



Til medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

26-09-2023

MDR-2022-00277

Ulla Riel

## Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse den 28. september 2023

**Deltagere:** Anders Kühnau, Stephanie Lose, Mads Duedahl, Lars Gaardhøj, Heino Knudsen, Mette With Hagensen, Trine Birk Andersen, Mogens Nørgaard, Kirsten Devantier, Randi Mondorf, Christoffer Buster Reinhardt, Per Larsen, Martin Jakobsen, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen

**Afbud:** Anders G. Christensen

**Mødested:** Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø



# Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig) .....	5
2 (Fortrolig) .....	5
3 (Fortrolig) .....	5
4 (Fortrolig) .....	5
5 (Offentlig) Psykiatri- og socialudvalgets forslag til initiativer i den pressede børne- og ungdomspsykiatri .....	6
6 (Fortrolig) .....	10
7 (Fortrolig) .....	10
8 (Fortrolig) .....	10
9 (Offentlig) Opfølgning på akutplanen.....	11
10 (Fortrolig) .....	13
11 (Fortrolig) .....	13
12 (Fortrolig) .....	13
13 (Offentlig) Nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling i sundhedsvæsenet .....	14
14 (Offentlig) Behandlingsrådets større analyser .....	18
15 (Offentlig) Nedlæggelse af Innovationsboard, udarbejdelse af forslag til set-up for mini-evalueringer samt gennemførelse af servicetjek af Behandlingsrådet.....	23
16 (Fortrolig) .....	26
17 (Offentlig) Fordeling af den fremtidige økonomi til regionernes fælles forskningspuljer samt justering af Medicin- og Behandlingspuljen .....	27
18 (Offentlig) Udviklingen i antallet af speciallæger - status 1. halvår 2023.....	32
19 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2024 .....	41
20 (Offentlig) Danske Regioners deltagelse i Folkemødet 2024 .....	48
21 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner m.v.....	50
22 (Offentlig) Hverv - ændringer i Psykiatri- og socialudvalget .....	53
23 (Offentlig) Generelle orienteringer .....	54
24 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	58
25 (Fortrolig) .....	58
26 (Offentlig) Næste møde .....	59
27 (Offentlig) Eventuelt .....	60
28 (Fortrolig) .....	60



1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

## 5 (Offentlig) Psykiatri- og socialudvalgets forslag til initiativer i den pressede børne- og ungdomspsykiatri

---

Helene Munk Fog  
EMN-2022-01548

### Resumé

Bestyrelsen har bedt Psykiatri- og socialudvalget om at pege på løsninger i den pressede børne- og ungdomspsykiatri. Med faglige inputs fra regionerne peger udvalget på, at der først og fremmest er behov for at komme hurtigt i gang med implementeringen af 10-årsplanen for psykiatrien og det prioriterede indsatsområde om opbygning af et lettilgængeligt tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. Derudover er der behov for øget prioritering af indsatser til at rekruttere og fastholde personale, og for at styrke kendskab til årsagerne til den stigende mistrivsel blandt børn og unge.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen drøfter Psykiatri- og socialudvalgets forslag til initiativer i den pressede børne- og ungdomspsykiatri, og  
at bestyrelsen beslutter, hvilke tiltag Danske Regioner skal arbejde videre med.*

---

### Sagsfremstilling

kommunerne, som må forventes at mindske presset ind mod børne- og ungdomspsykiatrien, og i forhold til at styrke kvaliteten i indsatserne til de sværest syge børn og unge med forløbsbeskrivelser.

På baggrund af politiske drøftelser og faglige inputs fra regionerne, foreslår Psykiatri- og socialudvalget følgende initiativer:

1. Udbredelse af forebyggende indsatser som de gode tværsektorielle eksempler på et lettilgængeligt tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel, som allerede eksisterer, herunder STIME og Mind My Mind, samt af digitale indsatser som Mindhelper.dk
2. Styrket indsats til de sværest syge børn og unge
3. Indsatser til at styrke fastholdelse og rekruttering
4. Mere forskning på årsagerne til stigende mistrivsel

*Forebyggende indsatser – Lettilgængeligt kommunalt tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel og digitale indsatser*

10-årsplanens lettilgængelige tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel skal opbygges i kommunerne og sikre rette indsats til rette barn og ung på rette tidspunkt. Det lettilgængelige tilbud forventes derfor over tid at mindske presset på børne- og ungdomspsykiatrien ved at sikre tidlige indsatser, der

forebygger, at psykisk mistrivsel udvikler sig til psykisk sygdom og behov for psykiatrisk behandling.

I regi af Sundhedsstyrelsen er der i foråret 2023 blevet nedsat en arbejdsgruppe, som skal rådgive Sundhedsstyrelsen, Social- og Boligstyrelsen og Styrelsen for Uddannelse og Kvalitet ved at drøfte og kvalificere de faglige rammer om udredning og lettere behandling til børn og unge med psykisk mistrivsel og/eller symptomer på psykisk lidelse. Danske Regioner er repræsenteret ved én sekretariatsmedarbejder og to regionale repræsentanter. Danske Regioner vil i arbejdsgruppen understrege, at de faglige rammer for et nyt lettilgængeligt kommunalt tilbud skal tage udgangspunkt i de allerede fungerende indsatser, som kan blive udbredt og integreret med hinanden, så flere børn og unge kan få gavn af dem.

I regionerne findes der allerede gode eksempler på lettilgængelige tilbud, som er med til at sikre rette indsats til rette barn/ung på rette tidspunkt, og hvor kommuner og regioner understøtter hinanden med relevante faglige kompetencer og arbejdsopgaver, heriblandt STIME og Mind My Mind.

STIME er et tværsektorielt samarbejde mellem Region Hovedstaden og kommuner i regionen, der tilbyder let behandling til børn og unge i psykisk mistrivsel. Ved udgangen af 2023 forventes det, at 16 kommuner er med i STIME-partnerskabet, stigende til 20 kommuner i 2025 og på sigt alle 29 kommuner i Region Hovedstaden. I Region Sjælland er der i budgettet for 2023 også afsat midler til implementeringen af STIME. I første omgang til deltagelse fra fire kommuner. Ultimo maj 2023 havde 10 kommuner tilkendegivet, at de vil indgå i udviklingspartnerskabet om STIME. Region Nordjylland og Region Syddanmark har på politisk niveau ligeledes vist interesse for STIME. Deltagelse i STIME kræver, at både kommuner og region afsætter midler til samarbejdet.

Mind My Mind, der er et tværsektorielt udviklings- og forskningsprojekt drevet af Psykiatrifonden, hjælper børn og unge med tydelige symptomer inden for angst, depression og/eller adfærdsvanskeligheder. Mind My Mind er udviklet i samarbejde mellem Psykiatrifonden, tre regioner og fire kommuner og tilbydes nu i syv kommuner.

STIME og Mind My Mind kan med fordel tænkes sammen i en stepped care tilgang, og de gode erfaringer med begge indsatser viser, at der ikke er behov for at opfinde nye indsatser og tilbud. Med udbredelsen af STIME arbejder regionerne allerede proaktivt på at opbygge et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel, og dermed også reducere presset ind mod børne- og ungdomspsykiatrien.

Psykiatri- og socialudvalget fremhæver ligeledes udbredelsen af digitale indsatser som en vigtig del af det forebyggende arbejde, herunder særligt

hjemmesiden Mindhelper. Hos Mindhelper kan unge søge viden om mental sundhed, få råd til at håndtere problemer og skrive til en brevkasse, som besvares af psykologer. Mindhelper drives af de fem regioner, med forankring i Region Syddanmark, og er tilgængelig for alle.

#### *Styrket indsats til de sværest syge børn og unge*

Blandt de prioriterede indsatser i 10-årsplanen er også styrkede indsatser for mennesker med svære psykiske lidelser, herunder også til børn og unge. Derfor er der i regi af Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe til at udarbejde en forløbsbeskrivelse til målgruppen af børn og unge med psykoselidelser, hvor Danske Regioner og regionerne er repræsenteret sammen med faglige selskaber og andre relevante parter.

Forløbsbeskrivelsen forventes at ligge klar i 2024 og spiller en helt central rolle i forhold til at sikre den rette kvalitet i behandlingen for de sværest syge børn og unge. For Danske Regioner vil det ligeledes være vigtigt, at alle relevante parter forpligtes i samarbejdet om at sikre de sværest syge børn og unge den rette helhedsorienterede behandling. Det kræver et stærkt samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, hvor det er relevant bl.a. at trække på gode erfaringer fra udgående teams i psykiatrien og botilbudsteams.

#### *Fastholdelse og rekruttering*

Psykiatri- og socialudvalget foreslår, at Danske Regioners bestyrelse lægger op til, at der igangsættes indsatser for at styrke rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i børne- og ungdomspsykiatrien, særligt specialuddannet personale som speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, specialpsykologer og sygeplejersker med speciale i psykiatri. Indsatserne bør tage udgangspunkt i [Danske Regioners plan for kortere ventelister](#), herunder at flere faggrupper kommer i spil, hjælp fra teknologi som digital psykiatri og at få dygtige medarbejdere tilbage i den regionale psykiatri. Særligt tværfaglighed fremhæves som et vigtigt parameter for at kunne sikre den rette behandling til de børn og unge, som kommer i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien, da det er med til at sikre en mere helhedsorienteret behandling. Tiltagene bør igangsættes hurtigst muligt, hvilket bl.a. understreges af [en undersøgelse fra Overlægeforeningen](#) der bl.a. viser, at 47 pct. af speciallægerne i børne- og ungdomspsykiatrien overvejer at skifte til det private.

#### *Årsager til stigende mistrivsel*

Den stigende mentale mistrivsel blandt børn og unge er synlig i både Danmark og de fleste andre vestlige lande. Mens vi i vidt omfang kender til, hvilke indsatser der virker, mangler vi fortsat viden om årsagerne til den stigende mistrivsel. Derfor er der behov for mere forskning i årsagerne til mental mistrivsel.



Et øget kendskab til årsagerne vil gøre det muligt at forebygge mental mistrivsel i et vist omfang, og kan også være med til at styrke de indsatser, som allerede virker.

Der er findes allerede forskningsprojekter, som kan være med til at øge forståelsen af den stigende mistrivsel. I Region Hovedstaden er der bl.a. [bevilget midler til en årsagsanalyse](#) af stigningen i mental mistrivsel og herunder det stigende antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. I regi af [Forebyggelsespuljen](#) er der bevilget midler til to projekter – SAFIR Family Talk og peer-støtte under VIA FAMILY 2.0-projektet i Region Hovedstaden – der begge har fokus på børn og unge som pårørende til mennesker med psykisk sygdom.

Psykiatri- og socialudvalget anbefaler, at Danske Regioner arbejder for at styrke forskningen i årsagerne til stigende mental mistrivsel yderligere.

#### *Øvrige initiativer*

Det bør desuden undersøges, om der er potentiale for at udbrede andre indsatser indenfor børne- og ungdomspsykiatrien for at tage noget af presset, herunder udbredelse af digitale indsatser og tilbud, som Mindhelper.dk, eller fremskudte funktioner, hvor almen praksis kan få hurtig afklaring hos privat praktiserende psykiatere.

Psykiatri- og socialudvalget har desuden haft et særskilt fokus på overholdelse af udrednings- og behandlingsretten i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette uddybes i dagsordenspunktet om regionernes arbejde med udrednings- og behandlingsretten.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Psykiatri- og socialudvalget har drøftet forslag til løsninger på udvalgsmøderne den 10. februar og 23. juni 2023.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Udredningsret, ventetider og brug af personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien (1644149 - EMN-2022-01548)
2. Katalog med regionale forslag til initativer til børne- og ungdomspsykiatrien (1648938 - EMN-2022-01548)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

## 9 (Offentlig) Opfølgning på akutplanen

---

Mette Ring Sørensen  
EMN-2023-00295

### Resumé

Som en del af aftalen om akutplanen med regeringen (fra februar 2023) følges der kvartalsvis op på aftalens initiativer og målsætninger. Til brug herfor udarbejdes en række nøgletal. Danske Regioner udarbejder også en redegørelse om udviklingen og udvalgte initiativer i aftalen.

Den 13. september 2023 blev der afholdt politisk møde om opfølgning på akutplanen mellem indenrigs- og sundhedsministeren og de fem regionsrådsformænd.

Punktet indledes med en mundtlig opsummering fra mødet med regeringen.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning, og  
at bestyrelsen drøfter status i regionerne på akutplanens målsætninger og initiativer.*

---

### Sagsfremstilling

Regeringen og Danske Regioner indgik den 23. februar 2023 en aftale om en akutplan. Med akutplanen blev parterne enige om tre overordnede målsætninger, som skal bidrage til afvikling af behandlingsefterslæbet efter covid-19 og sygeplejestrækken:

1. Nedbringelse af ventelister inden udgangen af 2024.
2. Forøgelse af den kirurgiske aktivitet med 3 pct. i 2023.
3. Normalisering af overholdelsen af udredningsretten i somatikken i løbet af 2023.

Der følges op på målsætningerne og udvalgte initiativer i akutplanen hvert kvartal. Som en del af opfølgningen udarbejder Danske Regioner i samarbejde med regionerne en skriftlig statusredegørelse, som også er offentliggjort.

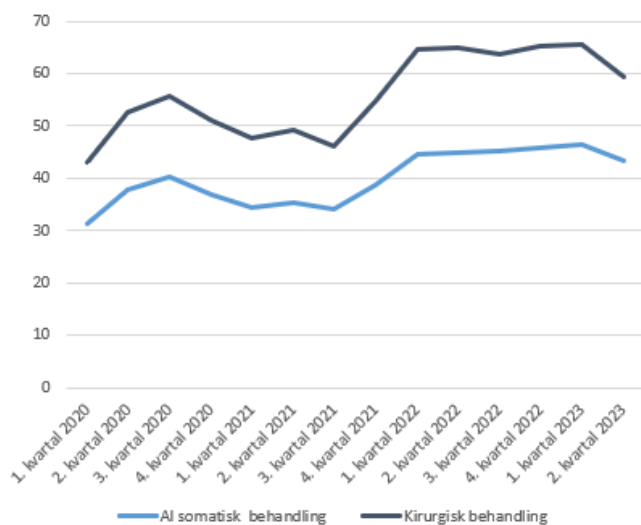
Statusredegørelsen for 3. kvartal 2023 viser bl.a., at det går fremad i regionerne, og at aktiviteten stiger. Målsætningen i akutplanen er at øge den kirurgiske produktionsværdi med 3 pct. i 2023. Den kirurgiske produktionsværdi (inkl. private) er 4,2 pct. højere i første syv måneder af 2023 i forhold til tilsvarende måneder i 2022. I 1. kvartal 2023 var produktionsværdien 9,4 pct. højere end tilsvarende kvartal 2022, hvilket skal

ses i lyset af en særlig lav aktivitet i de første måneder af 2022. Det var således ikke forventet, at den samlede vækst ville fortsætte på dette høje niveau i de resterende kvartaler i 2023.

På nuværende tidspunkt er produktionsværdien 1,1 pct. højere i 2. kvartal 2023 end i 2. kvartal 2022. Aktiviteten har i højere grad været normaliseret efter 1. kvartal 2022, hvilket medfører, at niveauet for 2022 også var højere. Dermed har det ikke været nødvendigt at hæve aktivitetsniveauet i 2. kvartal 2023 betydeligt over niveauet i samme kvartal 2022.

Ventetiderne ser ud til at være på vej ned, og den gennemsnitlige ventetid til behandling er faldet fra 46 til 43 dage i 2. kvartal 2023. Ligeledes er den gennemsnitlige ventetid til operation faldet fra 66 til 60 dage i 2. kvartal 2023. Udredningsretten var overholdt i 73 pct. af forløbene, hvilket er omtrent samme niveau som seneste kvartal men fortsat under målsætningen på 79 pct. Tilsvarende var 77 pct. af kræftpakkeforløb i 2. kvartal 2023 gennemført inden for standardforløbstiderne.

