

PATIENTUDVALGET – SAMMENHÆNG I PATIENTFORLØBET

Tirsdag den 9. oktober 2012

Kl. 17.00 til 19.30 på Regionsgården, mødelokale H4

Møde nr. 4

Medlemmer:

Flemming Pless (A), formand

Lise Rask (A)

Abbas Razvi (B)

Anne Ehrenreich (V)

Afbud:

Lene Kaspersen (C)

Steen Olesen (F) – vikar for Julie Herdal Molbech (F)

Indholdsfortegnelse

	Side:
1. Nyt kommissorium	3
2. Afrapportering af kvalitetshandlingsplanen	4
3. Patientombuddets årsrapport	6
4. Almen praksis: tilgængelighed og akutbetjening	9
5. Tilgængelighed i Sundhedshuset i Helsingør	15
6. Meddelelser	16
7. Eventuelt	18

Mødet er efter aftale med formanden forlænget med 30 minutter.

SAG NR. 1

NYT KOMMISSORIUM

SAGSFREMSTILLING

Patientudvalget har med sit nye tillægskommissorium fået en række nye fokusområder:

- afrapportering af kvalitetshandlingsplanen for så vidt angår værdien ”patienten i centrum”
- patientvenlighed, forstået som udredning af mulighederne for optimering af brugervenligheden gennem servicedesign og løsninger vedr. mad, tøj, omgivelser, skiltning mv. Erfaringer fra sundhedsvæsenet viser, at servicedesign med relativt få ressourcer kan være med til at give enkle og anvendelige løsninger på forskellige problemstillinger med øget kvalitet til følge,
- kommunikation,
- forhold for indlagte børn og forældre, og
- servicemål og behandling, når operation ikke er muligt.

Tillægskommissorium for Patientudvalget er vedlagt som bilag.

Det indstilles at udvalget på baggrund af det nye kommissorium drøfter en arbejdsplan for de resterende to møder i 2012. Det næste møde foregår i London i forbindelse med studieturen.

KONKLUSION

Udvalgets forslag til emner for mødet i London den 7. oktober (5. møde):

- Tilgængelighed i forbindelse med OL byggeriet i London.
- Kommunikation, herunder kommunikation på fremmedsprog.

Administrationen undersøger, hvilke muligheder der er.

Udvalgets møde den 18. december (6. møde):

- Mødet afholdes hos tværfagligt videntcenter for patientstøtte, med oplæg fra centeret og sag på om hvordan regionen understøtter patienters egenomsorg gennem kurser til personalet i patientkommunikation.

Udvalgets 7. møde primo 2013:

- En rundtur til tre af regionens børneafdelinger.

Følgende medlemmer har ikke deltaget i sagens behandling:

Lene Kaspersen (C)

Steen Olesen (F)

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

SAG NR. 2**AFRAPPORTERING AF KVALITETSHANDLINGSPLANEN**

SAGSFREMSTILLING

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen opstilles konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden.

I det følgende præsenteres kort målsætningen knyttet til værdien om at sætte patienten i centrum. Desuden indeholder afrapporteringen vedrørende patienten i centrum også en status på klager.

Målsætning: En fem procents stigning i andelen af positive svar på syv spørgsmål i LUP'en

Patientudvalget har på de seneste to møder beskæftiget sig med den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser og de kommende regionale initiativer. På sidste møde lagde udvalget især vægt på følgende indsatsområder:

- Overgange, herunder kommunikation om og i overgange.
- Generel forbedring af LUP-tallene som pejlemærke, frem for kun at se på de syv der er defineret i kvalitetshandlingsplanen.
- Det er vigtigt at sikre læring på tværs af afdelinger og hospitaler.
- Varige forbedringer af patienternes oplevelser opnås ikke med mindre det prioriteres ledelsesmæssigt.
- Incitamenter og konsekvens overfor personalet er nyttige redskaber i arbejdet med at forbedre patienternes oplevelser.
- Patientkontakt bør være en væsentlig del af de sundhedsprofessionelles uddannelse.

Det indstilles at udvalget drøfter bemærkningerne til denne målsætning, som de er skitseret i afrapporteringen, hvilket er baseret på drøftelserne ved seneste møde.

Klagesager

Klagersager indgår ikke som en målsætning i regionens kvalitetshandlingsplan og er ikke tidligere afrapporteret i denne forbindelse. Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft. Denne del af afrapporteringen er at betragte som en baseline. Formålet med det nye system er bl.a. at styrke patienternes retsstilling samt at understøtte, at der i endnu højere grad end hidtil sker en læring i hele sundhedsvæsenet. Dette gør at klager er interessante i forhold til kvalitetspolitikken.

