurgisk behandling på mellem 80 og 100 % i 1. kvartal 2013, og der ses generelt også en positiv udvikling fra 4. kvartal 2012 til 1. kvartal 2013.

Udfordringer

Monitoreringen viser også, at der er kræftformer, hvor regionen har en relativ dårlig efterlevelse af forløbstiderne, og hvor der er rum for forbedring, fx behandling af brystkræft, hovedhalskræft og prostatakræft, og data viser også, at der er en række områder, hvor datakvaliteten skal forbedres. Det ses endvidere, at der for tarmkræftmetastaser er en dårlig målopfyldelse i 4. kv. 2012, men der er registreret så få patienter i 1. kv. 2013, at det må antages, at der er registreringsfejl på området.

Prostata kræft

Monitoreringen viser for prostatakræft, at der i 1. kv. 2013 er en målopfyldelse på 46,9%. I forhold til prostatakræft skal det dog bemærkes, at mange patienter vurderes egnet til samt ønsker en nervebevarende operation. Hvis patienter skal have gennemført en nervebevarende operation vil det medføre en forlænget forløbstid på op til 6-8 uger. I Region Hovedstaden er det erfaringen, at mange patienter ønsker en nervebevarende operation, derfor er det administrativt vurderingen, at prostatakræft aldrig kan opnå en høj efterlevelse af forløbstiden.

Hoved/halskræft

Monitoreringen viser, at hovedhalskræft i 1. kv. 2013 har en målopfyldelse på 52,3% til kirurgisk behandling og 16,7 % til strålebehandling.

Et stigende antal patienter får hovedhalskræft. Det drejer sig hovedsageligt om patienter med HPV og EBV virus. Rigshospitalet har i 1. kvartal 2013 oplevet en markant stigning af hoved/halskræftpatienter. Der er iværksat bl.a. merarbejdsinitiativer på Rigshospitalet for at nedbringe ventetiden.

Hertil kommer, at patienter i pakkeforløb for hovedhalskræft (før de modtager strålebehandling) skal vurderes for potentielle infektioner i tænder og kæber. Såfremt der er infektioner, skal patienterne behandles og evt. fokussaneres før strålebehandling kan påbegyndes. Det anslås, at ca. 70 % af de patienter, der henvises til Rigshospitalet har dårlige tænder, hvilket betyder, at de skal behandles herfor og evt. fokussaneres før de kan modtage strålebehandling. I de tilfælde, hvor patienten skal have foretaget en tandekstraktion, skal der gå 14 dage efter tandekstraktionen, før strålebehandlingen kan påbegyndes. I pakkeforløbet er forløbstiden kun fastsat til 11 dage. Det medfører, at den fastsatte forløbstid på 11 dage fra afslutning på udredning til start på initial behandling automatisk overskrides, såfremt der skal foretages tandekstraktion. Det er derfor administrativt vurderingen, at hovedhalskræftområdet har meget vanskeligt ved at opnå en høj efterlevelse af forløbstiden.

Brystkræft

På baggrund af data fra den nye model, som viser en efterlevelse af forløbstiden på brystkræft på 58,5 % i 1. kv. 2013, er Rigshospitalet og Herlev Hospital blevet anmodet om at igangsætte en journalaudit inden sommerferien. Journalauditten skal bruges til en nærmere analyse af, hvorfor regionen har en relativ dårlig målopfyldelse på området, og hvad der kan gøres for at nedbringe ventetiden.

Supplerende bemærkes det, at de bagvedliggende data for brystkræft viser, at hvis forløbstiden overskrides er det ofte med et begrænset antal dage, idet 75 % af samt-

lige patienter behandles inden for 33 dage. Det vil sige, at der er en overskridelse af den fastsatte med 6 kalenderdage. Selvom der er en relativ dårlig målopfyldelse, er der således ikke tale om, at store grupper af patienter venter i flere uger på at modtage behandling.