Udviklingen i den gennemsnitlige ventetid til behandling samt særskilt for kirurgisk behandling, opgjort i antal dage, 2020-2023



Regionerne anvender fortsat privathospitalerne i høj grad, og antallet af henvisninger ligger højere i 2023 end tidligere år. Omvendt ses der fortsat en stigning i antallet af akutte patienter og patienter, som skal udredes, hvilket lægger et stigende pres på sundhedsvæsenet. Se også vedlagte bilag.

### Politiske møder

På det politiske møde den 13. september 2023 gav regionsrådsformændene en status for behandlingsefterslæbet i hver region, herunder status på målsætninger og udvalgte initiativer fra akutplansaftalen. Bestyrelsen orienteres på bestyrelsesmødet mundtligt om dialogen med ministeren.

I forbindelse med mødet har der især været fokus på initiativer, som ifølge aftalen skal være opfyldt i 2023, herunder bl.a. deling af vagtarbejde og 72-timers behandlingsansvar.

Formandskabet har ligeledes afholdt møde med indenrigs- og sundhedsministeren og SundhedDanmark den 12. september 2023.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb, Q3 130923 (1652557 - EMN-2023-00295)
2. Udvalgte figurer - 2. politiske møde vedr. opfølgning på akutplan (1652558 - EMN-2023-00295)
3. Dashboard (1649662 - EMN-2023-00295)

10 (Fortrolig)

11 (Fortrolig)

12 (Fortrolig)

## 13 (Offentlig) Nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling i sundhedsvæsenet

---

Nanna Kathrine Pedersen  
EMN-2022-00920

### Resumé

Den politiske arbejdsgruppe om digitalisering og datadeling har udarbejdet et oversigtsbillede af datadeling i sundhedsvæsenet.

Overordnet er der gode juridiske og tekniske muligheder for deling af sundhedsdata både på tværs af regioner og på tværs af sektorer – og der deles i vid udstrækning data i dag.

Dog efterspørges: Lovhjemmel til at dele flere data på tværs af sundhedslov og servicelov, at almen praksis og kommuner i højere grad deler data, at data i Sundhedsjournalen på sundhed.dk opdateres hyppigere, og at der er mere fokus på brugervenlighed.

Medarbejdernes tvivl om, hvilke oplysninger de *kan* og *må* se, samt bekymring om chikanerende adfærd fra patienter kan også være en barriere for datadeling.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at* bestyrelsen godkender oversigtsbilledet af nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling tværregionalt og på tværs af sektorer.

---

### Sagsfremstilling

Danske Regioners bestyrelse har bedt den midlertidige politiske arbejdsgruppe om digitalisering og datadeling om at præsentere et oversigtsbillede af de nuværende muligheder og begrænsninger i forhold til datadeling tværregionalt og på tværs af sektorer. Oversigtsbilledet er vedlagt som bilag.

### Indsigter i forhold til datadeling

Arbejdsgruppens indsigter tager i høj grad afsæt i dialog med relevante interessenter i forhold til datadeling, herunder Danske Patienter, Lægeforeningen, PLO, DSR og FOA.

En vigtig indsigt for arbejdsgruppen er, at der i dag deles rigtig meget data både på tværs af regioner og på tværs af sektorer – til gavn for både patienter, deres pårørende og de sundhedsprofessionelles opgaveløsning. En anden vigtig indsigt er, at det ikke bør være et formål i sig selv at dele så

meget data som muligt. Det vigtige er, at den rette data er til rådighed på rette tid og sted for de rette modtagere og i et overskueligt format.

I oversigtsbilledet præsenteres nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling i forhold til de juridiske rammer (hvad *må* man) samt de praktiske og tekniske rammer (hvad *kan* man). I nedenstående skitseres hovedpointerne i de to kapitler.

#### *Hvad må man? – Juridiske rammer for datadeling i sundhedsvæsenet*

Overordnet giver lovgivningen mulighed for at dele oplysninger, som er relevante og nødvendige for patientens aktuelle behandling, med sundhedspersoner, som er involveret i det aktuelle behandlingsforløb – både på tværs af regioner og sektorer.

Der er dog begrænsede muligheder for datadeling f.eks. i forbindelse med forebyggelsestiltag og meget begrænsede muligheder for deling af data på tværs ydelsesområder, som er reguleret af hhv. sundhedslov og servicelov uden patientens samtykke.

Hvis f.eks. en plejehjemsbeboer bliver bragt til akutmodtagelsen, kan akutmodtagelsen ikke uden videre få adgang til oplysninger fra plejehjemmet om patientens plejemæssige forhold, der kan have betydning for vurderingen af patientens tilstand, og hvilken behandling der skal iværksættes.

Danske Regioners formandskab har på baggrund af arbejdsgruppens indsigter sendt et brev til indenrigs- og sundhedsministeren om disse problemstillinger i maj 2023. Brevet er desuden delt med Udvalget for Digitalisering og It i Folketinget. Bestyrelsen er orienteret om dette brev ved bestyrelsesmødet den 14. juni 2023.

Det er også en barriere for datadeling, at sundhedspersonalet oplever, at deres identitet ikke kan skærmes (f.eks. ved chikane eller voldelig adfærd fra patienter eller pårørende), ligesom det kan afholde personalet fra at tilgå sundhedsdata, hvis de er i tvivl om, hvad de rent faktisk må se.

#### *Hvad kan man? – Praktiske og tekniske rammer for datadeling*

I dag er der mulighed for at dele – og der deles – rigtig mange data mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet.

De væsentligste begrænsninger ligger i, at der ikke er (teknisk/praktisk) adgang til alle efterspurgte data – primært fra almen praksis og kommunerne. Det efterspørges desuden, at de delte oplysninger opdateres hyppigere, og at brugervenligheden i løsningerne bliver bedre, så sundhedspersonerne nemt og hurtigt kan danne sig et overblik over de relevante oplysninger i den konkrete behandlingssituation.

Det er også en begrænsende faktor, at de løsninger til datadeling, der findes i dag, ikke udnyttes optimalt – bl.a. fordi sundhedspersonerne ikke altid er klar over, hvilke data de rent faktisk må og kan se, og hvor de finder dem.

### **Sundhedsjournalen som redskab til datadeling på tværs**

Sundhedsjournalen på sundhed.dk giver en samlet udstilling af sundhedsoplysninger for både sundhedspersoner på tværs af regioner og sektorer samt patienter og pårørende med fuldmagt. Regionerne udstiller bl.a. journaldata fra sygehusene, mens der på nuværende tidspunkt ikke findes journaloplysninger fra de praktiserende læger eller oplysninger fra kommunernes fagsystemer (foruden udvalgte aftaler). Det arbejdes der dog på, og Danske Regioner er løbende i dialog med både PLO og KL om behovet.

Arbejdsgruppen vurderer, at Sundhedsjournalen har potentiale til i endnu højere grad end i dag at være en samlende platform for deling af sundhedsdata på tværs af regioner og sektorer. Det kræver deling af data fra almen praksis og kommunerne, hyppigere opdateringsfrekvens af data fra regionernes elektroniske patientjournaler (EPJ) til Sundhedsjournalen og større brugervenlighed.

### **Arbejdsgruppens videre arbejde**

Arbejdsgruppen har også til opgave at formulere konkrete forandringsprojekter vedr. datadeling for konkrete målgrupper og situationer.

Arbejdsgruppen har her valgt primært at fokusere på datadeling i situationen ”akut indlagt fra eget hjem eller plejehjem” – med et særligt fokus på de ældre og sårbare patienter, som er omfattet af det udvidede behandlingsansvar på 72 timer.

I den forbindelse beskæftiger arbejdsgruppen sig med behovet for at stille relevant data til rådighed for kommunerne. Der ses i den forbindelse nærmere på behovet for hyppigere opdatering af Sundhedsjournalen på sundhed.dk, for at:

- kommunerne har tilstrækkeligt adgang til information, så de ikke behøver at ringe ind til hospitalsafdelingerne (set i lyset af det udvidede behandlingsansvar), og
- klinikerne på hospitalerne har tilstrækkeligt opdaterede oplysninger – også i akutte situationer.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---



## Sekretariatets bemærkninger

Bestyrelsen vil få forelagt anbefalinger fra arbejdsgruppens anbefalinger til konkrete forandringsprojekter ved bestyrelsesmødet den 9. november 2023.

---

## Kommunikation

Kommunikationen af arbejdsgruppens indsigter tænkes sammen med den generelle kommunikations- og interessevaretagelsesindsats i relation til Sundhedsstrukturkommissionen.

Arbejdsgruppen vil bl.a. udarbejde en kronik, som opridser de væsentligste indsigter fra arbejdet med datadeling, ligesom der kan søges om foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg og Udvalg for Digitalisering og It i.

---

## Bilag

1. Nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling (1646453 - EMN-2022-00920)

### Resumé

Behandlingsrådet gennemfører 2-3 årlige større analyser, der tager fat på spørgsmål om f.eks. behandlingsregimer, tilgange til eller organisering af behandlinger. Det er Danske Regioners bestyrelse, som på baggrund af en anbefaling fra Behandlingsrådet udvælger de analysetemaer, der skal arbejdes videre med. Behandlingsrådet har prioriteret seks analysetemaer særligt højt. Det er temaer, hvor Rådet finder, at der kan være potentiale til at udbrede anbefalinger til andre områder, temaer der flytter patienter ud af sygehusene og temaer, hvor såvel patienter og sygehuse potentielt kan have gavn af ændrede sagsge. Det foreslås, at bestyrelsen udvælger 2-3 analysetemaer blandt de indstillede temaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen udvælger 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med i 2024.

---

### Sagsfremstilling

#### Baggrund

Behandlingsrådet udfører to typer af undersøgelser: Evalueringer og analyser. I analyserne ses på mere grundlæggende spørgsmål om f.eks. behandlingsregimer, tilgange til eller organisering af behandlinger.

Det er hospitalsledelser, regioner og Behandlingsrådet selv, som kan indstille emner til analyserne. Blandt de indstillede emner udvælger Danske Regioners bestyrelse årligt 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med i det kommende år. Analyserne skal – ligesom evalueringerne – munde ud i konkrete anbefalinger, som regionerne og andre aktører i sundhedsvæsenet kan implementere.

#### Behandlingsrådets forslag til analysetemaer for 2024

Behandlingsrådet har modtaget syv forslag til analysetemaer. Det er færre forslag end i de forudgående år. Behandlingsrådet modtog 20 indstillinger til analyser sidste år. Behandlingsrådet har derfor i sit forslag til analysetemaer for 2024 valgt at inddrage ikke-udvalgte temaer fra de forudgående år i sin indstilling til, hvilke analyser som kan igangsættes.

Behandlingsrådet finder, at det er væsentligt, at de temaer, som udvælges, kan give mere sundhed for pengene. Behandlingsrådet anbefaler derfor, at

der udvælges temaer, der har særligt fokus på stor patientvolumen, et tydeligt organisatorisk fokus evt. med mulighed for ressource- og arbejdskraftbesparende elementer samt potentiale for udbredelse til lignende områder.

Behandlingsrådet har på den baggrund peget på seks analysetemaer, hvor der kan være potentiale for at udbrede anbefalinger til andre områder, flytte patienter ud af sygehuse, eller hvor både patienter og sygehuse kan have gavn af ændrede sagsgange. Nedenfor følger en gennemgang af de seks analysetemaer, som Behandlingsrådet har prioriteret særlig højt for 2024:

#### *1) Optimering af cancerkontroller (indstillet af Regionshospitalet Gødstrup til gennemførelse 2023)*

Det foreslås i analysetemaet, at der foretages en gennemgang af litteraturen med henblik på at vurdere patientsikkerheden ved at ændre kontrolforløbet for patienter, der modtager kræftbehandling. Kan man f.eks. gå fra fire til tre scanninger på et år, vil man både kunne nedsætte den mængde stråler, patienten får, og nedsætte ventetiden.

Behandlingsrådets bemærkninger: Sundhedsvæsenet bruger generelt mange ressourcer på at foretage kontroller, der ikke nødvendigvis er evidens for. Det er derfor relevant at se nærmere på, om de mange kontroller er en hensigtsmæssig prioritering, da det også bidrager til at fastholde patienten i en sygdomstilstand. Det er besluttet, at der skal laves en ny kræftplan, og Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for denne proces. Koordinering i forhold til denne proces er vigtig. Rådet finder i den forbindelse, at Behandlingsrådets analyse på et udvalgt område evt. kan bruges som eksempel i den forestående opgave hos Sundhedsstyrelsen.

#### *2) Artroskopi ved knæsmærter (indstillet af Region Nordjylland til gennemførelse 2023)*

Analysetemaet omhandler brugen af invasive kikkertoperationer (artroskopi) af knæ med fjernelse af menisk for patienter over 40 år, som har haft smerter over tre måneder.

Det er vist i et Cochrane review, at effekten af artroskopi er lille eller ikke eksisterende. Det er samtidigt ikke klart, hvilke patienter der har gavn af artroskopi af knæet. Der foreligger desuden en national klinisk retningslinje fra 2019, der anbefaler ikke-kirurgisk behandling af ikke-traumatisk opståede knæsmærter. Anbefalingen tager dog ikke højde for de sundhedsøkonomiske eller organisatoriske konsekvenser. Det taler for at igangsætte en analyse, hvor Behandlingsrådets retningslinjer benyttes til at foretage en sammenligning af artroskopi med træning af knæledet.

Behandlingsrådets bemærkninger: Det er et område med en betydelig aktivitet, hvor der ses et potentiale ved nærmere undersøgelse af evidensen

bag den nuværende praksis sammenlignet med andre behandlingsmuligheder.

### *3) Potentialer i øget brug af Point-of-Care tests (indstillet af Region Hovedstadens akutberedskab til gennemførelse 2024)*

Analysesemaet vedrører øget brug af point-of-care tests ved præhospital visitation. Point-of-Care tests anvendes, når en sundhedsfaglig medarbejder, f.eks. en paramediciner, kommer ud til borgeren. Testen hjælper med at afdække, om der er behov for indlæggelse. Analysesemaet er relativt bredt, men er afgrænset til at vedrøre Point-of-Care tests til måling af laktat, der bl.a. anvendes ved mistanke om blodforgiftning. Denne afgrænsning er valgt, da potentialet her anses for størst.

Behandlingsrådets bemærkninger: Behandlingsrådet bemærker, at temaet rummer et potentiale for at aflaste de hårdt pressede akutmodtagelser og herudover evt. kan gavne det præhospitale beredskab.

### *4) Behandling af underarmsfraktur hos børn (indstillet af Region Hovedstaden til gennemførelse 2024)*

Analysesemaet angår behandling af børn med underarmsfraktur. I dag foregår behandlingen typisk på en operationsstue som invasiv reponering (bruddet sættes på plads). Med analysen sammenlignes lukket reponering uden lokalbedøvelse (fx ved at trække i en brækket arm i stedet for at åbne bruddet op) i akutmodtagelsen med invasiv reponering på en operationsstue. Analysen vil derfor både have en klinisk og en organisatorisk dimension, hvor der er fokus på de organisatoriske påvirkninger ved omplacering af opgaven.

Behandlingsrådets bemærkninger: Det er et relevant tema, der evt. kan forbedre forløbet for børn med underarmsfrakturer. I Canada har behandlingen foregået på lignende vis i mange år.

### *5) Virtual reality som smertelindring (indstillet af Sydvestjysk Sygehus til gennemførelse 2023)*

Målet med analysen er at belyse, om Virtual Reality teknologier generelt giver klinisk merværdi baseret på selvvurderet smerteopfattelse, relativt til konventionel smertebehandling. Det kan også være relevant at undersøge, om der ses væsentlige forskelle på tværs af Virtual Reality systemer.

Behandlingsrådets bemærkninger: Virtual Reality teknologi til distraktion (åndsfraværelse) fra forskellige smerteprovokerende procedurer anvendes enkelte steder i landet. En national anvendelse af teknologien er dog ikke standardiseret. En analyse af Virtual Reality kan derfor ses som et supplement til en informeret stillingtagen til en teknologi, som ellers kan risikere at blive implementeret usystematisk på tværs af landet.