Det indstilles at udvalget kommer med bemærkninger, herunder drøfter hvordan klagesager bedst kan inddrages i kvalitetshandlingsplanen for det næste år.

KONKLUSION

Udvalget godkendte bemærkningerne vedrørende LUP.

Udvalget havde følgende bemærkninger i forhold til klager:

- Det giver god mening at inkludere klageområdet i kvalitetshandlingsplanen.
- Klager er en vigtig kilde til læring og kan med fordel indarbejdes bedre i hospitalernes arbejde med kvalitetsudvikling.
- Udvalget vil i foråret 2013 se nærmere på, hvordan vi kan blive endnu bedre til at få læring fra klageområdet – herunder fra dialogsamtalerne. Metoder til dette kunne være at bruge klager som case-historier og lære af hinanden på tværs af hospitaler (tilsvarende det arbejde der fx er gjort i LUP arbejdsgruppen).
- Udvalget finder det beklageligt, at Patientombuddet i deres årsrapport for 2011 ikke har detaljeret statistiske opgørelser, der kan bidrage til læring fra klageområdet.

Desuden vil udvalget gerne understrege, at man ud over klageområdet også bør være opmærksom på, at der skabes god læring ved feedbacksamtaler. Udvalget finder, at denne metode fortsat bør udbredes.

Bemærkningerne er tilføjet til afrapporteringen af kvalitetshandlingsplanen, som er vedlagt som bilag til konklusionerne.

Følgende medlemmer har ikke deltaget i sagens behandling:

Lene Kaspersen (C)

Steen Olesen (F)

Bilagsfortegnelse:

1. Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan – Patienten i centrum

Sagsnr:

SAG NR. 3

PATIENTOMBUDDETS ÅRSBERETNING FOR 2011

SAGSFREMSTILLING

Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft. Formålet med det nye system var bl.a. at styrke patienternes retsstilling samt at understøtte, at der i endnu højere grad end hidtil sker en læring i hele sundhedsvæsenet.

Som et led i denne ændring oprettedes Patientombuddet, der bl.a. overtog sekretariatene for det tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (nu Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn) og den del af Sundhedsstyrelsen, der varetager driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Disciplinærnævnet behandler ligesom førhen Patientklagenævnet klager over konkrete sundhedspersoners faglige virke.

Med det nye klagesystem indførtes imidlertid også en adgang til at klage til Patientombuddet over sundhedsvæsenets samlede virksomhed i et patientforløb og adgang til at klage over manglende overholdelse af en lang række af patientrettigheder efter sundhedsloven, som der ikke hidtil havde været mulighed for at klage over. Med det nye klagesystem fik regionerne endvidere pligt til at tilbyde og hvis patienten ønsker det at afholde en dialog med patienter, der har klaget til Patientombuddet eller til Disciplinærnævnet over den sundhedsfaglige behandling.

Patientombuddet skal udarbejde en årsberetning om sin virksomhed, og regionerne skal bidrage med oplysninger hertil. Senest 6 måneder efter Patientombuddets offentliggørelse af årsberetningen skal regionsrådet redegøre for, hvilke initiativer årsberetningen har givet anledning til.

I **vedlagte** årsberetning, der udkom 16. maj 2012, har Patientombuddet redegjort for sin virksomhed i 2011. Patientombuddet har i årsberetningen særligt omtalt antallet af klager, det nye klagesystems betydning for læringen i sundhedsvæsenet og betydningen af det nye element: dialogerne.

Indledningsvist anføres i forordet til årsberetningen, at Patientombuddets første leveår var præget af, at Patientombuddet var en ny myndighed.

Patientombuddet oplyser, at der er modtaget i alt 4.893 klager i 2011. Dette antal omfatter både klager over den sundhedsfaglige behandling og klager over manglende overholdelse af patientrettigheder efter sundhedsloven. Som det anføres i årsberetningen skal klageantallet ses i sammenhæng dels med de mange millioner patient-kontakter, der er i sundhedsvæsenet hvert år, dels med de næsten 100.000 rapporteringer af utilsigtede hændelser, der var i 2011.

Der er tale om en stigning på 3 % i forhold til 2010 (svarende til 123 flere klager), hvor det dog ikke var muligt at klage over manglende overholdelse af rettigheder efter sundhedsloven. Det kunne indikere et fald i antallet af klager over sundhedsfaglig behandling på landsplan. Hvilket må betragtes som en interessant udvikling. Dog skal det understreges at årsrapporten ikke indeholder nogen nærmere opgørelse over klagerne, hverken omkring geografisk fordeling, fordeling på sektorer eller specialer, eller klagetyper. Det er dermed svært at konkludere ud fra totaltallene.