Øvrige initiativer på kræftområdet

Der har i det sidste år været debat i medierne om overholdelse af kræftpakkernes anbefalede ventetider og bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv. Kvalitetsudvalget har i den forbindelse i efteråret 2012 udmøntet ca. 32 mio. kr. til kræftområdet. Der blev udmøntet midler til bl.a. udvidelsen af kapaciteten på det urologiske område, de onkologiske afdelinger og de parakliniske afdelinger. Den fulde effekt af midlerne forventes i løbet af 2013.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Tilrådt.

Udvalget ønsker, at der arbejdes på at udvide registreringsmulighederne i monitoreringen, så det bliver muligt at registrere de tilfælde, hvor overskridelsen af ventetiden skyldes patienternes valg.

Jannie Hjerpe (F) og Karin Dubin (A) deltog ikke i sagens behandling

Bilagsfortegnelse:

1. Kræftpakker – overholdelse af standardforløbstider, (tabel).
2. Sundhedsstyrelsens kommentarer til den nationale monitorering af forløbstider på kræftområdet af 28. Maj 2013
3. Kræftpakker Administrationens bemærkninger til datamaterialet.

Sagsnr: 13005335

SAG NR. 5

BUDGETBIDRAG FRA KVALITETSUDVALGET

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at kvalitetsudvalget godkender følgende forslag til budget 2014 for temaer indmeldt fra kvalitetsudvalget:

- Infektionsbekæmpelse 2 mio. kr.
 - Rationel medicinanvendelse 3. mio. kr.
 - Forbedret behandlingskvalitet og forbedret patientsikkerhed 12 mio. kr.
 - Tiltag i forhold til den ældre medicinske patient ses i sammenhæng med tiltag i forhold til gruppen af sårbare patienter
-

RESUME

Kvalitetsudvalget har meldt følgende temaer ind til budgetlægningen 2014 - 17:

- a. Infektionsbekæmpelse
- b. Rationel medicinanvendelse
- c. Forbedret behandlingskvalitet
- d. Forbedret patientsikkerhed
- e. Den ældre medicinske patient

Forretningsudvalget besluttede på møde den 7. maj 2013, at anmode Kvalitetsudvalget, om at arbejde videre med de indmeldte temaer for budget 2014.

Der foreslås en fastholdelse af de i budget 2012 afsatte beløb til infektionsbekæmpelse på 2 mio. kr. årligt og til rationel medicinanvendelse på 3 mio. kr. årligt samt en udvidelse af den årligt afsatte pulje til 12 mio. kr. til forbedret behandlingskvalitet og forbedret patientsikkerhed. Tiltag med fokus på den ældre medicinske patient ses i sammenhæng med tiltag i forhold til gruppen af sårbare patienter.

SAGSFREMSTILLING

Kvalitetsudvalgets bidrag til budgetlægningen for 2014 – 2017 udgøres af nedenstående temaer, der tager afsæt i arbejdet med kvalitetshandlingsplanen.

Infektionsbekæmpelse

Regionsrådet har i kvalitetshandlingsplanen sat en ambitiøs målsætning om halvering af forekomsten af hospitalsinfektioner inden 2014. Der er udarbejdet en handlingsplan for indsatsen og regionsrådet har i flere omgange afsat midler til under-

støttelse af arbejdet. De foreløbige resultater viser en positiv udvikling og indsatsen er enestående i Danmark. Der er således skabt grundlag for, at der kan opnås bemærkelsesværdige resultater i bekæmpelsen af hospitalsinfektioner i de kommende år, hvis fokus på området fastholdes.

Rationel medicinanvendelse

Regionsrådet har i flere år haft fokus på medicinområdet. Der er iværksat en række initiativer, som på forskellig måde understøtter rationel anvendelse af medicin og efterlevelse af rekommandationer. Det drejer sig blandt andet om implementering af anbefalingerne i medicinanalysen fra 2011, forsøg med farmaceuter i akutmodtagelsen på flere hospitaler, styrkelse af arbejdet i den regionale lægemiddelkomité og indsatsen i forhold til praktiserende læger og speciallæger. Der har været en gunstig udvikling i udgifterne til lægemidler i Region Hovedstaden i de sidste par år, og der kræves fortsat fokus på området hvis denne udvikling skal fastholdes.