### 6) Real-time hjerterytmemålere (indstillet af Odense Universitetshospital til gennemførelse 2024)

Dette analysetema centrerer sig om ambulante EKG-målere, som muliggør analyse i realtid, og denne teknologis potentiale til at erstatte traditionelle ambulante EKG-målere til diagnostik af patienter med mistanke om hjerterytmie (hjertereforstyrrelser). Ambulant overvågning af hjerterytmen med EKG-måleudstyr, som patienter kan gå med hjemme, kaldes også Holtermonitorering eller R-test. Fælles for monitoreringsmetoderne er, at de er ambulante og optager hjerterytmen til analyse med henblik på udredning af eventuel hjerterytmie.

Behandlingsrådets bemærkninger: Løsningen kan have potentiale til at frigive tid hos det kliniske personale samtidig med, at der er potentiale for at øge behandlingskvaliteten gennem hurtigere diagnostik.

#### **Videre proces**

Når bestyrelsen har udvalgt analysetemaer, vil Behandlingsrådet nedsætte et fagudvalg, der skal udarbejde analysen samt et beslutningsgrundlag til Behandlingsrådet.

---

#### **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

#### **Sekretariatets bemærkninger**

Regionsdirektørkredsen har på møde den 8. september 2023 drøftet Behandlingsrådets forslag til analysetemaer. Regionsdirektørerne indstiller, at Behandlingsrådet i 2024 arbejder videre med analysetemaerne "Artrioskopi ved knæsmærter" samt "Behandling af underarmsfraktur hos børn".

---

#### **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

#### **Bilag**

1. Behandlingsrådets bemærkninger til forslag til analysetemaer for 2024 (1649586 - EMN-2017-04443)
2. Bilag 1 - Samlede indstillinger af analysetemaer for 2024 (1649587 - EMN-2017-04443)
3. Bilag 2 - Sekretariatets bemærkninger til analysetemaer for 2024 (1649588 - EMN-2017-04443)

4. Bilag 3 - Skema over alle ikke-udvalgte analysetemaer for 2023 og 2022  
(1649589 - EMN-2017-04443)

5. bilag 5 - Analysetemaer og bemærkninger for 2023 (1649590 - EMN-2017-  
04443)

# 15 (Offentlig) Nedlæggelse af Innovationsboard, udarbejdelse af forslag til set-up for mini-evalueringer samt gennemførelse af servicetjek af Behandlingsrådet

---

Thomas Birk Andersen  
EMN-2017-04443

## Resumé

Danske Regioners bestyrelse besluttede i 2019 at oprette Regionernes Innovationsboard efter ekstern kritik af, at regionerne ikke formåede at sprede løsninger på tværs. Innovationsboardet har dog ikke virket efter hensigten og foreslås derfor nedlagt.

Der lægges i stedet op til, at Behandlingsrådet får til opgave at udarbejde et forslag til set-up for mini-evalueringer, der kan benyttes på hospitaler og regioner, når man lokalt træffer beslutning om indførelse af sundhedsteknologi. Mini-evalueringen skal videndeles på en it-plattform og gøre det muligt at skalere projekter på tværs af regioner.

Det er aftalt med Behandlingsrådets sekretariat, at der sammen med Danske Regioner sættes et arbejde i gang med det formål bl.a. at se på, hvad Behandlingsrådet har opnået samt komme med forslag til rådets udvikling. Arbejdet forelægges bestyrelsen til foråret med henblik på, at bestyrelsen kan foretage eventuelle ændringer af Behandlingsrådet.

---

## Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen godkender, at Regionernes Innovationsboard nedlægges, at bestyrelsen godkender, at Behandlingsrådets sekretariat får til opgave at udarbejde forslag til et set-up for mini-evalueringer, og at bestyrelsen tager til efterretning, at der igangsættes et servicetjek af Behandlingsrådet, som forelægges for bestyrelsen.*

---

## Sagsfremstilling

I dette punkt beskrives forslag om:

- Nedlæggelse af Regionernes Innovationsboard
- Model for regionale teknologibeslutninger gennem mini-evalueringer
- Servicetjek af Behandlingsrådet

### **Nedlæggelse af Regionernes Innovationsboard**

Bestyrelsen oprettede i 2019 Innovationsboardet med afsæt i politisk kritik af, at regionerne ikke formåede at dele løsninger på tværs af landet. Der var i den forbindelse en erkendelse af, at spredningen af gode løsninger kunne gå hurtigere, samt at der i flere tilfælde blev udviklet ens løsninger i regionerne.

Innovationsboardet fik derfor til formål at arbejde for en hurtigere og mere systematisk udbredelse af gode løsninger på tværs af regionerne.

Innovationsboardet har efter oprettelsen forsøgt at kvalificere indmeldte løsninger fra regionerne for bl.a. at se på, om de øvrige regioner vil kunne få værdi af denne løsning.

Innovationsboardet har frem til december 2022 været sekretariatsbetjent af Danske Regioner med bistand fra regionale kontaktpersoner. Herudover har der været trukket på klinisk personale. Der har således været et relativt stort ressourceforbrug forbundet med at drive Innovationsboardet. Siden december 2022 er Innovationsboardet blevet sekretariatsbetjent af Behandlingsrådet.

#### *Resultater for Regionernes Innovationsboard*

Regionernes Innovationsboard har siden oprettelsen behandlet 28 forskellige løsninger, hvoraf fem løsninger er i implementeringsfasen. Tre løsninger afventer at blive forelagt regionsdirektørkredsen. Yderligere syv løsninger er spredt via Innovationsboardet som videndeling.

#### *Forslag om nedlæggelse af Innovationsboardet*

Innovationsboardet har haft begrænset succes. Det hænger sammen med, at mange af de løsninger, der har været behandlet, er små løsninger med begrænset økonomi og effekt for de områder, som løsningerne har været tiltænkt. Der har desuden været overlap mellem Innovationsboardet og en række andre organer, herunder Behandlingsrådet og Regionernes Telemedicinske Koordinationsforum.

Der har derfor siden 2021 været en intern drøftelse i Innovationsboardet af, hvordan arbejdsmetoder og processer kan justeres. Der er ikke fundet nogen klar løsning på, hvordan Innovationsboardet i højere grad kan leve op til sit formål om udbredelse af løsninger på tværs af landet.

Innovationsboardet foreslås på den baggrund nedlagt.

#### **Beskrivelse af model for regionale teknologibeslutninger gennem mini-evalueringer**

Sundhedsvæsenet har adgang til over 500.000 forskellige sundhedsteknologier, og der investeres årligt for ca. 13 mia. kr. i sundhedsteknologi. Der foretages derfor mange beslutninger om, hvilke teknologier der skal indkøbes og benyttes i driften.

I forbindelse med at Behandlingsrådet har været på rundtur i regionerne, er det blevet tydeligt, at der ikke eksisterer et klart set-up for en systematisk understøttelse af de mange indkøbsbeslutninger. Der er samtidig et uforløst potentiale i at understøtte spredning af initiativer og teknologier fra et



hospital/region til et andet. Life Science Rådet forventes at adressere dette problem i oplægget til en ny Life Science Strategi, jf. selvstændigt dagsordenspunkt.

#### *Behandlingsrådet kan bidrage til systematiske mini-evalueringer*

Behandlingsrådet vurderer, at man vil kunne være med til at levere hurtige, systematiske mini-evalueringer forud for, at et hospital eller en region træffer valg om indførelse af sundhedsteknologi. Anvendelse af det samme systematiske set-up i hele landet kan skabe et bedre grundlag for, at teknologibeslutninger videndes og spredes på tværs af landet. Dette kan ske gennem et nationalt forankret evalueringsspor, som her betegnes "mini-evalueringer".

Tanken er på nuværende tidspunkt, at beslutningskompetencen i forhold til mini-evalueringer forbliver hos den enkelte hospitals- og afdelingsledelse. Ved systematisk at gennemgå og præsentere tilgængelig viden om forskellige sundhedsteknologier i mini-evalueringer vil de kunne indgå i den lokale beslutningstagning i forbindelse med prioritering af indkøb eller udfasning af teknologi. På den måde skabes der også et bedre grundlag for, at regionerne på et tidligt stadie kan tænke hinanden ind i forhold til f.eks. at foretage et samlet udbud.

Mini-evalueringer skal som udgangspunkt være drevet af en klinisk efterspørgsel, hvor det alene er hospitaler og regioner, der kan foreslå en evaluering (modsat Behandlingsrådets eksisterende evalueringsspor, hvor virksomheder kan ansøge om en vurdering). Mini-evalueringerne skal desuden udarbejdes hurtigere og være langt mindre produkter end Behandlingsrådets nuværende evalueringer af sundhedsteknologi. Mini-evalueringer skal ikke munde ud i nationale anbefalinger, da det vil forudsætte et evidensgrundlag.

#### *Beskrivelse af modeller for mini-evalueringer*

Det foreslås, at sekretariatet for Behandlingsrådet i samarbejde med Danske Regioner får som opgave at udarbejde forslag til, hvordan mini-evalueringer kan udarbejdes i praksis. Forslaget skal bl.a. rumme en model, hvor det primært er hospitaler/regioner, som er ansvarlige for udarbejdelse af mini-evalueringer samt en anden model, hvor mini-evalueringen foregår som et samarbejde mellem Behandlingsrådets sekretariat og hospitalet, eller hvor Behandlingsrådet udarbejder mini-evalueringen for hospitalet.

Uanset, hvilken model der på et senere tidspunkt evt. iværksættes, skal Behandlingsrådet være ansvarlig for, at de nødvendige redskaber, skabeloner, metodiske værktøjer og kompetencer er til stede. Som en del af set-up'et skal der desuden opbygges en digital platform, som rummer webformular, vidensbank mv., og som stilles til rådighed til udarbejdelse af mini-evalueringer. Vidensbanken kan således benyttes til, at regionerne kan dele

data og viden, og dermed lade sig inspirere af hinanden evt. med henblik på at lave et fælles udbud. Hermed kan vidensbanken også være med til, at industrien ikke oplever, at man bliver mødt med samme spørgsmål i alle regioner, hvis en region har lavet en evaluering.

### **Servicetjek af Behandlingsrådet**

Bestyrelsen har ved møde den 31. august 2023 besluttet at reducere 10 mio. kr. årligt i regionernes kontingentindbetaling til Behandlingsrådet. Herudover overføres der 5 mio. kr. i 2024 fra Behandlingsrådet til Medicinrådet.

Behandlingsrådet har modtaget færre virksomhedsansøgninger om ibrugtagning af sundhedsteknologi end forventet ved oprettelsen. Der er derfor fortsat for få analyser til at lave en evaluering. Det er i stedet aftalt med Behandlingsrådets sekretariat, at der med ekstern bistand skal gennemføres et servicetjek af Behandlingsrådet. I servicetjekket skal der bl.a. ses på, hvorfor rådet har modtaget meget få virksomhedsansøgninger. Der skal desuden ses på, hvad Behandlingsrådet har opnået, samt hvilke mulige scenarier der er for den fremadrettede udvikling af Behandlingsrådet. Danske Regioners sekretariat vil sammen med Behandlingsrådet indgå som medlem af styregruppen. Servicetjekket finansieres af Behandlingsrådets budget.

Servicetjekket forventes færdig primo 2024, hvorefter det forelægges for bestyrelsen.

---

### **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

### **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

### **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

### **Bilag**

16 (Fortrolig)

## 17 (Offentlig) Fordeling af den fremtidige økonomi til regionernes fælles forskningspuljer samt justering af Medicin- og Behandlingspuljen

---

Thomas Birk Andersen  
EMN-2022-00495

### Resumé

Som en del af anbefalingerne i Danske Regioners forskningsudspil "*En klar retning for sundhedsforskning i Danmark*" godkendte bestyrelsen den 15. december 2022, at regionerne i perioden 2024 – 2029 vil øge bevillingen til Regionernes Medicin- og Behandlingspulje samt Regionernes Forebyggelsespulje til samlet 50 mio. kr. Sekretariatet foreslår i lyset af de administrative besparelser, at der kun afsættes et "mindre" beløb i 2024. Anbefalingen indføres løbende, så anbefalingen er fuldt indfaset i 2029.

Der foreslås desuden en række justeringer af Medicin- og Behandlingspuljen. Justeringerne imødekommer ønsker fra Medicin- og Behandlingspuljens styregruppe om, at det bl.a. skal være muligt for Medicinrådet at ansøge Medicin- og Behandlingspuljen om puljemidler. Herudover skrives det ind i kommissoriet, at ansøgninger fremover skal indeholde en implementeringsplan.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen godkender sekretariatets forslag til indfasning af bestyrelsens beslutning om, at øge midlerne til Medicin- og Behandlingspuljen samt Forebyggelsespuljen til samlet 50 mio. kr.,*  
*at bestyrelsen godkender sekretariatets forslag til fordeling af midler mellem Medicin- og Behandlingspuljen samt Forebyggelsespuljen godkendes, og*  
*at bestyrelsen godkender justeringerne af Medicin- og Behandlingspuljens kommissorium.*

---

### Sagsfremstilling

#### Baggrund

Regionerne har oprettet Regionernes Medicin- og Behandlingspulje, som støtter uafhængig forskning af virksomhederne. Puljen har bl.a. fokus på at støtte projekter, der kan sikre et mere effektivt ressourceforbrug, herunder undersøgelser af om dyre behandlinger kan erstattes af billigere behandlinger med samme effekt. Bestyrelsen besluttede i foråret 2019 at videreføre puljen i perioden 2019 – 2022. I forbindelse med periodens udløb har styregruppen evalueret puljen, og gruppen har i den forbindelse foreslået enkelte ændringer af puljen.

Danske Regioners bestyrelse har den 15. december 2022 godkendt Danske Regioners forskningsudspil "[En klar retning for sundhedsforskning i Danmark](#)". Som en del af forskningsudspillet har bestyrelsen godkendt, at regionerne i perioden 2024 – 2029 øger bevillingen til Regionernes Medicin- og Behandlingspulje og Regionernes Forebyggelsespulje til samlet 50 mio. kr.

### **Fordeling af regionernes bevilling til Medicin- og Behandlingspuljen og Forebyggelsespuljen i perioden 2024 – 2029**

Medicin- og Behandlingspuljen har senest været videreført i perioden 2019 – 2022. Puljen udgjorde 10 mio. kr. i 2019 og 20 mio. kr. i hvert af årene i perioden 2020 – 2022.

Som nævnt er det med vedtagelsen af Danske Regioners forskningsudspil besluttet at videreføre Medicin- og Behandlingspuljen i perioden 2024 – 2029. Det er samtidigt besluttet at øge bevillingerne til Regionernes Medicin- og Behandlingspulje og Regionernes Forebyggelsespulje til samlet 50 mio. kr.

Der er i forskningsoplægget ikke taget stilling til, hvordan midlerne skal fordeles mellem de to puljer, samt hvornår indfasningen skal være fuldt implementeret. Det blev ved bestyrelsens drøftelse af administrative besparelser på de fællesregionale enheder ved mødet den 14. juni 2023 aftalt at overveje puljerne ved et senere bestyrelsesmøde.

Sekretariatet har i nedenstående tabel opstillet forslag til, hvornår og hvordan midlerne skal fordeles mellem de to puljer. Forslaget indebærer, at der af hensyn til regionernes økonomiske situation og de administrative besparelser afsættes et "mindre" beløb på 10 mio. kr. til Medicin- og Behandlingspuljen i 2024. I henhold til bestyrelsens beslutning fra den 6. maj 2021 om at videreføre Forebyggelsespuljen i 2022 og frem på det daværende finansieringsniveau, så afsættes der i 2024 et uændret beløb på 7 mio. kr. til Forebyggelsespuljen. Fra 2025 øges regionernes indbetaling af midler til de to puljer gradvist. I sekretariatets forslag til fordeling af midler mellem de to puljer, afsættes hovedparten af midlerne til Medicin- og Behandlingspuljen, hvor bl.a. puljens styregruppe har peget på, at der er størst efterspørgsel. Bestyrelsens beslutning om at øge bevillingen til de to puljer til samlet 50 mio. kr. vil med forslaget være fuldt indfaset fra 2029.