Hvad angår læringen i sundhedsvæsenet, oplyser Patientombuddet, at samlingen af klage- og erstatningssager og administrationen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, giver Patientombuddet en unik mulighed for at videreformidle den viden og læring, der kan uddrages af både klage- og erstatningssager og rapporteringen af utilsigtede hændelser.

Med udgangspunkt i denne viden, har Patientombuddet udviklet en strategi for læring, der skal sikre, at den indhentede viden kan anvendes proaktivt med henblik på at skabe viden, der kan forbedre patientsikkerheden og kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Patientombuddets læringsenhed har således i 2011 udgivet en række nyhedsbreve, OBS-meddelelser og temarapporter.

Hvad angår det nye element: dialoger fremgår, at der blev afholdt 542 dialoger i regionerne, og i 239 af tilfældene fandt patienten, at der herefter ikke var grund til at opretholde klagen.

Årsberetningen viser, at der procentvis er nogen forskel regionerne imellem på, hvor ofte dialogen fører til, at patienten trækker klagen tilbage. Samlet set vælger 44 % af de patienter, der tager imod tilbuddet om dialog, at afslutte deres klage efter en dialog. Patientombuddet konkluderer derfor, at ordningen om dialog i klagesager er en succes.

Regionsrådet skal, som ovenfor nævnt i henhold til lov om klage og erstatning inden for sundhedsvæsenet redegøre for, hvilke initiativer årsberetningen har givet anledning til. En rundspørge til regionens hospitaler og til psykiatrien giver følgende tilbagemeldinger i forhold til Patientombuddets årsrapport:

- Man har noteret sig, at der i forhold til landsgennemsnittet er en lavere tilbage-trækningsprocent i Region Hovedstaden. Det har givet anledning til, at der på hospitalerne og i psykiatrien rettes mere fokus på dokumentationen af dialogen.
- Endvidere fremhæver direktionerne, at der arbejdes kontinuerlig både med læring af selve klagerne, men også læring i forbindelse med dialogen med patienterne.
- For så vidt angår Patientombuddets kapitel om læring, har dette ikke givet anledning til specifikke initiativer.

Herudover bør det bemærkes i tilbagemeldingen vedrørende Patientombuddets årsberetning, at denne fremadrettet bør omfatte statistiske oplysninger om klagerne. Dette ud fra et hensyn til at få opgjort statistikkerne på et ensartet grundlag og for, at regionerne derved får et redskab, der kan indgå i monitoreringen af udviklingen i klagerne, herunder en mulighed for at sammenligne udviklingen i klagerne med andre regioner.

Det indstilles at udvalget drøfter Patientombuddets årsrapport og kommentarerne ovenfor med henblik på at komme med bemærkninger til Årsrapporten. På baggrund af drøftelserne udarbejder administrationen et udkast til svar til Patientombuddet. Dette forelægges forretningsudvalget den 13. november 2012 og godkendes af regionsrådet den 20. november 2012.

KONKLUSION

Patientudvalget tilslutter sig kommentarerne til Patientombuddets årsrapport. Årsrapporten for 2011 giver ikke anledning til, at man kan drage læring og Patientudvalget finder, at man fremadrettet bør have langt større fokus på dette.

Desuden efterspørger Patientudvalget at Årsrapporten indeholder informationer om, hvor lang sagsbehandlingstiden på klagesagerne er og hvordan man arbejder på at sikre en hurtig sagsbehandling.

Følgende medlemmer har ikke deltaget i sagens behandling:

Lene Kaspersen (C)

Steen Olesen (F)

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr: 12007998

SAG NR. 4**ALMEN PRAKSIS: TILGÆNGELIGHED OG AKUTBETJENING**

SAGSFREMSTILLING

Patientudvalget har i sit kommissorium tilgængelighed i almen praksis som fokusområde. Gennem forårets tværgående arbejdsgruppe på akutområdet har udvalgets medlemmer allerede beskæftiget sig med området.

Nedenfor gives en status for arbejdet med tilgængelighed i almen praksis. Dette er til orientering for udvalget. Derefter behandles almen praksis rolle i den akutte betjening i Region Hovedstaden. Det sker ved først at se på, hvordan det ser ud i dag, hvilke målsætninger der er for fremtiden, hvad man kan lære af strukturen for akutbetjening i Region Midtjylland, samt hvilke udfordringer der er. Denne del af punktet er til drøftelse.