Forbedret behandlingskvalitet

Regionsrådet har siden 2010 afsat midler i form af en pulje til forbedring af den kliniske kvalitet, herunder regionens resultater i de kliniske kvalitetsdatabaser (tidligere NIP). I budget 2013 er afsat 7,1 mio. kr. Der er i 2013 indsendt ansøgninger for i alt 57,4 mio. kr.. Det har således ikke været muligt at imødekomme ansøgningerne fra en række støtteværdige projekter. Ansøgningerne vidner om, at der er stor interesse for at udvikle kvaliteten i behandlingen på hospitalerne og at puljen til understøttelse af dette formål med fordel kan udvides fra det nuværende niveau.

Forbedret patientsikkerhed

Målsætningerne i regionens kvalitetshandlingsplan om nedbringelse af dødelighed og patientskader er suppleret af nationale krav aftalt i forbindelse med økonomiaftalen med regeringen. Regionen har iværksat initiativer i form af blandt andet Early Warning Score, Sikker Kirurgi tjeklisten, tryksårsindsats, blodmanagement mv. Der kan med fordel afsættes midler til fortsatte initiativer til forbedret patientsikkerhed.

Den ældre medicinske patient

Regionsrådet har afsat midler til at forbedre behandlingen af ældre medicinske patienter i flere omgange, senest i forbindelse med ældreplan 2011. Formålet med dette tema er at forbedre behandling, kommunikation og sammenhæng i patientforløb for ældre medicinske patienter i regionen.

Det foreslås, at de afsatte beløb på 2 mio. kr. årligt til infektionsbekæmpelse og 3 mio. kr. årligt til rationel medicinanvendelse fastholdes. Til temaerne om forbedret behandlingskvalitet og forbedret patientsikkerhed foreslås det, at den afsatte pulje øges til 12 mio. kr. Til brug for budgetforhandlingerne udarbejder administrationen en oversigt over afsatte og forbrugte midler med fokus på den ældre medicinske patient. En række tiltag, der er iværksat eller planlagt i forhold til gruppen af sårbare patienter, har også sårbare ældre medicinske patienter i målgruppen. På den baggrund foreslås det, at de to områder ses i sammenhæng i forbindelse med budgetprocessen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Tiltrådt

Jannie Hjerpe (F) og Karin Dubin (A) deltog ikke i sagens behandling

Bilagsfortegnelse:

1.

Sagsnr:

SAG NR. 6

**REGLER FOR MEDICINHÅNDBLING FOR SOCIAL OG SUNDHEDS-
ASSISTENTER**

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

RESUME

Kvalitetsudvalget har ønsket en orientering om regler for håndtering af medicin for Social og Sundhedsassistenter.

Der redegøres for gældende regler og instrukser for Social og Sundhedsassistenteres håndtering af medicin på hospitalerne samt baggrund og formål med den regionale uddannelse i medicin for Social og Sundhedsassistenter.

SAGSFREMSTILLING

Der findes ikke love- eller bekendtgørelser der definerer hvilke faggrupper der må håndtere medicin. Området reguleres primært på baggrund af bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) af 11. december 2009. I princippet kan medicingivning delegeres til alle, blot der føres tilsyn med og opgaven udføres under ansvar af en autoriseret person.

Social og Sundhedsassistentuddannelsen er siden 2008/2009 omfattet af autorisationsreglerne, og dette indebærer, at de dermed kan stilles direkte til ansvar, fx for manglende samvittighedsfuld ifm. udførelse af arbejdsopgaver, herunder medicinering.