	Medicin- og Behandlingspuljen (mio. kr.)	Forebyggelsespuljen (mio. kr.)	Regioner i alt (mio. kr.)
2024	10	7	17
2025	22	8	30
2026	26	9	35
2027	30	10	40
2028	34	11	45

2029	38	12	50
------	----	----	----

### **Evaluering af Medicin- og Behandlingspuljen**

Danske Regioner har med henblik på at evaluere Medicin- og Behandlingspuljen kontaktet de 40 bevillingshavere, som har modtaget tilskud fra puljen i perioden 2019-2022. De er blevet bedt om at besvare en række spørgsmål, herunder oplyse status på projektet, samt om der er publiceret resultater på baggrund af forskningsprojektet.

Det fremgår af besvarelsenerne, at covid-19 har været en stor forhindring i forhold til igangsættelsen af forskningsprojekterne. Opstarten af de fleste projekter er blevet forsinket, og tidshorizonten for publiceringer er derfor udskudt. Dette skyldes bl.a., at rekrutteringen af patienter har været en udfordring. Flere har desuden oplevet, at de er blevet forsinket på grund af lange sagsbehandlingstider. Det er derfor kun ganske få forskningsprojekter, som allerede er publiceret. Resultaterne af de resterende projekter forventes at blive publiceret i perioden 2023-2025.

Evalueringen er drøftet i den tværregionale styregruppe for medicinpuljen. Her var der enighed om, at der i stedet for at være stort fokus på publiceringer, fremover skal være større fokus på projekternes implementeringsplan. Desuden skal det tydeliggøres, at forskerne kan få hjælp til at finde og koble data i de regionale datastøttecentre.

Det blev desuden foreslået, at der skabes mere synlighed om, hvem som opnår støtte fra puljen. Det kan f.eks. ske ved at kåre det bedste projekt eller lave en præmieoverrækkelse i forbindelse med uddeling af puljen. Uddelingen skal være en festlig begivenhed, hvor forskellige forskere kan komme og fortælle om deres projekter.

Styregruppen udtrykte ønske om, at Medicinrådet får adgang til midler fra Medicin- og Behandlingspuljen til at gennemføre analyser af langtidseffekter for lægemidler, som tildes en betinget anbefaling af Medicinrådet.

Endelig foreslog styregruppen, at arbejdsgruppen for Medicin- og Behandlingspuljen kan suppleres med yngre forskere for at aflaste arbejdsgruppemedlemmerne og sikre mere bredde i vurderingerne og oplæring af en ny generation i forhold til bedømmelse og udvælgelsen af projekter, der skal modtage bevillinger.

### **Justering af Medicin- og Behandlingspuljens kommissorium**

Det foreslås på den baggrund, at der foretages enkelte justeringer af Medicin- og Behandlingspuljens kommissorium. Konkret foreslås følgende:

- Kommissoriet ændres, så Medicinrådet opnår mulighed for at ansøge om midler fra puljen til at gennemføre analyser af langtidseffekter af medicin, som opnår en betinget anbefaling fra rådet.

Baggrunden for forslaget er, at lægemidler i øget omfang markedsføres med væsentlig usikkerhed om effekt og sikkerhed. Det kan derfor være vanskeligt for Medicinrådet at vurdere lægemidlernes effekt og dermed også, om omkostningerne ved behandlingen står mål med den effekt, som lægemidlet tilbyder.

- Det skrives ind i kommissoriet, at der kan gennemføres ét årligt arrangement, hvor der er fokus på projekter, som tildeles økonomisk støtte fra puljen.

Forslaget skal være med til at sikre større synlighed om puljen og de projekter og resultater, som bliver mulige at gennemføre på grundlag af de bevillinger, som tildeles via puljen.

- Det kommer til at fremgå af kommissoriet, at der stilles krav om, at alle ansøgninger skal indeholde en implementeringsplan.

Det anbefales i Danske Regioners forskningsudspil *"En klar retning for sundhedsforskning i Danmark"*, at regionerne *"vil sætte fokus på, at der i ansøgninger til regionernes puljemidler skal være udarbejdet en plan for, hvordan forskningsresultater implementeres i praksis"*.

Ændringen af kommissoriet skal sikre, at Medicin- og Behandlingspuljen efterlever anbefalingen i forskningsudspillet. Hertil kommer, at styregruppen også har peget på, at der bør være større fokus på at sikre, at forskningsresultater implementeres.

- Kommissoriet ændres, så regionerne opnår mulighed for at udpege såvel et medlem samt en "yngre" forsker til den arbejdsgruppe, som er nedsat under styregruppen til at kvalificere projekterne.

Med ændringen imødekommes styregruppens forslag om, at regionerne opnår mulighed for at udpege en yngre forsker, som kan være med til bl.a. at sikre mere bredde i vurderingerne af projekterne.

- Endelig foreslås det, at det ene af gruppens kriterier omformuleres fra *"Uafhængige forsøg, hvor teknologiske interventioner testes over for rationel brug af ressourcer"* til *"Uafhængige forsøg, hvor medicinsk teknologi afprøves"*.

Baggrunden for forslaget er, at der ikke har været ansøgning efter det nuværende kriterium, hvorfor der er et ønske om at gøre det bredere.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Sundhedsudvalget drøfter sagen ved udvalgsmøde den 21. september 2023.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

## 18 (Offentlig) Udviklingen i antallet af speciallæger - status 1. halvår 2023

---

Jane Kruse Hansen  
EMN-2017-00054

### Resumé

For at sikre en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse samt en balanceret og tilstrækkelig lægedækning i hele landet, besluttede Danske Regioners bestyrelse i 2016 at opfordre regionerne til at følge og implementere en række tiltag, som konkret skal understøtte, at:

- Stigningen i antallet af ansættelse af speciallæger ved regionerne bremses.
- Forholdet mellem overlæger og afdelingslæger ændres.
- Der skabes mulighed for en ændret geografisk fordeling af de eksisterende speciallæger.

Bestyrelsen bad samtidig sekretariatet om en halvårlig status på de konkrete tiltag. Sidste status blev givet på bestyrelsens møde den 2. februar 2023.

For at fremme en balanceret og tilstrækkelig geografisk fordeling af speciallægekompeter besluttet bestyrelsen bl.a. at fastlægge et "loft" over antallet af speciallægestillinger på tre universitetshospitaler – i første omgang for to år. "Loftet" er efterfølgende blevet forlænget flere gange – senest med yderligere to år i efteråret 2021.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen tager orienteringen om status for 1. kvartal 2023 til efterretning, og*

*at bestyrelsen beslutter at forlænge "loftet" for ansættelse af speciallæger på tre universitetshospitaler i yderligere to år.*

---

### Sagsfremstilling

For at sikre en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse samt en balanceret og tilstrækkelig lægedækning i hele landet har bestyrelsen i 2016 besluttet at opfordre regionerne til at sætte fokus på følgende:

*1. Øget fokus i forbindelse med besættelse af nye stillinger.*

For at bremse stigningen i antallet af speciallæger samt for at sikre en mere fornuftig balance mellem antallet af overlæger og afdelingslæger, er der udarbejdet en vejledning, som regionerne kan anvende i forbindelse med opslag og besættelse af stillinger, herunder ved vurderingen af, hvorvidt en stilling skal opslås som en afdelings- eller overlægestilling.



## *2. Principper for faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger.*

For at bremse stigningen i antallet af overlæger samt for at sikre en mere fornuftig balance mellem overlæger og afdelingslæger, er der som supplement til principperne for faglige bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger, indført et kriterie om, at kandidater til overlægestillinger som minimum skal have haft ansættelse som afdelingslæge i fem år efter erhvervelse af speciallægeanerkendelsen.

Der kan undtagelsesvist, i konkret begrundede tilfælde, dispenseres fra kriteriet.

## *3. Loft for antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne i København, Aarhus og Odense.*

For at sikre en balanceret og tilstrækkelig lægedækning i hele landet er der indført et "loft" for antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring Aarhus, Odense og København.

Loftet er fastlagt ud fra det faktisk antal ansatte speciallæger pr. 1. januar 2018. I fastlæggelsen af loftet for de enkelte hospitaler er der undtaget en række specialiserede områder. Herudover kan der undtagelsesvist, i konkret begrundede tilfælde, dispenseres fra kriteriet.

Loftet blev oprindeligt indført for en periode på to år, men er efterfølgende forlænget flere gange – senest i september 2021. Beslutning om eventuel yderligere forlængelse af loftet skal ske på bestyrelsens møde i september 2023.

Det er op til den enkelte region at beslutte, hvordan de vedtagne tiltag konkret implementeres. Bestyrelsen følger op på virkningen af de anbefalede tiltag ved forelæggelse af en halvårlig status, jf. nedenfor.

Ud over bestyrelsens indsatser fra 2016 er der et løbende fokus på andre tiltag og indsatser, som også kan understøtte ønsket om en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse samt en balanceret og tilstrækkelig lægedækning i hele landet.

Ved overenskomstforhandlingerne i 2021 gik Danske Regioner f.eks. til forhandlingerne med et ønske om, at overenskomsterne på lægeområdet i højere grad kan medvirke til at understøtte en mere hensigtsmæssig anvendelse af de forskellige typer af stillinger. Forhandlingerne resulterede i en aftale med overlægeforeningen om en ny stillingsstruktur, som på sigt kan være med til at understøtte ønsket om færre overlæger samt en mere målrettet anvendelse af overlægestillingen.

På yngre lægers område blev der afsat midler til at gennemføre forsøg med karriereveje for underordnede læger i de enkelte regioner. Forsøgene skal evalueres i løbet af efteråret 2023. Herudover er der et løbende fokus såvel regionalt som tværregionalt på udfordringerne i relation til de lægedækningstruede områder og forskellene i rekrutteringsmuligheder på landsplan. Regionalt har dette f.eks. afstedkommet, at der enkelte steder er indgået samarbejdsaftaler, som skal bidrage til en bedre lægedækning i de lægedækningstruede områder.

### Status for 1. halvår 2023

Nærværende status indeholder:

- A. Antallet af speciallæger ved regionerne.
- B. Udviklingen i forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ansat ved regionerne.
- C. Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge.
- D. Antal dispensationer i forhold til "loftet" for speciallæger ved universitetshospitalerne.

#### Ad. A. Antallet af speciallæger i regionerne

Udviklingen i antallet af speciallæger på landsplan fremgår af tabel 1 samt af vedlagte bilag.

Tabel 1: Udviklingen i antallet af speciallæger – hele landet

	Dec. 2016	01. apr. 2023	Udvikling i indeks (2016=100)
Lægelige chefer*	1.036	1.496	144
Overlæger	5.442	5.041	93
Afdelingslæger	1.909	2.820	147
<b>Samlet antal speciallæger</b>	<b>8.388</b>	<b>9.357</b>	<b>112</b>

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

\* Omfatter også de nye cheflæger og ledende overlæger, jf. den nye stillingsstruktur for overlæger.

Tabel 1 viser, at antallet af speciallæger har været stigende i perioden fra december 2016 til i dag. Stigningen er primært sket inden for gruppen af afdelingslæger, hvor der har været en stigning på 47 pct. (indeks 147) i perioden fra 2016 til 2023.

Der har endvidere været en stor stigning i antallet af lægelige chefer, hvor antallet af lægelige chefer er steget med 460 lægelige chefer fra 2016 til april 2023. Størstedelen af stigningen er sket i perioden april 2022 til april 2023, hvor stigningen alene for det ene år har været på 447 lægelige chefer, jf. tabel

1 i bilag 1. Stigningen er forventet og kan for en stor dels vedkommende tilskrives den nye stillingsstruktur, som blev aftalt ved OK-21, og hvor der bl.a. blev indført et nyt ledelseslag.

Ses der på antallet af overlæger, så er antallet faldet endnu engang. Faldet i den samlede periode har været på 401 overlæger (fra 5.442 i december 2016 til 5.041 i april 2023), jf. bilag 1. Det samlede indeks for overlægeansættelser i april 2023 er således på 93 (mod 95 i oktober 2022 og 100 i april 2022). En stor del af faldet skal ses i lyset af den nye stillingsstruktur for overlæger, som er implementeret hen over perioden. Tallene viser, at der ikke er tale om en 1:1 ændring i nedgangen i antallet af overlæger og den tilsvarende stigning i antallet af lægelige chefer. Det er for tidligt at sige, om dette afstedkommer et behov for øget fokus på udviklingen i stigningstakten i f.eks. antallet af lægelige chefer.

En detaljeret opgørelse over udviklingen i antallet af speciallæger for hele perioden december 2016 – april 2023 for de enkelte regioner fremgår af bilag 1, tabel 1-6.

*Ad. B. Udviklingen i forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ved regionerne.*

I forbindelse med den halvårslige status opgøres antallet af overlæger i forhold til antallet af afdelingslæger ved et fordelingstal. Det kan til eksempel nævnes, at fordelingstallet for forholdet mellem afdelingslæger og overlæger i december 2016 var 1:2,85 for hele landet. Det vil sige, at der for hver ansat afdelingslæge var ansat 2,85 overlæger.

I april 2023 var forholdet mellem afdelingslæger og overlæger 1,79. Det vil sige, at der for hver ansat afdelingslæge er ansat 1,79 overlæger.

Fordelingstallene for de enkelte regioner for perioden fremgår af tabel 2 nedenfor.

*Tabel 2: Antal overlæger pr. afdelingslæge. Fordelingstallene for de enkelte regioner i perioden*

	Fordeling pr. dec. 2016	Fordeling pr. april 2023
Hovedstaden	3,25	2,27
Sjælland	4,29	2,1
Syddanmark	2,38	1,47
Midtjylland	2,56	1,44
Nordjylland	2,15	1,44
<b>Hele landet</b>	<b>2,85</b>	<b>1,79</b>

Detaljerede fordelingstal for hele perioden december 2016 – oktober 2022 fremgår af bilag 1, tabel 1-6.

Statustallene for 2023 viser bl.a., at der for den samlede periode (2016-2023) er sket en positiv udvikling i fordelingen af antallet af overlæger og afdelingslæger.

Den positive udvikling er tidligere blevet tilskrevet det forhold, at væksten i speciallægeansættelser er størst blandt afdelingslæger. Den positive udvikling i fordelingstallet skyldes denne gang den store stigning i antallet af lægelige chefer samt det forhold, at faldet i antallet af overlæger (131 fra oktober 2022 til april 2023) er større end faldet i antallet af afdelingslæger (33 fra oktober 2022 til april 2023). Det skal dog bemærkes, at udviklingstakten er forskellig ved de enkelte regioner, jf. bilag 1, tabel 2-6.

*Ad. C. Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge*

Regionerne har oplyst, at der er givet følgende dispensationer fra kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge i perioden 31. december 2022 til 1. juli 2023:

Region Nordjylland

Der er i perioden 1. januar 2023 til 30. juni 2023 givet 10 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli til 31. december 2022 givet 9 dispensationer.

Region Syddanmark

Der er i perioden 1. januar 2023 til 30. juni 2023 givet 13 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli til 31. december 2022 givet 17 dispensationer.

Region Midtjylland

Der er i perioden 1. januar 2023 til 30. juni 2023 givet 21 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli til 31. december 2022 givet 17 dispensationer.

Region Sjælland

Der er i perioden 1. januar 2023 til 30. juni 2023 givet 19 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli til 31. december 2022 givet 19 dispensationer.

Region Hovedstaden

Der er i perioden 1. januar 2023 til 30. juni 2023 givet 44 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli til 31. december 2022 givet 36 dispensationer.

*Ad. D. Antal dispensationer i forhold til "loftet" for speciallæger ved universitetshospitalerne.*

Danske Regioners bestyrelse opfordrede i december 2016 regionerne til at låse antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring de tre største byer i Danmark for en periode af to år. Regionerne beslutter selv, hvilke tiltag, der iværksættes for at sikre en bedre geografisk fordeling af speciallæger. Bestyrelsen følger løbende udviklingen i antallet af dispensationer fra loftet.