Stabsdirektør Else Hjortsø og Direktør Freddy Lippert deltager under punktet.

Tilgængelighed i almen praksis

Tilgængelighed er væsentligt for at almen praksis effektivt kan fungere som indgang til det samlede sundhedsvæsen. Tilgængelighed til almen praksis er også væsentligt for, at borgeren benytter sundhedstilbuddene rigtigt, herunder ved akut sygdom. Nedenfor er knyttet nogle ord til de to former for tilgængelighed, der har været mest fokus på de senere år.

Fysisk tilgængelighed

For at skabe lige muligheder for patienten for benyttelse af lægehjælp i almen praksis er det et ønske at fremme forholdene for bevægelseshæmmede. Det er en målsætning i Praksisudviklingsplan for almen praksis, der er i høring, at praksis skal være tilgængelig for handicappede, og at patienten har kendskab til den fysiske tilgængelighed.

I februar 2012 blev de praktiserende læger i Region Hovedstaden via et spørgeskema adspurgt om klinikkens fysiske tilgængelighed. Spørgeskemaet var en del af en større afrapportering på akutområdet.

Undersøgelsen viste, at 16 % af klinikkerne opfylder alle nedenstående krav.

- Niveaufri adgang til praksis eller alternativt en elevator, der er anvendelig for kørestolsbrugere.
- Passagebredde (døre) så en kørestolsbruger kan passere.
- Toiletforhold som er tilgængelige og anvendelige for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede.
- Handicap p-forhold i nærheden af praksis.

Ifølge overenskomsten er lægerne alene forpligtet til at *tilstræbe*, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, hvilket begrænser regionens muligheder for at indfri ønsket, dog undtaget ved etablering af nye klinikker. Ordet ”tilgængelig” er i øvrigt ikke defineret i overenskomsten.

Status

Det er på et møde mellem PLO-Hovedstaden og Vibeke Storm Rasmussen besluttet at følge op på denne undersøgelse ved at gennemføre besøg og registrering af adgangsf forhold til alle klinikker i almen praksis. En nærmere tilrettelæggelse pågår aktuelt.

Telefonisk tilgængelighed

Den seneste undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed viste, at 18 % af praksis ikke er tilgængelige på telefonen, dvs. hvor der i opkaldet hverken opnås kontakt til personale eller modtages en relevant henvisning til en anden lægepraksis.

Af hensyn til service overfor patienter er det nødvendigt med en indsats for forbedret telefonisk tilgængelighed, særligt hvis almen praksis skal varetage sin akutforpligtelse effektivt. Derfor er det afgørende, at den telefoniske tilgængelighed i almen praksis forbedres.

Almen praksis er i henhold til overenskomsten forpligtet til, at klinikken kan træffes telefonisk i dagtiden, evt. ved henvisning til en navngiven stedfortræder.

I det omfang patienten ikke kan skabe kontakt over telefonen til almen praksis i en akut situation, bliver det vanskeligt for patienten at benytte sundhedstilbuddene i sundhedsvæsenet hensigtsmæssigt.

Hidtil har regionen bestræbt sig på at beskrive, hvordan almen praksis kan forbedre sin tilgængelighed, og dermed understøtte klinikkerne i at varetage sin forpligtelse om telefonisk tilgængelighed. Det kan ske dels via tekniske løsninger til telefonsystemer med køfunktion og lignende, dels ved at organisere sig, så der altid er personale til at tage telefonen – også når lægen er på sygebesøg eller optaget i konsultationen.

Status

I starten af 2013 er der planlagt en opfølgning på ovennævnte undersøgelse. Undersøgelsen skal ikke kun anvendes til at danne et overblik over den generelle telefoniske tilgængelighed i Region Hovedstaden, men skal også udføres med henblik på at kunne følge op på tilgængeligheden i den enkelte praksis. Dette forudsætter en mere solid metode, hvor der bl.a. foretages flere opringninger til hver enkelt praksis.

Det indstilles at udvalget tager orienteringen til efterretning.

Almen praksis' rolle i den akutte betjening i Region Hovedstaden

1. I dag

Almen praksis varetager (jf. overenskomst om almen lægehjælp) akut betjening af egne patienter i dagtiden. I vagttiden varetages de akutte patienter med behov for almen lægehjælp af Lægevagten.

Lægevagten er telefonvisiteret – patienterne skal ringe til lægevagten telefonvisitation, hvor en læge giver råd og vejledning, henviser til undersøgelse i en lægevagtskonsultation eller i særlige situationer til besøg i hjemmet af en kørende vagtlæge. Lægevagten kan også henvise til akutmodtagelse og til indlæggelse.