Udgangspunktet ved regionsdannelsen var, at der var afdelinger hvor Social og Sundhedsassistenter ikke havde tilladelse til nogen former for medicinering, og andre hvor de havde vide beføjelser med eller uden tillægsuddannelse. I forbindelse harmoniserings- og fusionsprocesser i Region Hovedstaden vedtog den regionale lægemiddelkomité og efterfølgende regionens Kvalitetsråd i 2009, at de krav, der var gældende for Social og Sundhedsassistenteres varetagelse af medicinopgaver i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab, skulle videreføres i Region Hovedstaden. Dette blev formuleret i en regional vejledning om dispensering og administration af medicin (gældende vejledning er vedlagt). Formålet var at undgå store

og uforklarlige variationer internt i regionen og for at sikre et basalt vidensniveau hos SOSU assistenter der varetager medicineringsopgaver.

Vejledningen specificerer hvilke opgaver Social og Sundhedsassistenter selvstændigt må udføre, fx er der begrænsninger i relation til lægemidler der skal indgives direkte i blodårer. En regional uddannelse i farmakologi, medicinregning mv for Social og Sundhedsassistenter blev etableret. Det blev udmeldt, at uddannelsen fremadrettet ville være en forudsætning for Social og Sundhedsassistenteres varetagelse af medicineringsopgaver på hospitalerne.

Beslutning om at uddannelsen skulle være et obligatorisk tilbud til Social og Sundhedsassistenter, som fortsat ønsker at udføre medicineringsopgaver, beror på det faktum at Social og Sundhedsassistentuddannelsen ikke indeholder relevant undervisning, træning og eksamen i medicineringsopgaver, farmakologi, farmakokinetik og medicinregning, jvf. bekendtgørelse for Uddannelsesordning for social- og sundhedsuddannelsen, af 30. juni 2009. Det var endvidere afsættet, at medicinering skal betragtes på lige fod med anden sundhedsfaglig behandling, hvortil det forventes at sundhedspersonale er/skal uddannes til at håndtere behandlingsopgaven.

Langt det største antal utilsigtede hændelser i regionen udgøres af medicineringsfejl, såvel dispenserings- som administrationsfejl. Forkert dosisberegning, forkert lægemiddel, forkert administrationsmåde og –dosis samt forveksling af patienter er nogle af de hyppigste årsager. Uddannelsen skal således ses som et forsøg på at opkvalificere en faggruppe til at varetage en opgave de har haft igennem længere tid og det ansvar der er forbundet hermed.

Den regionale uddannelse af Social og Sundhedsassistenter i farmakologi reguleres af et permanent kursusråd og afsluttes med eksamen. Uddannelsen varer i 10 dage og er aht. de meget forskellige lægemidler, der anvendes i somatikken henholdsvis psykiatrien, opdelt i disse to spor. Kursets formål og indhold er beskrevet i den vedlagte pjece.

Den regionale farmakologiuddannelse tilrettelægges i AMU regi og indebærer således økonomisk dækning og kompensation til afdelingen ifm. de ansatte Social og Sundhedsassistenteres kursusdeltagelse.

Der er i den regionale vejledning for området lagt nogle begrænsninger i Social og Sundhedsassistenteres medicineringsopgaver, idet det vurderes at det regionale farmakologikursus ikke i nødvendigt omfang tilfører social- og sundhedsassistenterne den fornødne kombinerede viden om klinik, sygdomslære og farmakologi, som kræves for at de kan varetage substitution af lægemidler, kontrollere en læges førstegangordination og foretage den nødvendige kliniske vurdering af patientens behandlingsbehov, som kræves for at udføre en PN-ordination (efter behov behandling), fx ved smerter.

I 2011 har 260 Social og Sundhedsassistenter gennemført 10 dages somatisk farmakologikursus og 24 har gennemført det psykiatriske farmakologikursus.

I 2012 har indtil videre 170 Social og Sundhedsassistenter deltaget i det somatiske spor og ca. 100 i det psykiatriske. Et mindre antal deltagere er ikke i stand til at bestå eksamen i de tre mulige forsøg. Det er især læse- og regnevanskeligheder der er årsagen hertil.