Bestyrelsen opfordrede endvidere universitetshospitalerne i de tre berørte regioner til at drøfte, hvordan mobiliteten kan fremmes på tværs af regionerne, hvor især Region Sjælland og Region Nordjylland var og fortsat er særligt udfordret.

Bestyrelsens indstilling havde baggrund i en række drøftelser i [Lægedækningsudvalget](#) om bedre mulighed for lægedækning i hele landet og sikring af en mere solidarisk anvendelse af de lægelige ressourcer på tværs af enheder.

Det to årige "loft" blev i første omgang indført som en midlertidig ordning med henvisning til, at der skal arbejde på mere permanente løsninger vedr. lægedækningsudfordringerne. "Loftet" er siden blevet forlænget flere gange, senest i september 2021, hvor bestyrelsen i forbindelse med sin beslutning om forlængelse opfordrede hospitaler med bedre rekrutteringsmuligheder til at hjælpe til i de områder, hvor det er vanskeligere at rekruttere speciallæger.

Da bestyrelsen på dette møde skal beslutte, om der ønskes en yderligere forlængelse af loftet, har sekretariatet bedt regionerne beskrive eventuelle regionale tiltag, der er iværksat for at sikre en bedre geografisk fordeling af speciallæger. Tilbage meldingerne er efterfølgende drøftet med HR-direktørkredsen på deres møde den 6. juni 2023.

Drøftelserne i direktørkredsen viser, at der er igangsat forskellige tiltag som f.eks. samarbejdsaftaler og delestillinger, ligesom nogle regioner internt har samlet specialer og fusioneret enheder.

Flere regionerne er dog af den opfattelse, at der er en positiv udvikling i gang, men at det vil kræve tid at ændre den eksisterende kultur. Enkelte regioner udtrykte bekymring for, hvad en fjernelse af loftet kan betyde for deres muligheder for at tiltrække speciallægekompetencer.

Der er ikke fremsendt data, som viser en synlig effekt af loftet.

I tabel 3 nedenfor vises stigningstakten i udviklingen i antallet af speciallæger fra 2018, hvor loftet blev fastlagt og frem til i dag<sup>1</sup>. Udviklingen vises i antallet af stillinger ved de tre universitetshospitaler samt hos de fem regioner.

*Tabel 3: Udviklingen i antallet af speciallæger i perioden 2018 – 2023.*

	% stigning i antallet af speciallæger i perioden april 2018 - juni 2023
OUH i alt	8,5
OUH ex undtagne specialer	9,0
AUH i alt	6,2
AUH ex undtagne specialer	6,6
Rigshospitalet i alt	13,1
Rigshospitalet ex undtagne specialer	13,1
Herlev og Gentofte Hospitaler	7,2
Herlev og Gentofte ex undtagne specialer	6,9
Region Hovedstaden *	8,2
Region Sjælland	9,0
Region Midtjylland*	10,9
Region Syddanmark*	6,6
Region Nordjylland	4,3
<b>Hele landet i alt</b>	<b>8,3</b>

\* inklusive universitetshospitalet

#### *Dispensation fra loftet*

De enkelte regioner kan lokalt dispensere fra loftet. Der er for perioden 1. januar 2023 til 30. juni 2023 givet følgende dispensationer fra det fastlagte "loft" på universitetshospitalerne i København, Aarhus og Odense:

#### Region Syddanmark – Odense Universitetshospital (OUH)

Region Syddanmark oplyser, at der for perioden 1. januar 2023 – 30. juni 2023 er givet 12 dispensationer på OUH.

#### Region Midtjylland – Aarhus Universitetshospital (AUH)

Region Midtjylland oplyser, at der for perioden 1. januar 2023 – 30. juni 2023 ikke er givet dispensationer på AUH.

#### Region Hovedstaden - Rigshospitalet

Region Hovedstaden oplyser, at der for perioden 1. januar 2023 – 30. juni 2023 er givet 12 dispensationer på Rigshospitalet.

#### Region Hovedstaden – Herlev og Gentofte Hospitaler

<sup>1</sup> modsat tabel 1 ovenfor som omfatter perioden 2016-2023

Region Hovedstaden oplyser, at der for perioden 1. januar 2023 – 30. juni 2023 er givet 4 dispensationer på Herlev og Gentofte Hospitaler.

Der er i tabel 4 nedenfor udarbejdet en sammenfattende oversigt over det gennemsnitlige antal speciallæger ved de fire universitetshospitaler sammenholdt med det udmeldte loft. Der er i opgørelsen medtaget såvel det samlede udmeldte loft, som det korrigerede loft, hvor der er undtaget en række specialer.

*Tabel 4: Antal speciallæger ved universitetshospitalerne i forhold til det udmeldte "loft"*

<b>OUH</b>	Antal speciallæger i alt 1	Antal speciallæger ex. undtagne specialer <sup>2</sup>
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	876	814
Perioden 01.01.23-30.06.23	gens. 950,5	gens. 887,33
- Heraf deltidsansatte	gens. 145,83	gens. 137,67
<p>Bem. Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal fra periode til periode.</p> <p>1. antallet er ex. Speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og Akut Medicinsk Koordination (AMK), AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd, da det er tværgående funktioner, der finansieres af eksterne midler.</p> <p>2. Undtagede afdelinger: Dermato-venerologi, klinisk farmakologi, Thoraxkirurgi, Neurokirugi</p>		

<b>AUH</b>	Antal speciallæger i alt	Antal speciallæger ex. undtagne specialer
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	949	868
Perioden 01.01.23-30.06.23	Gens. 1.008	Gens. 925
- Heraf deltidsansatte	Ikke oplyst*	Ikke oplyst*
<p>Bem. Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal fra periode til periode.</p> <p>* Region Midtjylland oplyser, at det ikke er muligt at oplyse tallet for den ønskede periode, da dette vil kræve en manuel optælling.</p>		

<b>Rigshospitalet</b>	Antal speciallæger i alt	Antal speciallæger ex. undtagne specialer
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	1.140	1.082
Perioden 01.01.23-30.06.23	Gens. 1.289	Gens. 1.224
- Heraf deltidsansatte	166 *	165 *
<p>Bem. Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal fra periode til periode.</p> <p>* Region Hovedstaden bemærker, at der noteres en fortsat stigning i antallet af deltidsansatte samt at der pt. ikke foreligger fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.</p>		

<b>Herlev og Gentofte Hospitaler</b>	Antal speciallæger i alt	Antal speciallæger ex. undtagne specialer
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	640	622
Perioden 01.07.22-31.12.22	Gens. 686	Gens. 665
- Heraf deltidsansatte	113	107

Bem. Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal fra periode til periode.

Sekretariatet indstiller på baggrund af ovenstående, at bestyrelsen forlænger loftet to år mere.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Udvikling i ansættelse af speciallæger - opdateret med april 2023 (1647734 - EMN-2017-00054)



## 19 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2024

---

Kristian Terp  
EMN-2023-00648

### Resumé

Budgetforslag 2024 er udarbejdet i 2024 pris- og lønniveau. Budgetforslaget indeholder de aftalte administrative besparelser på 15,5 mio. kr. i form af kontingentreduktioner i 2024.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet efter en forudgående reduktion i satsen på 0,70 kr. pris- og lønreguleres med 3,4 pct. Svarende til 0,15 kr. pr. indbygger og fastsættes til 25,85 kr. pr. indbygger for 2024.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at* budgettet for 2024 fastsættes med et driftsunderskud på 33,4 mio. kr.,  
*at* kontingentet efter en forudgående reduktion på 0,7 kr. pris- og lønreguleres med 3,4 pct., og indstilles til godkendelse på generalforsamlingen til 25,85 kr. pr. indbygger for 2024,

og

*at* bestyrelsen godkender en projektbevilling op til 5 mio. kr. i 2024 til understøttelse af Medicinrådets virke.

---

### Sagsfremstilling

Materialet til første behandling af forslaget til budget for 2024 for Danske Regioner er opdelt i følgende punkter:

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
2. Budgetforslag 2024, herunder
  - Forventet regnskab 2023
  - Budgetforudsætninger
  - Budget 2024
  - Kontingent 2024

#### **1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter**

En fortsættelse af den nuværende finansieringsstruktur med en delvis finansiering via træk på formuen kan ske til og med 2032.

Udgangspunktet for dette er det forventede resultat for 2023, forslaget til budget 2024 samt en mekanisk fremskrivning af disse forudsætninger.

Der er i bilaget om finansiering redegjort for de enkelte finansieringskilder.

Det forhold, at kun den kontingentfinansierede del af driftsbudgettet pris- og

lønreguleres, medfører et automatisk produktivetskrav svarende til 1,1 mio. kr. i 2024.

## 2. Budgetforslag 2024

### Forventet regnskab 2023

Det forventede regnskab viser en driftsresultatforbedring på 11,5 mio. kr. (tabel 1). Kapitalindtægterne forventes på baggrund af de første 8 måneder at overstige budgettet med 10,3 mio. kr., mens kapitalomkostningerne overstiger budgettet med 1,4 mio. kr. Sidstnævnte omkostningsstigning skyldes primært en aftale om rentetilskrivning på indeståendet af OK midler når diskontoen overstiger 2 pct. Samlet forventes kapitalposterne at give en resultatforbedring på knap 9 mio. kr. (med forbehold for udviklingen i de sidste måneder af året).

Årets resultat efter projektbevillinger forventes derfor at ende med et underskud på 21,8 mio. kr. svarende til en resultatforbedring på 20,4 mio. kr.

Resultatforbedringen før kapitalposter skyldes primært Behandlingsrådet, der forventes at realisere et mindreforbrug på 8,8 mio. kr. Hertil lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser i form af uforbrugte puljemidler, mens udgifter til el, varme, huslejer og drift af Regionernes Hus ligger over budgettet. Endelig har udgifterne til mødeaktiviteter nærmet sig niveauet fra før covid-19 pandemien.

Tabel 1: Forventet regnskab for 2023

Forventet regnskab 2023	Budget 2023	Forventet regnskab	Forskel B-FvR
Kontingent	-152.100.000	-152.500.000	400.000
Øvrige kontingenter	-105.400.000	-105.400.000	0
Øvrige indtægter	-27.900.000	-27.800.000	-100.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-285.400.000</b>	<b>-285.700.000</b>	<b>300.000</b>
Løn	197.200.000	196.400.000	800.000
Øvrige personaleudgifter	31.900.000	31.100.000	800.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>229.100.000</b>	<b>227.500.000</b>	<b>1.600.000</b>
Drift af huse	13.700.000	16.600.000	-2.900.000
Fremmede tjenesteydelser	28.600.000	24.100.000	4.500.000
Mødeaktiviteter	9.500.000	10.200.000	-700.000
Øvrig drift	47.400.000	38.700.000	8.700.000
Tilskud	3.300.000	3.300.000	0
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>102.500.000</b>	<b>92.900.000</b>	<b>9.600.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>46.200.000</b>	<b>34.700.000</b>	<b>11.500.000</b>
Kapitalindtægter	-7.500.000	-17.800.000	10.300.000
Kapitaludgifter	500.000	1.900.000	-1.400.000
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>-7.000.000</b>	<b>-15.900.000</b>	<b>8.900.000</b>

<b>Resultat:</b>	<b>39.200.000</b>	<b>18.800.000</b>	<b>20.400.000</b>
Projektbevillinger	3.000.000	3.000.000	0
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>42.200.000</b>	<b>21.800.000</b>	<b>20.400.000</b>

### Budgetforudsætninger

Budgetforslaget for 2024 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2024 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 3,4 pct.).

Budgetforslaget indbefatter bidrag og udgifter til Medicinrådet, Behandlingsrådet, Regionernes Fælles Indkøb (RFI), Regioners Sundhedsteknologi og Innovation (RSI), Videntcenter for Miljø og Ressourcer (VMR), Regionernes IT Råd samt Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden).

### Budget 2024

Tabel 2 nedenfor viser det samlede budget for Danske Regioner (inkl. ovennævnte råd og enheder) for 2023 og forslag til Budget 2024 (alt i 2024 pris- og lønniveau). I budgetforslaget er indarbejdet de administrative besparelser i form af kontingentreduktioner på 15,5 mio. kr., der blev fastlagt på bestyrelsesmødet d. 28. august 2023.

Tabel 2: Budget 2023 og Budgetforslag 2024 i 2024 P/L inkl. Medicinrådet m.fl.

Budgettal i 2024 P/L:	Budget 2023	Budget 2024
Kontingent*	-157.300.000	-153.800.000
Øvrige kontingenter**	-109.000.000	-97.700.000
Øvrige indtægter	-28.800.000	-38.800.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-295.100.000</b>	<b>-290.300.000</b>
Løn	203.800.000	200.300.000
Øvrige personaleudgifter	32.900.000	32.500.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>236.700.000</b>	<b>232.800.000</b>
Drift af Regionernes Hus m.m.	15.700.000	16.400.000
Fremmede tjenesteydelser	29.500.000	28.200.000
Mødeaktiviteter	10.600.000	10.600.000
Øvrig drift	46.700.000	45.500.000
Tilskud	3.400.000	3.400.000
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>105.900.000</b>	<b>104.100.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>47.500.000</b>	<b>46.600.000</b>
Kapitalindtægter	-7.500.000	-9.000.000
Kapitaludgifter	500.000	2.000.000
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>-7.000.000</b>	<b>-7.000.000</b>

<b>Resultat:</b>	<b>40.500.000</b>	<b>39.600.000</b>
Projektbevillinger	3.000.000	8.000.000
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>43.500.000</b>	<b>47.600.000</b>

\*) Kontingentet reduceres med 4,2 mio. kr. i form af en nedsættelse af kontingent satsen med 0,70 kr. før fremskrivning til 2024 niveau.

\*\*) Øvrige kontingenter er reduceret med 10 mio. kr. for Behandlingsrådet og 1,3 mio. kr. for de øvrige enheder bortset fra Medicinrådet.

Tabel 3 viser budgetforslaget for Danske Regioners sekretariat.

*Tabel 3: Danske Regioners basisbudget 2024*

Budgettal i 2024 P/L:	Budget 2023	Budget 2024
Kontingent	-157.300.000	-153.800.000
Øvrige indtægter	-24.600.000	-24.600.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-181.900.000</b>	<b>-178.400.000</b>
Løn	125.100.000	122.100.000
Øvrige personaleudgifter	21.700.000	21.400.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>146.800.000</b>	<b>143.500.000</b>
Drift af Regionernes Hus	9.300.000	9.800.000
Fremmede tjenesteydelser	18.900.000	17.600.000
Mødeaktiviteter	7.300.000	7.400.000
Øvrig drift	30.600.000	30.100.000
Tilskud	3.400.000	3.400.000
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>69.500.000</b>	<b>68.300.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>34.400.000</b>	<b>33.400.000</b>
Kapitalindtægter	-7.500.000	-9.000.000
Kapitaludgifter	500.000	2.000.000
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>-7.000.000</b>	<b>-7.000.000</b>
<b>Resultat:</b>	<b>27.400.000</b>	<b>26.400.000</b>
Projektbevillinger	3.000.000	8.000.000
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>30.400.000</b>	<b>34.400.000</b>

Årsagen til, at kontingentet reduceres med 3,5 mio. kr. i forhold til det fremskrevne budget 2023 og ikke 4,2 mio. kr., er alene en stigning i befolkningstallet i løbet af 2023.

Der er sket reduktioner i løn- og driftsbudgettet for at imødegå kontingentreduktionen således at driftsresultatet fastholdes på 33,4 mio. kr.

Det stigende renteniveau har øget de budgetterede renteindtægter fra obligationsdelen af de forvaltede midler. Dette modsvares af et rentetilsvær på de indestående OK midler, der forrentes med diskontoen minus 2 pct.

Det indstilles, at der gives en projektbevilling op til 5 mio. kr. i 2024 til understøttelse af Medicinrådets virke i 2024.

I tabel 4 nedenfor vises Medicinrådets budget for 2024.