Det er Hovedstadsregionens Praktiserende Læger, som driver Lægevagten efter aftale med Region Hovedstaden. Lægevagten fungerer som en selvstændig funktion uden tilknytning til hospitalsfunktioner.

Lægevagten 10 konsultationssteder er fysisk beliggende på regionens hospitaler, nogle side om side med regionens akutmodtagelser. Et begrænset samarbejde mellem lægevagt og akutmodtagelser er beskrevet i særskilte aftaler.

2. Målsætninger for fremtiden

Regionsrådet har i forbindelse med Hospitals- og psykiatriplan 2020 og i den tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet formuleret og drøftet målsætninger for den akutte betjening af borgerne herunder i almen praksis og lægevagten.

Følgende hensigtserklæringer beskrives i hospitalsplanen:

- at borgerne skal have en let adgang til en kompetent døgndækket akutbetjening og relevant præhospital behandling.
- at det akutte beredskab skal være enstrengt, og at det betyder, at overvejelser om sammenlægning af skadestuer og lægevagt skal indtænkes.
- at alle der kommer til skade eller bliver syge, skal kunne forvente en hurtig og kvalificeret vej til den rette hjælp, og at en ny opbygning af akutsystemerne er nødvendig.
- at regionen etablerer en Akuttelefon, som skal understøtte målet om at sikre regionens borgere en entydig og lige adgang til kompetent døgndækket akutbetjening.

Målsætninger om samarbejde mellem lægevagt og akutmodtagelser og akutklinikker

Det indgår i hospitalsplanen:

- at akutbetjeningen moderniseres i overensstemmelse med de nye muligheder, som sammenlægning af specialer og den teknologiske udvikling giver
- at det er målet, at lægevagten integreres med henholdsvis akutmodtagelse og fælles akutmodtagelse

I hospitalsplanen indgår også, at der skal etableres akutklinikker i Helsingør og Frederikssund, inden hospitalerne dér nedlægges. Akutklinikkerne skal kobles til sundheds-huse med kommunale tilbud, og placeres i fysisk sammenhæng med lægevagtskonsultationer.

Regionsrådet tiltrådte i juni 2012, at der etableres et sundhedshus i Helsingør med en regional akutklinik og en række ambulatoriefunktioner tilknyttet Hillerød Hospital. Akutklinikken bemannes med behandlersygeplejersker, som har lægelig backup fra Hillerød Hospital. Det fremgår, at regionens ønske er at få videreudviklet en model med lægevagt og fast tilknyttede praktiserende læger.

Budgetaftalen af 13.9.2012 konkretiserer, at det på sigt ønskes at akutklinikken behandlere sygeplejersker understøttes af bl.a. lægevagt og praktiserende læger, som kan medvirke til vurdering og behandling af patienter i akutklinikken, når dette skønnes nødvendigt.

Målsætninger om visitation

Hospitalsplanen fastlægger endvidere rammerne for 'Akuttelefonen'. Akuttelefonen etableredes primo 2012 og udgør et døgnåbent tilbud til borgerne om rådgivning ved akut sygdom og skader samt vejledning i forhold til egenomsorg, kontakt til praktiserende læge, akutmodtagelse eller fælles akutmodtagelse.

Budgetaftalen af 13.9.2012 beskriver en videreudvikling af akuttelefonen:

- akuttelefonens rolle skal styrkes det kommende år, så flere borgere benytter akuttelefonen, og dermed bliver henvist til rette regionale sundhedstilbud. Det nævnes, at dette skal lette overgangen til visiterede akutmodtagelser og akutklinikker, som regionen i henhold til økonomiaftalen mellem regionen og Danske Regioner skal gennemføre senest i foråret 2014.
- den visiterede adgang skal, foregå via akuttelefonen.

Notat fra møde i oktober 2011 mellem regionens Koncerndirektion og PLO Hovedstaden beskriver regionens ønske om at indgå aftale med de praktiserende læger om:

- at akuttelefonen på sigt, kan visitere borgere til konsultation i lægevagten.

Dette ønske fra regionen blev på mødet i oktober 2011 ikke imødekommet af PLO Hovedstaden, som ønskede at fastholde en lægelig visitation.

Målsætningerne om øget integration af lægevagt og akutmodtagelser, og en fælles enstrengt visitation kan ses i sammenhæng med anbefalinger fra Udvalg om det Præhospitale Akutberedskab¹.