Et stort antal Social og Sundhedsassistenter, har fået merit og godkendelse for deltagelse i tidligere afholdte farmakologikurser i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Der var der i kølvandet på godkendelsen af den regionale vejledning og etableringen af uddannelsen nogle fortolkningsproblemer, der bl.a. førte til at Social og Sundhedsassistenter, især på et hospital i regionen, oplevede at blive frataget medicineringsopgaver. FOA gjorde i eftersommeren 2010 regionsforvaltningen opmærksom på, at flere afdelinger udlagde vejledningens tekst som et forbud mod Social og Sundhedsassistenter dispensering og administration af medicin, og at flere havde oplevet at blive frataget disse opgaver fra den ene dag til den anden.

Der har som følge deraf været afholdt en del møder med FOA og kontakt til det pågældende hospital om uddannelsens og vejledningens formål. Regionsforvaltningen skrev i august 2010 til alle hospitalsdirektioner og understregede at der ikke var tale om et forbud, og at beslutningen om den obligatoriske farmakologiuddannelse ikke havde fagpolitiske undertoner eller intentioner. Alle Social og Sundhedsassistenter, der håndterer medicin, skal som udgangspunkt gennemgå kurset for at kunne løse opgaven fremover. Fratagelse af arbejdsopgaven før kursus er gennemgået, kunne kun ske efter individuel vurdering af medarbejderens kompetencer på området.

Det kan ikke udelukkes, at nogle Social og Sundhedsassistenter på nogle afdelinger oplever, at deres råderum og hermed ansvarsområder i forhold til medicinområdet er blevet indskrænket, idet der var stor forskel på hvilke medicineringsopgaver Social og Sundhedsassistenter varetog. Det er dog regionens opfattelse, på baggrund af tilbagemeldinger fra hovedparten af de Social og Sundhedsassistenter, der har gennemført farmakologikurset, at størstedelen har stor glæde uddannelsen, har oplevet det både meningsfuldt, udfordrende og relevant og ikke mindst har erkendt at ansvaret og opgaver ifm. medicinhåndtering var langt mere omfattende og forbundet med større risici end de havde forestillet sig.

Social og sundhedsassistenter har et bredt virksomhedsområde og uddannelsen er ikke målrettet behandling af akut syge. Social og sundhedsassistenter har således ikke ret til/krav på at udføre en arbejdsopgave, blot fordi der ikke findes lovgivning der eksplicit forbyder dette. Det er altid ledelsens pligt at sikre at personalet er kompetente til at udføre de opgaver de tildeles og således beslutte og bemyndige personale hertil.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Udvalget ønsker at forskelle i praksis for medicinbehandling mellem hospitalerne drøftes administrativt.

Jannie Hjerpe (F), Maja Holt Højgaard (A) og Karin Dubin (A) deltog ikke i sagens behandling

Bilagsfortegnelse:

1. Medicinvejledning
2. Farmakologikurser pjece

Sagsnr:

SAG NR. 7

AKTUELLE KVALITETSDATA

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

3. at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

RESUME

I vedlagte notat præsenteres aktuelle data på kvalitetsområdet og beslægtede områder.

SAGSFREMSTILLING

I vedlagte notat præsenteres data på kvalitetsområdet og beslægtede områder. Notatet tager udgangspunkt i målsætningerne i kvalitetshandlingsplanen suppleret med data for andre relevante indsatser og udvalgte data fra monitoreringen af sundhedsaftalerne.

Der præsenteres data vedrørende
Årsrapport for database for hoftenære frakturer
Blodforbrug

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Jannie Hjerpe (F), Maja Holt Højgaard (A) og Karin Dubin (A) deltog ikke i sagens behandling

Bilagsfortegnelse:

1. Kvalitetsdata juni 2013
2. Blodmanagement i Region H Statusrapport

Sagsnr:

SAG NR. 8

GENEREL ORIENTERING

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

SAGSFREMSTILLING

Administrationen vil på mødet orientere om aktuelle emner

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse medfører ikke økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Administrationen orienterede om status for udmøntning af midler til styrkelse af akutområdet.

Tilrådt.

Jannie Hjerpe (F), Maja Holt Højgaard (A) og Karin Dubin (A) deltog ikke i sagens behandling

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

SAG NR. 9

EVENTUELT

Intet til dette punkt