*Tabel 4: Medicinrådet budget for 2024*

Budgettal i 2024 P/L:	Budget 2023	Budget 2024
Øvrige kontingenter	-54.700.000	-54.700.000
Intern flytning af midler	0	-10.000.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-54.700.000</b>	<b>-64.700.000</b>
Løn	45.800.000	45.800.000
Øvrige personaleudgifter	7.000.000	7.000.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>52.800.000</b>	<b>52.800.000</b>
Husleje m.m.	4.900.000	4.900.000
Fremmede tjenesteydelser	4.100.000	4.100.000
Mødeaktiviteter	700.000	700.000
Øvrig drift	5.400.000	5.400.000
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>15.100.000</b>	<b>15.100.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>13.200.000</b>	<b>3.200.000</b>

Medicinrådet budgetterer i 2024 med et underskud på 3,2 mio. kr. Hermed vil Medicinrådets opsparring ved udgangen af 2024 på de givne forudsætninger være anvendt til indsatsen for nedbringelse af sagsbehandlingstiden. På budget 2024 indstilles det jf. ovenfor at tilføre Medicinrådet 5 mio. kr. via en projektbevilling, dvs. træk på Danske Regioners formue, og 5 mio. kr. fra Behandlingsrådets opsparring jf. nedenfor. Sekretariatet vil på et senere møde komme med forslag til en langsigtet stabilisering af Medicinrådets økonomi.

I tabel 5 nedenfor vises Behandlingsrådets budget for 2023.

*Tabel 5. Behandlingsrådet budget for 2024*

Budgettal i 2024 P/L:	Budget 2023	Budget 2024
Øvrige kontingenter	-32.200.000	-22.200.000
Analysen i samarbejde med SUM	-4.200.000	-4.200.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-36.400.000</b>	<b>-26.400.000</b>

Løn	19.600.000	19.600.000
Øvrige personaleudgifter	2.800.000	2.800.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>22.400.000</b>	<b>22.400.000</b>
Fremmede tjenesteydelser	3.000.000	3.000.000
Andre driftsudgifter	11.000.000	11.000.000
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>14.000.000</b>	<b>14.000.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>0</b>	<b>10.000.000</b>

Kontingentet til Behandlingsrådet reduceres i 2024 med 10. mio. kr. I budgettet for 2024 indgår endvidere en overførsel på 5 mio. kr. til Medicinrådet.

Behandlingsrådets opsparede midler forventes at udgøre godt 29 mio. kr. ved indgangen til 2024.

I tabel 6 vises de samlede budgetter for de øvrige enheder i Danske Regioner med særskilt kontingentfinansiering; RSI, RFI, VMR, IT Rådet og Kvalitetsenheden (Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams).

Tabel 6: RSI, RFI, VMR, IT Rådet og Kvalitetsenhedens budget for 2023

Budgettal i 2024 P/L:	Budget 2023	Budget 2024
Øvrige kontingenter	-22.100.000	-20.800.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-22.100.000</b>	<b>-20.800.000</b>
Løn	13.300.000	12.800.000
Øvrige personaleudgifter	1.400.000	1.300.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>14.700.000</b>	<b>14.100.000</b>
<b>Øvrige udgifter:</b>	<b>7.400.000</b>	<b>6.700.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Kontingenterne for 2024 er reduceret med knap 1,3 mio. kr. og udgifterne er reduceret tilsvarende.

### *Kontingent 2023*

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet foreslås pris- og løntalsreguleret på baggrund af den udmeldte sats for den generelle regionale PL (eks. sygehusmedicin). For at opnå den aftalte kontingentreduktion på 4,2 mio. kr. i 2024 er kontingentsatsen nedsat med 0,70 kr. inden fremskrivning til 2024 PL. For 2024 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 25,85 kr. pr. indbygger, svarende til en stigning på 0,15 kr. pr. indbygger i forhold til 2023.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

## 20 (Offentlig) Danske Regioners deltagelse i Folkemødet 2024

---

Eva M. Weinreich-Jensen  
EMN-2023-00713

### Resumé

Folkemødet på Bornholm den 15.-17. juni 2023 bød på 28 velbesøgte debatter i Danske Regioners telt. De 88 regionale politikere, der var til stede på Folkemødet, deltog også i en række debatter og arrangementer udenfor teltet.

Danske Regioner vil også i 2024 deltage på Folkemødet med eget telt.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at Danske Regioner fastholder en aktiv deltagelse i Folkemødet på Bornholm, herunder også som sponsor.

---

### Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede den 18. august 2022, at Danske Regioner fastholder en aktiv deltagelse på Folkemødet i de kommende år, herunder også som sponsor.

Formålet med Danske Regioners deltagelse ved Folkemødet på Bornholm er interessevaretagelse for regionerne. Det sker ved at synliggøre det regionale demokrati, skabe debat om regionale ansvarsområder og styrke relationerne til samarbejdspartnere og interessenter generelt.

Samtidig er Danske Regioner sponsor for Folkemødet – og støtter dermed Folkemødets ide om en levende demokratisk samtale i Danmark, som dermed kan bringe borgerne tættere på de folkevalgte.

På årets Folkemøde gav det sig udslag i et meget aktivt og velbesøgt debattelt, hvor 28 debatter i Danske Regioners telt betød fuldt program – med start torsdag kl. 12.15 og afslutning lørdag kl. 19. Blandt de mest besøgte debatter var debatten om Sundhedstrukturkommissionens arbejde og debatten i forbindelse med den nye pris *Årets sundhedsdebattør*.

Danske Regioner stod for fem debatter, uddelingen af Årets sundhedsdebattørpris samt forebyggelsesgymnastik. Regionerne stod for ni debatter, og andre 13 debatter var arrangeret af Robusthedskommissionen, Dansk Psykiatrisk Selskab, PLO, Danske Patienter, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Behandlingsrådet, Ungepanelerne i Danmark, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Det Nationale Sorgcenter, Dansk Brystkræft



Organisation, Nationalt Genom Center, SAGA (partineutral ungdomsbevægelse for inddragelse af unge) og Verdensmålsambassadørerne (også unge).

De 88 regionale politikere, der var til stede på Folkemødet, deltog også i en række debatter og arrangementer udenfor Danske Regioners telt.

### **Danske Regioner på Folkemødet 2024**

Danske Regioner vil også i 2024 være markant til stede ved Folkemødet på Bornholm med eget telt og politiske debatter. Samarbejdet med regionerne, samarbejdspartnere/ interessenter og mindre organisationer om debatter i teltet fortsættes også. Årets sundhedspris uddeles også fortsat.

Bestyrelsen har tidligere besluttet, at der afholdes bestyrelsesmøde på Bornholm den 12. juni 2024 i forbindelse med Folkemødet.

---

### **Økonomi**

Danske Regioner har sponsoreret Folkemødet siden dets etablering og er såkaldt Demokratipartner. Med sponsoringen følger visse rettigheder, herunder muligheden for at vælge placering af telt. Sponsoratet har de seneste år været 175.000 kr., inkl. moms, og der anvendes herudover op til 350.000 kr. på aktiviteter, hvor leje af telt, areal, teknik, transport af møbler til teltet, kaffe og annoncer udgør den største del. Både sponsorat og udgiften til aktiviteter indgår i Danske Regioners driftsbudget.

---

### **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

### **Kommunikation**

Danske Regioner var aktive på sociale medier op til og under Folkemødet. Statistikken for eksponeringen under Folkemødet viser en høj grad af eksponering. Desuden fik uddelingen af Årets sundhedsdebattør meget omtale i medierne.

---

### **Bilag**

## 21 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner m.v.

---

nje@regioner.dk  
EMN-2022-01002

### Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har afholdt offentlig høring over lovforslag om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven m.m. Lovforslaget lægger bl.a. op til at indføre et forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker.

Lovforslaget var i offentlig høring i sommeren 2022 og er genfremsat af regeringen. Der er ved dette reviderede lovforslag foretaget ændringer og præciseringer efter første høringsperiode, f.eks. ansvarsfordeling mellem læge og sygeplejersker og opblødning af gældende regler i primærsektoren.

Danske Regioner har afgivet høringssvar. Der bækkes i svaret op om lovforslaget og intentionerne om at sikre gode og fleksible rammer for at tilrettelægge arbejdet i sundhedsvæsenet med den bedst mulige anvendelse af medarbejdernes kompetencer.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

---

### Sagsfremstilling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har afholdt offentlig høring af Forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Lovforslaget skal udmønte dele af den brede politiske aftale om [Sundhedsreformen](#), som regeringen indgik med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022.

Lovforslaget indeholder overordnet følgende to elementer:

1. Indførelse af et forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker og udvidelse af jordemødres forbeholdte virksomhedsområde
2. Ankenævnet for Patienterstatningens kompetence til behandling af grønlandske klagesager om patienterstatning.

Del 1 var i offentlig høring i perioden den 7. juli-18. august 2022, hvor Danske Regioners høringssvar blev godkendt af bestyrelsen på møde den 29. september 2022.

## Danske Regioners hørings svar

### *Lovforslagets 1 del*

Danske Regioner har med afsæt i hørings svaret fra første høringsperiode og høring i de fem regioner udarbejdet et fællesregionalt hørings svar.

Det fremhæves i hørings svaret, at Danske Regioner bakker op om intentionerne om at sikre gode og fleksible rammer for at tilrettelægge arbejdet i sundhedsvæsenet med den bedst mulige anvendelse af medarbejdernes kompetencer. Danske Regioner ser positivt på, at sygeplejersker med lovforslaget vil kunne udføre visse typer af opgaver selvstændigt.

Der kvitteres i svaret for, at der ved dette reviderede lovforslag er foretaget ændringer efter første høringsperiode. Særligt i relation til opblødning af gældende regler i primærsektoren. Bilaget er udbygget med flere tekniske bemærkninger fra de fem regioner.

### *Lovforslagets 2 del om patienterstatning*

Danske Regioner forudsætter, at forslaget ikke vil få konsekvenser for regionernes udgifter til sager hos Ankenævnet fx i form af højere enkeltsagsgebyr, da det er fremhævet i lovforslaget, at Styrelsen for Patientklager vil modtage fuld refusion, da Grønland finansierer sagsbehandlingen af sagerne.

## Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](https://hoeringsportalen.dk)

---

## Økonomi

Danske Regioner har anmodet om, at lovforslaget bliver medtaget på Lov- og Cirkulæreprogrammet med henblik på forhandling konsekvenserne for regionernes økonomi.

---

## Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er hørings svaret fremsendt til Sundhedsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Høringssvar - ændringsforslag til lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed mv (1650084 - EMN-2022-01002)

## 22 (Offentlig) Hverv - ændringer i Psykiatri- og socialudvalget

---

Bente Kragelund Jønsson  
EMN-2020-01659

### Resumé

Ændringer i Radikale Venstres og Enhedslistens medlemmer af Psykiatri- og socialudvalget.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at regionsrådsmedlem Jeppe Rohde Fransson (B), Region Sjælland indtræder i Psykiatri- og socialudvalget under Anne Skau Styrishaves sygefravær, og

at bestyrelsen tager til efterretning, at regionsrådsmedlem Grethe Olivia Nielsson (Ø), Region Hovedstaden pr. 1. oktober 2023 indtræder i Psykiatri- og socialudvalget i stedet for Helene Forsberg Madsen.

---

### Sagsfremstilling

Medlem af Psykiatri- og socialudvalget Anne Skau Styrishave (B), Region Syddanmark er sygemeldt indtil 1. januar 2024. Det radikale Venstre ønsker, at regionsrådsmedlem Jeppe Rohde Fransson (B), Region Sjælland indtræder som udvalgsmedlem indtil da.

Enhedslisten har meddelt, at regionsrådsmedlem Grethe Olivia Nielsson (Ø), Region Hovedstaden pr. 1. oktober 2023 indtræder i Psykiatri- og socialudvalget i stedet for Helene Forsberg Madsen (Ø), Region Hovedstaden.

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

### Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Opmærksomhedsbrev om overholdelse af patientrettigheder i urologien
- Plan for PFAS demonstrationsprojekter
- Regionernes målbillede for tapning af plasma
- Åbent Hospital
- Politiske møder
- Arrangementer og konferencer

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

#### **Opmærksomhedsbrev om overholdelse af patientrettigheder i urologien** (EMN-2023-00867)

Cheflægegruppen for de urologiske afdelinger har den 21. juni 2023 fremsendt et opmærksomhedsbrev til regionernes direktioner og hospitalsledelser vedrørende kapacitetsudfordringer med overholdelse af de maksimale ventetider for kræft samt udrednings- og behandlingsretten. Dansk Urologisk Selskab har den 30. august 2023 sendt et støttebrev til opmærksomhedsbrevet. I brevet opfordrer cheflægegruppen bl.a. til, at kapacitetsudfordringerne i urologien adresseres i et bredere perspektiv. De landsdækkende kapacitetsudfordringer i urologien blev også fremhævet i Sundhedsstyrelsens faglige gennemgang af kræftområdet fra juni 2023, som var en del af Indenrigs- og sundhedsministerens plan 'Genopretning af kræftområdet'. Opfordringerne i opmærksomhedsbrevet behandles i første omgang i regi af regionernes sundhedsdirektørkreds.

#### **Plan for PFAS demonstrationsprojekter** (EMN-2023-00540)

Med Finansloven for 2023 blev der afsat 10 mio. kr. til at gennemføre et eller flere demonstrationsprojekter til oprensning af PFAS.

Af bekendtgørelsen fremgår det at: "*Danske Regioner planlægger sammen med regionerne indsatsen til gennemførelse af en eller flere*

*PFAS-demonstrationsprojekter inden for den ramme på 10 mio. kr., der er afsat på finansloven 2023. Danske Regioner udarbejder en plan over hvilke demonstrationsprojekter der kan ydes tilskud til, som er grundlaget for Miljøstyrelsens udbetaling af tilskud til Regionsrådet. Regionernes plan indeholder en beskrivelse af hvordan projektsresultaterne videreformidles.”*

Danske Regioner har nu, i samarbejde med regionerne, lagt en plan for, hvilke demonstrationsprojekter for rensning af PFAS der skal gennemføres. Planen er udarbejdet i samarbejde mellem en gruppe af fageksperter fra alle fem regioner og Videntcenter for Miljø og Ressourcer. Planen er at teste rensning af PFAS i jord via to forskellige teknologier. Testene gennemføres i to containere, som fyldes med PFAS-forurenede jord på Korsør Brandskole.

Der mangler i dag i høj grad viden om og metoder og teknologi til rensning af PFAS i jord.

Der lægges stor vægt på dokumentation af teknologien, og det er derfor planen, at der skal udarbejdes en evalueringsrapport, som sammenligner de to teknologier både i forhold til effektivitet og pris (ressourcetræk). Regionerne går i projektet sammen om anvendelsen af midlerne, kompetencer fra hver region bringes i spil, og alle fem regioner får mulighed for at uddrage nyttig viden fra projektet.

Demonstrationsprojekterne kommer i udbud og forventes igangsat i første halvår 2024.

### **Nedjustering af regionernes målbillede for udbygning af plasmaferesekapaciteten** (EMN-2017-01667)

Danske Regioners bestyrelse besluttede i juni 2021 at opfordre regionerne til at sikre en udbygning af kapaciteten til tapning af blodplasma, så Danmark kan blive selvforsynende. På den baggrund er der nedsat en tværregional koordineringsgruppe, som siden 2021 har haft ansvaret for at koordinere udbygningen af regionernes plasmakapacitet, så der opnås en kapacitet på 280 tons årligt.

I forbindelse med afholdelse af et nyt udbud på plasmaområdet forventer Amgro, at det vil være muligt at udvinde mere immunglobulin pr. kg plasma, end hvad der fremgår af den nuværende aftale. En øget udvindingsgrad giver mulighed for at nedjustere regionernes mål fra 280 tons til 224 tons. På baggrund af dette nedjusteres regionernes målbillede for udbygning af kapaciteten til tapning af blodplasma til 224 tons.

### **Åbent Hospital søndag den 3. september 2023** (EMN-2019-01176)

Landet rundt åbnede hospitaler, store byggerier, psykiatrien og ambulancestationer dørene for danskerne til det årlige Åbent Hospital den første søndag i september. Danskerne kunne komme indenfor 20 steder rundt om i landet – det højeste antal siden de første åbne hospitalsarrangementer i 2017.