Anbefalingerne fra Udvalget om det Præhospitale Akutberedskab omfatter:

- at den ledelsesmæssige struktur af lægevagten medvirker til, at understøtte en entydig og sammenhængende akutindsats i den enkelte region. Hovedparten af udvalget (de statslige repræsentanter, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd) anbefaler en integreret ledelsesmodel, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionerne. Lægeforeningen anbefaler en model, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i almen praksis med et tættere samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.
- at der sker en øget brug af praksispersonale i lægevagten.
- at fremtidens lægevagt er fleksibel og differentieret og i højere grad målrettes lokale behov.
- at der sker en fortsat udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten.

Overenskomst om almen praksis² beskriver, at PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn er enige om, at anbefalingerne fra Udvalget om det Præhospitale Akutberedskab skal søges indfriet ved samarbejde mellem de praktiserende læger og de enkelte regioner. PLO har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedrørende fælles regional ledelse af lægevagten.

¹ Indenrigs- og sundhedsministeriet, november 2011: Status for Udvalget om det Præhospitale Akutberedskabsarbejde - sammenfatning.

Afsnit 5 Fremtidens vagtlægeordning.

² Regionernes Lønnings- og Takstnævn: Overenskomst om almen praksis, april 2011. Bilag 3. Protokollat om lægevagten 21.12.2010.

Målsætninger om tilgængelighed for akutte patienter hos egen praktiserende læge
Regionsrådet tiltrådte juni 2012 at arbejde videre med anbefalingerne om tilgængelighed i almen praksis, herunder:

- at der stilles krav om, at tilgængeligheden i almen praksis øges, særligt gennem forbedring af telefonbetjeningen. En anbefaling, som også omhandler tilgængelighed for patienterne ved akut behov for lægehjælp.

3. Ny struktur for akutbetjeningen i Region Midtjylland: elementer der kan understøtte den ønskede udvikling i Region Hovedstaden

Region Midtjylland har indgået aftale med almen praksis om et udvidet samarbejde på akutområdet. Der etableres en enstrengt lægelig visitation for den akutte betjening via egen praktiserende læge og lægevagten. Dette gælder i alle tilfælde, hvor der ikke rekvireres hjælp via 112. Der etableres endvidere samarbejde om akutklinikkerne, hvor lægevagten fremover udgør den lægefaglige backup for behandlersygeplejerskerne i vagttiden. Ligeledes etableres et samarbejde i akutafdelingerne, hvor lægevagten integreres fysisk, med bl.a. fælles venterum. I vagttiden etableres fælles triage af patienter mellem lægevagt og akutafdeling og der skal ydes bistand fra akutafdelingens sygeplejersker til lægevagts læger.

Aftalerne i Region Midtjylland beskrives nærmere herunder.

Samarbejde mellem lægevagten og akutklinikker

Den samarbejdsmodel, som Region Midtjylland har aftalt, ligger på linje med Region Hovedstadens målsætninger og ønsker, også i forhold til etablering af sundhedshuset i Helsingør. Aftalen fra Region Midt betyder, at det i vagttiden er lægevagten, som har det lægefaglige ansvar på de sygeplejebemandede akutklinikker, mens det i dagtiden er et hospitalsansvar.

I vagttiden skal akutklinikken behandlersygeplejersker assistere lægevagten i behandlingsarbejdet, og akutklinikken udstyr vil også stå til rådighed for lægevagten. Aftalen indeholder retningslinjer for ansvarsfordeling mellem læger og sygeplejersker, samt retningslinjer for opgavefordeling i forhold til behandlingstyper. Det indgår i aftalen, at aktivitetsregistrering i vagttiden sker i lægevagtsjournalen og i dagtiden i hospitalernes IT-systemer. Det langsigtede mål er en integreret IT-løsning. Vagtlægerne honoreres pr. konsultation jævnfør overenskomst om almen lægehjælp, og honoreres også for de behandlinger, som behandlersygeplejersken afslutter, hvor vagtlægen har det lægefaglige ansvar. Sygeplejerskerne ansættes på de hospitaler, hvortil akutklinikken er knyttet og aflønnes derfra.

Samarbejde mellem lægevagten og akutmodtagelser

Modellen for dette samarbejde i Region Midtjylland indebærer, at udiagnosticerede patienter til lægevagt og akutafdeling modtages til udredning og behandling i samme fysiske område. Fordeling af patienterne mellem lægevagt og akutafdeling sker ved ankomsten ud fra lokalt udarbejdede instrukser.