14.000 danskere i alle aldre benyttede muligheden og var med til sjove aktiviteter, rundvisninger og demonstration af bl.a. ny teknologi. Mange regionale dagblade og lokale TV-stationer dækkede begivenheden yderst positivt. TV2 Nyhederne med et seks minutter langt live-indslag søndag middag fra Herlev Hospital, som indfangede den gode stemning og viste teknologi, der kan lette arbejdspresset i sundhedsvæsenet i form af AI-værktøjet Dermloop. Senere på dagen var der indslag fra Sygehus Sønderjyllands bamseklínik.

Når evalueringen af arrangementet foreligger, vil bestyrelsen skulle tage stilling til næste års åbent hospital.

### **Politiske møder**

*(EMN-2022-01494)*

Der har siden den 23. august 2023 været afholdt følgende politiske møder:

- Møde den 25. august 2023 med klima-, energi og fødevareministeren om grønt samarbejdsudvalg, grønne hospitaler m.m. Anders Kühnau og Stephanie Lose deltog.
- Møde den 1. september 2023 med finansministeren, KL og Danske Regioner om OK24 og trepart. Anders Kühnau og Heino Knudsen deltog.
- Møde den 12. september 2023 med sundhedsministeren, Danske Regioner og Sundheddanmark om akutplan. Anders Kühnau og Stephanie Lose deltog.
- Møde den 13. september 2023 mellem sundhedsministeren og de fem regionsrådsformænd om opfølgning på aftale om akutplan.

### **Arrangementer og konferencer**

*(EMN-2018-02374)*

2. november 2023 kl. 10.00-16.00

København: Sundhed for Alle 2023. Danske Regioner er arrangør.

10. november 2023 kl. 10.00-14.00

København: Kræftkonference. Danske Regioner og Kræftens Bekæmpelse er arrangører.

10. januar 2024 kl. 09.00-12.30



København: Afslutningskonference i Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed.  
Kræftens Bekæmpelse, KL og Danske Regioner er arrangører.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

## 24 (Offentlig) Formandens meddelelser

---

Ulla Riel  
EMN-2022-01494

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

25 (Fortrolig)

## 26 (Offentlig) Næste møde

---

Ulla Riel  
EMN-2022-01494

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 9. november 2023 kl. 10.30 til 15.00 i Regionernes Hus.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 27 (Offentlig) Eventuelt

---

Ulla Riel  
EMN-2022-01494

### Resumé

-

---

### Indstilling

-

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

28 (Fortrolig)

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Udredningsret, ventetider og brug af personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Psykiatri- og socialudvalgets forslag til initiativer i den pressede børne- og ungdomspsykiatri</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>5</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>2</b>



## NOTAT

Henvisninger, ventetid og brug af personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien

I nærværende notat præsenteres data for udredningsretten, ventetider og brugen af forskellige personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien. Der tages udgangspunkt i det nyest tilgængelige data for Danske Regioner.

07-08-2023

EMN-2022-01548

1644149

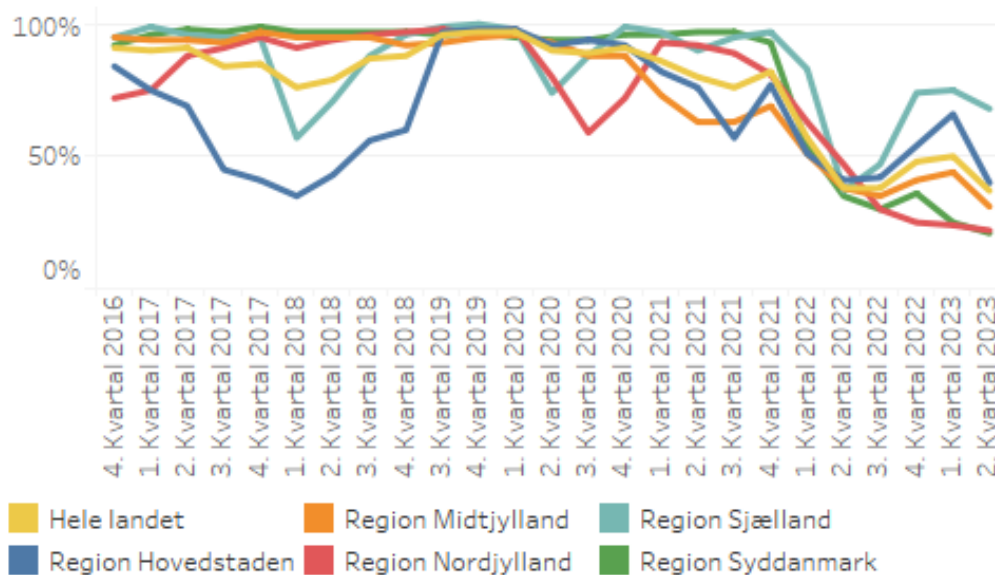
Helene Munk Fog

### Overholdelse af udredningsretten

I børne- og ungdomspsykiatrien lå overholdelsen af udredningsretten i 2. kvartal af 2023 på 37 procent, hvilket er et fald i forhold til 1. kvartal, hvor den lå på 50 procent på landsplan.

Der ses også en betydelig regional variation, hvor Region Sjælland har en overholdelse på 68 procent, mens Region Nordjylland har en overholdelse på 22 procent og Region Syddanmark en overholdelse på 21 procent.

*Figur 1: Andelen af forløb, hvor udredningsretten er overholdt i børne- og ungdomspsykiatrien*



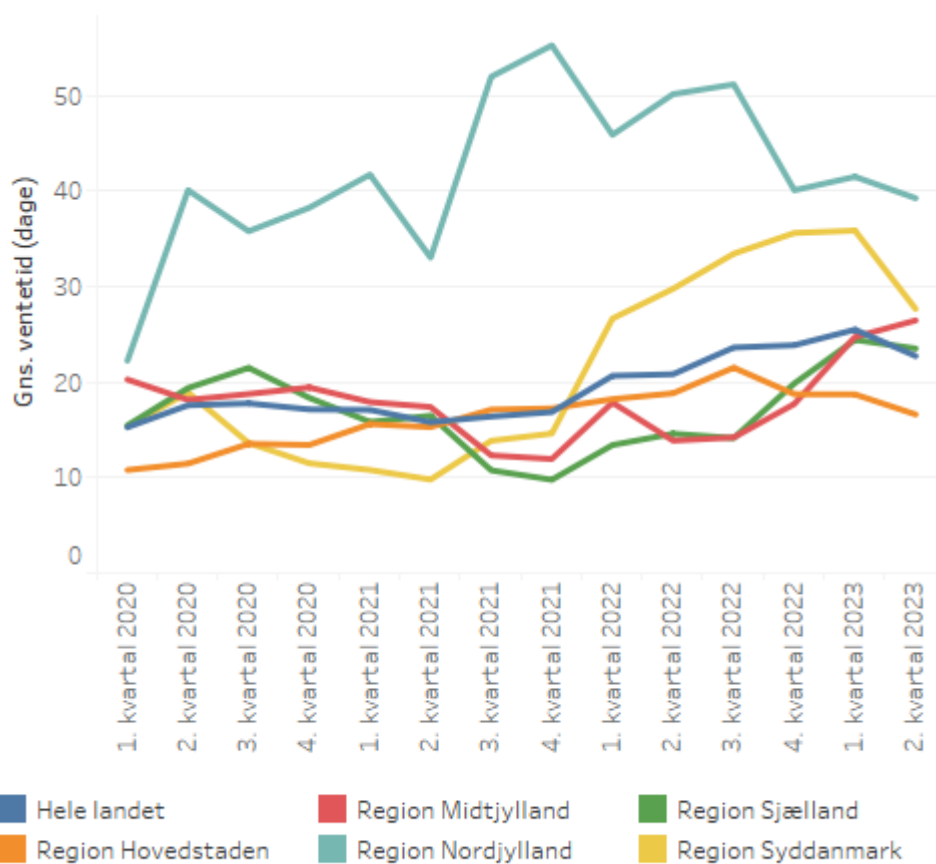
Datakilde: Sundhedsdatastyrelsen

Note: Udredningsretten i psykiatrien var suspenderet i store dele af 2020. Figuren viser, hvordan udredningsretten ville have været overholdt hvis den havde været gældende i hele perioden.

## Gennemsnitlig ventetid

Figur 2 viser den gennemsnitlige ventetid til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Af figuren fremgår det, at der har været en lille stigning i den gennemsnitlige ventetid på landsplan fra 1. kvartal 2020 til 1. kvartal 2023, mens der fra 1. til 2. kvartal i 2023 har været et lille fald.

Figur 2: Den gennemsnitlige ventetid på behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

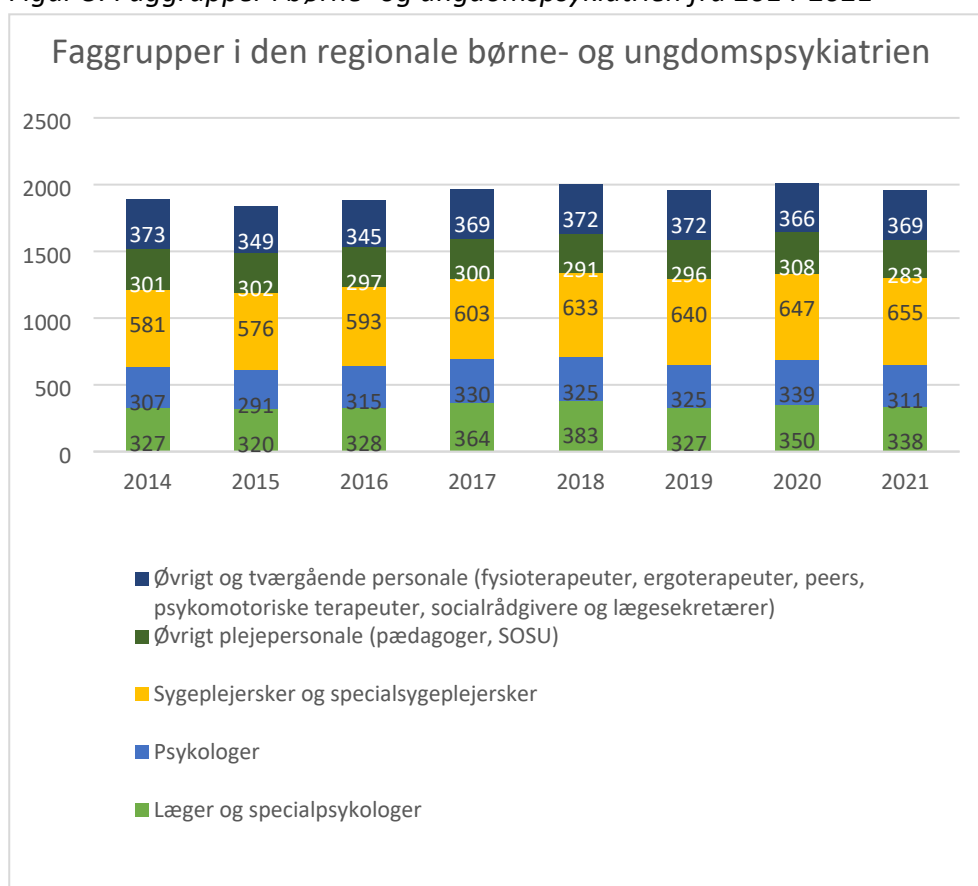


Datakilde: Sundhedsdatastyrelsen.

## Anvendelse af personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien

Figur 3 viser en oversigt over anvendelsen af forskellige personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien. Andelen af de forskellige personalegrupper er forholdsvist jævn over tid, og det samme gælder for det samlede antal af ansatte i børne- og ungdomspsykiatrien. Der tages højde for, at regionerne har trukket data på forskellige datoer, og at der kan være forskelle i registreringspraksis. Figuren skal derfor læses med forbehold og blot bruges til at få et indtryk af fordelingen af personalegrupper i børne- og ungdomspsykiatrien.

Figur 3: Faggrupper i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2014-2021



Datakilde: Data er indsendt af hver region på forespørgsel fra Danske Regioner. Der tages forbehold for forskellige datoer for datatræk og forskellig registreringspraksis.



## **Relateret document 2/2**

**Dokument Navn:** Katalog med regionale forslag til initativer til børne- og ungdomspsykiatrien.pdf

**Dokument Titel:** Katalog med regionale forslag til initativer til børne- og ungdomspsykiatrien

**Dokument ID:** 1648938



## NOTAT

26-01-2023

EMN-2022-01548

1604041

Helene Munk Fog

### Katalog med forslag til initiativer til børne- og ungdomspsykiatrien

De fem regioner har på forespørgsel fra sekretariatet indsendt forslag til initiativer, som på nationalt plan kan være med til at styrke børne- og ungdomspsykiatrien og være med til at skabe de bedste rammer for at vende udviklingen.

Nedenfor præsenteres alle regionernes forslag. Foruden de nedenstående forslag til nationale løsninger er det en forudsætning, at man kommer i mål med 10-årsplanen for psykiatrien og særligt anbefalingen om opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet. Dette nævnes af alle fem regioner, men indgår ikke i nedenstående gennemgang af forslag.

Forslagene har ikke været til politisk behandling i regionerne.

### **Region Hovedstaden**

#### Tværregionalt samarbejde

Det er afgørende at arbejde for samt understøtte forebyggelses, udrednings- og behandlingsarbejdet i sammenhæng på tværs af sektorer og aktører. Vi kan kun lykkes, hvis alle parter fra kommuner, praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og psykiatere samt regionspsykiatrierne hænger sammen. Presset på hospitalspsykiatrien skal ses som i sammenhæng med stigende mental mistrivsel, men hospitalspsykiatrien er først et tilbud til målgrupperne for moderat til svær psykisk sygdom -altså senere i et forløb. Derfor er forebyggelse og tidligere indsatser samt et stærkt samarbejde på tværs vigtigt. Anbefalinger under denne overskrift er:

- Udvide tiltag såsom STIME-samarbejdet med kommunerne og Region Hovedstadens Psykiatri, så kommunerne varetager mere tidlig og forebyggende behandling (mere om STIME: <https://www.psykiatri-regionh.dk/stime/Sider/default.aspx>)

- Dialog og aftaler med almen praksis om, at de kan varetage en række konkrete opgaver i udrednings- og behandlingsforløbet, eksempelvis er Region Hovedstaden i dialog med PLO om praktiserende læger kan involveres i melatonin behandling, tidligere i medicinsk behandling i relation til ADHD samt at der kommer en god somatisk vurdering med at de børn- og unger der henvises via egen læge
- Undersøge muligheder for yderligere brug af §66 aftaler med privatpraktiserende psykologer eller psykiatere
- Tydeligere mål for borgerrettigheder og evt. ift. samarbejdsfladerne på tværs af sektorer. Eksemplet er indførelse af udrednings- og behandlingsretten i sundhedsvæsenet. Tilsvarende kunne tænkes ind i kommunalt og privatpraktiserende regi, dog med opmærksomhed på få, fokuseret mål/rettigheder.
- Yderligere anbefalinger i 10årsplanen, bør der desuden understøttes og følges op

#### Mere viden om årsager og forebyggende indsatser med effekt ift. mental sundhed hos børn og unge

Der er igennem en årrække set en stigning i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, men der mangler aktuelt viden om årsagerne til at et stigende antal børn og unge har en dårlig mental trivsel og at så mange får brug for behandling i psykiatrien. Samtidig mangler der viden om, hvilke indsatser, som kan forebygge mental mistrivsel samt at denne mistrivsel udvikler sig til mere alvorlig psykisk lidelse. Anbefalingen er derfor:

- Gennemføre forskningsbaseret analyser af de bagvedliggende årsager til den store stigning i mental mistrivsel, for bedre at kunne forebygge
- Gennemføre forskningsbaseret projekter med henblik på identifikation af forebyggende indsatser med effekt

#### Øvrige erfaringer fra Region Hovedstaden

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstadens Psykiatri har igennem en årrække arbejdet systematisk med øget kapacitetsudnyttelse med samtidigt fokus på høj kvalitet og udvikling i udrednings- og behandlingstilbuddet. Erfaring fra dette der kan deles omfatter bl.a.:

- Fastholde en præcis målgruppebeskrivelse, med fokus på at borger/patienter får det rette tilbud til rette grad af psykisk mistrivsel eller sygdom
- Standardiseret og fokuseret indholdet i udredningstilbuddet til patienterne, så tiden bruges på de nødvendige opgaver
- Gennemført årlige kapacitetsanalyser, hvor de standardiserede udrednings- og behandlingstilbud (fx pakker fra Danske Regioner) sammenholdes med de tilgængelige, kliniske ressourcer samt antallet af patienter. Med udgangspunkt i dette analyseres, hvad tiden i hverdagen bruges på samt hvor det er muligt at gøre tingene smartere. Det kan bl.a.

føre til at trimme arbejdsgange samt løbende justeringer i medarbejdernes ugeplaner for at sikre, at mest mulig af medarbejdernes tid bruges til patientkontakt

- Udnytte nye digitale muligheder, særligt de patient- og pårørendeinddragende, samt webbaserede metoder for at nedbringe dokumentationstid mv.
- Kapacitetsudvidelse af de regionale børn- og ungdomspsykiatrier (skal bero på en lokal vurdering ift. arbejdet med optimering)

## **Region Midtjylland**

Den direkte sammenhæng mellem mistrivsel og psykiatrisk lidelse kan være uklar. Der hersker dog ingen tvivl om, at langvarig mistrivsel øger børns og unges sårbarhed, hvilket også kan øge sandsynligheden for, at børnene kommer i kontakt med Psykiatrien på et tidspunkt i deres liv.