Sygeplejersker assisterer lægevagten i behandlingsarbejdet. Opgavefordeling, behandlingsansvar, bemanning og honorering er beskrevet i aftalen. Den praktiske tilrettelæggelse af samarbejdet sker lokalt i dialog mellem vagtlægechefen og ledelsen i akutafdelingen.

Region Midtjylland ønsker, at patienterne i højere grad oplever et integreret akuttilbud. Regionen ønsker derfor at udvikle en ensartet model for kommunikationen omkring henvisninger og epikriser mellem egen læge, vagtlæge og akutafdeling. Der stilles endvidere forventninger til, at Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis vil indeholde standarder for lægevagtens samarbejde med akutafdelinger.

Visitation

Region Midtjyllands model med at lægge visitationen over til almen praksis i dagtiden og til lægevagten i vagttiden passer ikke ind i Region Hovedstadens målsætninger om en samlet visitation via akuttelefonen 1813.

4. Udfordringer

Region Hovedstaden står overfor en række udfordringer på akutområdet:

- samarbejde om anvendelse af 1813 som fælles indgang for alle patienter med behov for akut hjælp
- samarbejde mellem lægevagt og akutmodtagelser og akutklinikker
- samarbejde med de praktiserende læger om akutte patienter
- praktiserende læges tilgængelighed

Aftalen i Region Midtjylland beskriver modeller for løsninger af nogle af disse udfordringer, dog uden at de er helt veldefinerede. Der savnes desuden en vurdering af aftalens økonomiske konsekvenser. Region Midtjylland forventer dog, at aftalen er udgiftsneutral for det samlede sundhedsvæsen. Andre elementer i aftalen er direkte i modstrid mod de mål for opgaveløsningen, der er valgt i Region Hovedstaden.

Det indstilles, at udvalget drøfter almen praksis' rolle i den akutte betjening i Hovedstaden.

KONKLUSION

Tilgængelighed: Udvalget drøftede, hvilke muligheder der er for at skærpe kravene til almen praksis. I dag ved man faktisk ikke, hvor god tilgængeligheden til almen praksis er, og man er ved at tilrettelægge en undersøgelse af dette. Her påtænker man at inddrage organisationen God adgang (www.godadgang.dk), til at opmåle de fysiske forhold. Fordelene ved dette er: 1) De er en uvildig part, 2) de kender lovgivningen og er vant til opgaven, 3) de udarbejder efterfølgende en rapport til den enkelte praksis.

Almen praksis' muligheder for at forbedre handicaptilgængeligheden er til dels defineret af kommunernes lokalplaner. Regionen hjælper lægerne med dialogen med kommunerne, når lokalplanerne spænder ben for en forbedret tilgængelighed. Else Hjortsø understregede, at man oplever, at kommunerne er blevet mere samarbejdsvillige i forhold til at afvige fra lokalplanen.

Udvalget konkluderede, at det er vigtigt med fortsat fokus på området.

Akutbetjening: Ordningen i Region Midtjylland i forhold til at etablere en enstrengt akutbetjening minder en del om det man ønsker i Region Hovedstaden. Men de bru-

ger lægevagten som visiterende enhed til akutklinikkerne, hvor Region Hovedstaden vil bruge 1813. Region Midtjyllands økonomi er uafklaret og det er vurderingen fra Koncern Praxis, at det vil koste flere penge. Desuden er der stadig tale om to forskellige afregningssystemer og to forskellige it-systemer.

Udvalget drøftede mulighederne for at afprøve andre måder at organisere akutbetjeningen på i et afgrænset geografisk område. Dette kan ikke lade sig gøre, da det vil blive betragtet af PLO som en opsigelse af den eksisterende aftale.

Udvalget konkluderede, at det er oplagt med et bedre samarbejde omkring akutbetjeningen, således at der etableres et reelt enstrengt system.

Sagsnr: 1-30-72 12009393

SAG NR. 5

TILGÆNGELIGHED I SUNDHEDSHUSET I HELSINGØR

SAGSFREMSTILLING

I planlægningsområde Nord etableres ét samlet hospital på matriklerne i Hillerød og i Frederikssund hvilket betyder, at Helsingør Hospital skal lukkes. Inden lukningen af Helsingør Hospital oprettes et sundhedshus med en akutlink.

Det er i Budget 2013 besluttet, at sundhedshuset skal etableres på adressen Muregade 5 i Helsingør. Her findes der i dag et ledigt lejemål i en privat ejendom, der kan rumme de hospitalsrelaterede regionale funktioner.

På adressen findes allerede et "sundhedscenter" som aktuelt rummer to praksisfællesskaber (5 lægepraksis), praktiserende øjenlæge, kiropraktor, diætist, psykolog og fodterapeut.

Muregade 5 er tilgængelig for borgere med fysisk handicap både ude og inde.

Handicapegnethed for arealer uden for bygningen

Muregade 5 opfylder alle krav om handicapegnethed for arealer uden for bygningen, herunder at overgangen mellem ude og inde er udformet handicapegnet, det vil sige niveaufri - jf. krav i lokalplan 2.98, Helsingør Kommune.

Øvre og nedre plads er forbundet med en trappe. Kørestolsbrugere skal derfor benytte fortov uden om bygningen for at komme fra øvre plads til nedre plads og omvendt.

Der er i alt 8 handicap-parkeringspladser, hvoraf to er placeret lige uden for hovedindgangen på vestsiden af Jørn Utzons Plads, to på østsiden af pladsen, kaldet nedre plads og 3 pladser på øvre plads på østsiden, dvs. ind mod sundhedshuset og 1 plads på øvre plads på østsiden.

Handicapegnethed inde i bygningen

Sundhedshuset opfylder kravene til handicapegnethed.

Der er i alt 4 handicaptoiletter, ét på hver etage med adgang til brusebad og håndvaske.

Bygningen har endvidere 4 handicapegnet elevatorer – såkaldte senge-elevatorer - hvis indvendig mål er 120 x 280 cm og med fri dørbredde på 100 cm. Gangbredde i huset er 220 cm.

Det indstilles at udvalget tager orienteringen til efterretning.

KONKLUSION

Udvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsnr:

SAG NR. 6**MEDDELELSER**

SAGSFREMSTILLINGResultater af intern – ekstern auditering af rengøringen på hospitalerne og psykiatriske centre forår 2012

Der har i maj – juni 2012 været gennemført intern – ekstern audit af rengøringen på regionens hospitaler og psykiatriske centre med anvendelse af standarderne:

INSTA 800 2011: System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet og DS 2451. Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 10. Krav til rengøring version 2011.

Opmærksomhed henledes på, at vurdering af lokalerne fra 2012 også skal godkendes efter DS 2451-10.

For at sikre så ensartet en vurdering af de enkelte lokaler som muligt, er der udpeget et antal trænede serviceledere som auditorer fra henholdsvis hospitalerne som de psykiatriske centre. Disse auditorer, i alt 17 personer, har gennemgået et intensivt teoretisk og praktisk undervisning i brugen af de to standarder. Disse auditorer kaldes ”superteam” i rengøring. På bilag 1 ses det auditskema som anvendes ved vurdering af hvert enkelt lokale.

I lighed med tidligere er standarden i INSTA 800 for godkendelse af operationsstuer og intensivstuer sat til 100 %. For øvrige lokaler er godkendelsesprocenten 70 %. Som noget nyt fra 2012 er hygiejnestandarden DS 2451-10 også bestemmende for vurdering af rum.

Resultaterne viser:

Hospitalernes lokaler er godkendt med:

INSTA 800: 79,9 % med en spredning fra 55 % til 100 %

Tidligere resultater: 2011: 67,8 %, 2010: 32,7 %

DS 2451-10: 56,7 % med en spredning fra 25 % til 82,5 %

Psykiatriske centre er godkendt med:

INSTA 800: 68 % med en spredning fra 30 % til 100%

Tidligere resultater: 2011: 59 %, 2010: 28,6 %

DS 2451-10: 46,4 % med en spredning fra 15 % til 80 %

Kommentarer til resultaterne:

Som det fremgår af resultaterne er der sket en gradvis forbedring af rengøringsniveauet år for år for INSTA 800. Hvad angår DS 2451-10 er det første gang, at denne standard vurderes særskilt, hvorfor der ikke er sammenligningsmuligheder. Men skal der gøres en forsigtig sammenligning så ligger resultatet af godkendte lokaler væsentlig højere på DS 2451-10 end den første vurdering af INSTA 800 i foråret 2010. Dette kan skyldes, at der er stort fokus på rengøring, herunder megen undervisning.

KONKLUSION

Udvalget er meget tilfreds med, at man har valgt at stramme op om kravene til rengøring. Fortsat fokus på området er vigtigt og har også selvstændig betydning for personalets kompetenceudvikling og oplevelse af, at de løfter en væsentlig opgave.

Udvalget vil fortsat være opmærksom på rengøringen på operationsstuerne. Herudover bemærker man, at psykiatrien ikke klarer sig lige så godt som somatikken. Det bør der også være opmærksomhed på.

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

SAG NR. 7

EVENTUELT

SAGSFREMSTILLING

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

Mødet slut kl. 19.30