De store nationale udfordringer i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder markante fald i overholdelse af udredningstiden og stigning i ventetid til behandling, er udtryk for en øget belastning af Børne- og ungdomspsykiatrien. Hvis ikke vi får vendt de tendenser, der opleves i forhold til mistrivsel hos børn og unge, vil der derfor være risiko for et endnu større pres over de kommende år. For at vende udviklingen vil det bl.a. kræve en række forskellige indsatser samt et forholdsmæssigt løft af budgettet i Psykiatrien.

Psykiatrien i Region Midtjylland har identificeret nedenstående udfordringer indenfor børne- og ungdomspsykiatrien:

- Indsatser & koordinering på tværs af sektorer
- Specialisering & kompetence
- Uddannelse & prioritering

### Indsatser og koordinering på tværs af sektorer

Mistrivsel hos børn, unge og unge voksne er et område, som involverer mange forskellige aktører, herunder; kommuner, bosteder, privatpraktiserende psykiater/ psykolog, hospitalsbaseret psykiatri m.fl.. Dette medfører et stort behov for koordinering mellem de mange aktører, samt en tydelig opgave- og ansvarsfordeling for at kunne sikre gode forløb for børn og unge i mistrivsel. En god koordinering mellem de mange aktører er en forudsætning for at sikre gode forløb til patienter og pårørende, ligesom det er en forudsætning for at kunne skabe gode behandlingstilbud indenfor området.

Fra borgernes perspektiv opleves behandlingsforløb, ikke som adskilte ift. om behandlingen foregår i hhv. region eller kommune. For borgerne er der kun ét forløb, hvor det essentielle for borgerne er, at de modtager den hjælp som de

selv, eller deres pårørende har behov for. Det gode borger/patientforløb forstås derfor som, ét forløb, hvor patienter og pårørende kan fokusere på at bruge deres ressourcer i behandlingen, og ikke på at skulle koordinere mellem tilbud og/eller sektorer. Som det er i dag, er sammenhængen mellem sektorer desværre ikke med til at understøtte det gode borger/patientforløbet.

Psykiatrien i Region Midtjylland foreslår, at der i denne sammenhæng kigges på følgende løsningsforslag:

- At der udarbejdes en mere tydelig opgave- og ansvarsfordeling mellem primær og sekundær sektor. Herunder kunne der fx stilles krav til primær sektor om at arbejde mere med forebyggelse i hhv. folkeskole og på ungdomsuddannelser. Indsatsen kunne måles i primærsektor via kvalitetsdatabaser, ligesom det allerede sker i sekundærsektor.
- Opstilles krav til maksimal ventetid på forløb i PPR, familiebehandling o.l. i kommunerne.
- Ensretning af dokumentation, øget mulighed for digitalisering af kommunikation samt deling af data.
- Ensretning af lovgivning – der stilles på nuværende tidspunkt forskellige krav til f.eks. udredning afhængig af om borger/patienter behandles i primær eller sekundær sektor.
- Certificering af bosteder – herunder kunne der stilles krav til minimums normeringer ift. uddannet personale.
- Harmonisering og ensretning af kompetencer og handlemuligheder på tværs af kommunerne. Aktuelt varierer behandlingstilbud fra kommune til kommune.

### Specialisering og kompetence

Flere patientforløb opleves som stadig mere komplicerede, hvorfor det er vigtigt at have fokus på, at det sundhedsfaglige personale har de rette faglige kompetencer, samt løbende efteruddannes for at sikre et højt kompetenceniveau i behandlingen.

I denne sammenhæng foreslås følgende løsningsforslag:

- At sygeplejersker ansættes i uddannelsesstillinger. Dette sker allerede i dag i special såsom anæstesi og intensiv. Ved at ansætte sygeplejersker i uddannelsesstillinger opnås en øget specialisering indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. En øget specialisering rustet personalet til de komplicerede patientforløb, men kan foruden det øgede kompetenceniveau, være med til at understøtte, at det bliver mere attraktivt at være sygeplejerske i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Det ønskes at der skabes et bedre fundament, i forhold til patientgruppen, for de almen praktiserende læger. Dette kunne ske ved, at de almenpraktiserende læger, som led i deres hoveduddannelsesforløb, kommer i forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette sker allerede i dag indenfor det voksenpsykiatriske speciale.

## Uddannelse og prioritering

Store dele af den offentlige sundhedssektor er presset ift. personaleressourcer. Presset er særligt stort indenfor faggrupper såsom speciallæger og sygeplejersker. Dette giver flere udfordringer, herunder uddannelse af fremtidens sundhedsfaglige personale. Udfordringen bliver kun større af, at flere sundhedsfaglige kandidater søger mod den private sektor, der kan tilbyde vilkår, hvor personalet f.eks. ikke i samme udstrækning behøver at arbejde i aften-, natte- og weekendvagter.

Den søgen mod den private sektor udvander den offentlige sektor for kompetencer samtidig med, at det bliver sværere og sværere at uddanne fremtidens sundhedsfaglige personale, da der bliver færre til opgaven.

Det kunne derfor være relevant at undersøge mulighederne for at skabe samspil med den private sektor ift. at varetage uddannelsesopgaven. Det er dog essentielt, at der stilles de samme krav til den private sektor for f.eks.; uddannelsesmål, kompleksitet i patientgruppen, udvikling m.v. for, at et samarbejde med den private sektor får en reel og hjælpsom effekt ift. uddannelsen af fremtidens sundhedsfaglige personale.

Endeligt forslås det, at der åbnes op for muligheden for prioritering, således at vi sørger for, at de sværest syge patienter med det største behov bliver tilset hurtigst. Der skal således laves en sundhedsfaglig vurdering af patientens sygdomsniveau og behov. Som det er i dag, får alle patienter, også i børne- og ungdomspsykiatrien, det samme tilbud og alle skal udredes indenfor 30 dage jf. udredningsretten. Der arbejdes derved ud fra en 'one size fits all-model', hvilket kan være med til at skabe en større ulighed i sundhed, da ikke alle patienter har samme behov, fordi graden af deres sygdom ikke er den samme.

## **Region Nordjylland**

### Løsninger internt i børne- og ungdomspsykiatrien

#### *Reduktion af venteliste til udredning*

For særligt at kunne reducere ventelisten til udredning, skal der arbejdes med forandringer, som direkte kan påvirke kapaciteten for de diagnostiske udredningskonferencer, der på nuværende tidspunkt er flaskehals. Det er nødvendigt at arbejde med alternative løsninger, hvis flaskehalsen skal løses.

Det er på nuværende tidspunkt udelukkende speciallægerne, der varetager opgaven med en fastsat allokering af tid. Alt andet lige, så er der tre tilgange til at påvirke flaskehalsen;

- Øge tiden, som speciallæger kan bruge på konferencerne
- Tilføje andre ressourcer eksempelvis specialpsykologer, som kan afvikle konferencerne
- Reducere tiden, som bruges på konferencerne

### *Optimering af patientflow*

For at kunne understøtte et øget indtag af patienter og skabe større patientflow, vil det være nødvendigt at implementere en række forbedringer i måden, der i dag arbejdes med udredning og behandling på, så der i fremtiden kan skabes en bæredygtig børne- og ungdomspsykiatri.

Anvendelse af forløbskoordinatorer i tilrettelæggelsen af patientforløb.

### *Rekruttering og fastholdelse*

Til at sikre grundlaget for at bringe børne- og ungdomspsykiatrien ud af den nuværende situation, samt opbygge robusthed over tid, er det nødvendigt at tilføje ekstra ressourcer hurtigst muligt. Herunder særligt vigtigt at sikre rekruttering af speciallæger, der i dag er den primære flaskehals. Ud over at rekruttere nyt personale, er det særligt væsentligt at skabe de rigtige betingelser for at kunne fastholde eksisterende medarbejdere.

### *Langsigtet udvikling*

For at sikre perspektiv og ramme til at relatere nødvendige forbedringer ind i, bør der etableres både en langsigtet vision samt organisatoriske pejlemærker.

### *Fremtidig forandringsproces*

For at understøtte og muliggøre forandringerne på både kort og lang sigt, er det nødvendigt at de rigtige rammer og forudsætninger er til stede. Dette vil være afgørende for at lykkes med de første fire sektioner.

## Løsninger på det børne- og ungdomspsykiatriske område i et tværsektorielt perspektiv

### *Udvikling og implementering af "Familiens team"*

Der anbefales udvikling af "Familiens teams", der bygger på principperne om "Patientens team", jf. sundhedsaftalen.

Det anbefales, at "Familiens team", der består af de på et givent tidspunkt relevante parter, støtter familien både før, under og efter et forløb i Børne- og Ungdomspsykiatrien, og teamet er således aktivt på alle trin i Stepped Care modellen.

"Familiens team" bygger på relationel kapacitet, der defineres som evnen til at skabe effektive samarbejdsrelationer omkring komplekse og dynamiske tværfaglige og tværorganisatoriske opgaver, når og hvor behovet opstår. Det anbefales, at der afholdes temadage med kommunerne om konsolidering af en udvidelse af Patientens team til at være "Familiens team".

### *Udbygning af samarbejdet i primær sektor*

Det anbefales, at samarbejdet og kommunikationen mellem kommunerne og de praktiserende læger udbygges, herunder tværsektoriel skriftlig kommunikation i form af indbyrdes korrespondancer. Mulighed for brug af korrespondancer er relevant både indledende, når man får indtryk af, at et barn har psykiske udfordringer og i det videre samarbejde omkring barnet/ den unge. Dette for at give mulighed for gensidig orientering og sparring og med henblik på at støtte barnet/den unge og familien og undgå, at familien skal være budbringer mellem instanserne i primærsektoren.

Det anbefales, at kommunerne, hvor det er relevant, overvejer muligheden for at få praktiserende læges vurdering ved at benytte attestsystemet. De praktiserende læger bør, når det er relevant, inddrages i det kommunale forløb og kan også inviteres direkte med til møder, hvor TUT deltager. Almen praksis anbefales at bruge eksisterende kommunikationsveje.

#### *Permanentgørelse af fremskudt funktion i Børne- og Ungdomspsykiatrien (TUT)*

Det anbefales, at permanentgøre og udvide den nuværende regionale fremskudte funktion. TUT bidrager med sparring, deltagelse i konkrete sager, afholdelse af tværsektorielle temadage mv. Alt sammen med fokus på at sikre den rette indsats fra rette instans i et sammenhængende forløb mellem sektorerne.

Indsatsen bygger videre på gode erfaringer og indsatser fra det tidligere tværfaglige udgående team i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland (TUT), hvor den udgående funktion er med til at understøtte samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne.

#### *Videreudvikling og udbredelse af Samrådsmodellen*

Det anbefales, at alle nordjyske kommuner etablerer samrådslignende modeller, hvor kommunerne, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien koordinerer konkrete børne- og ungdomspsykiatriske sager. Flere kommuner har allerede eller er ved at implementere samrådsmodeller eller modeller, der i form og indhold kan sidestilles hermed.

Det anbefales, at der arbejdes videre med en generisk model for faste, obligatoriske møder, der kan tilpasses lokalt til de respektive nordjyske kommuner. Der vil i samrådsmodellen blive sat særligt fokus på den tværsektorielle kommunikation under hensyntagen til kommunale forskelle.

Det er tanken, at samrådsmodellen skal indgå i den kommende revidering af den fælles sundhedsaftale på området.

#### *Målrettet psykoedukation til barnet/den unge og deres pårørende i et samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri*

Det anbefales, at kommunerne og børne- og ungdomspsykiatrien undersøger muligheden for at indlede et samarbejde om målrettet psykoedukation, eksempelvis via prøvehandlinger i udvalgte kommuner. Samarbejdet skal sikre veltilrettelagt og målrettet psykoedukation i både psykiatri og kommuner, der tager højde for timing og målgruppe, og som er mere tilpasset den enkelte familie/barn/ung.



Psykiatrien ønsker at bidrage med kompetencer omkring det specialiserede, mens kommunerne kan være med til at sikre, at psykoedukationen medvirker til øget trivsel i nærmiljøet.

#### *Systematisk overblik over børn og unges trivsel og mentale sundhed*

Det anbefales, at der indgås et tværsektorielt samarbejde, hvor fokus bør være på, hvordan Nordjylland får et samlet overblik over børn og unges trivsel og mentale sundhed for aldersgruppen 0-16 år (18 år). Nuværende datakilder bør indgå i vurderingen. Der skal tænkes bredt i forhold til børn og unges møde med professionelle.

Derudover anbefales, at der i den kommunale generelle forebyggelse er fokus på mental sundhed.

#### *Inddragelse af brugere og pårørende*

Det anbefales, at der i regi af Driftsforum Børn og Unge Psykiatri løbende afholdes workshops for relevante fagprofessionelle med fokus på inddragelse af bruger- og pårørendeperspektivet med henblik på styrkelse af den tværsektorielle indsats.

#### *Påbegynde årlige audits af tilbagehenvvisninger til kommunerne med henblik på at optimere henvisnings- og visitationspraksis*

Det anbefales, at psykiatrien og kommunerne påbegynder fælles audit på tilbagehenvvisninger samt på visitation af patienter i psykiatrien. Audit udføres med det formål at belyse og forbedre kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatrien og kommunerne.

Samtidig er det et helt centralt formål at sikre gode og trygge overgange ind og ud af behandlingsforløb i psykiatrien, så børnene og de unge hurtigt tilbydes den rette udredning og behandling på rette sted og niveau.

#### *Fastholde årlige audits af tilbagehenvvisninger til almen praksis med henblik på at optimere henvisnings- og visitationspraksis*

Audit udføres med det formål at belyse og forbedre kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatrien og de praktiserende læger. Samtidig er det et helt centralt formål at sikre gode og trygge overgange ind og ud af behandlingsforløb i psykiatrien, så børnene og de unge hurtigt tilbydes den rette udredning og behandling på rette sted og niveau.

#### *Fastholde årlige audits af epikiser til almen praksis med henblik på at optimere patientforløb*

Det anbefales, at psykiatrien og almen praksis fastholder fælles årlig audit af epikiser. Formålet er at belyse og forbedre kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde og kommunikation mellem Psykiatrien og Praksissektoren.

#### Udarbejdelse af målgruppebeskrivelse for de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Det anbefales, at der udarbejdes en målgruppebeskrivelse for de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere således, at snitfladen bliver mere tydelig for de

praktiserende læger og andre relevante sundhedsfaglige aktører i det tværsektorielle samarbejde.

#### *Gennemgang af kapaciteten i speciallægepraksis*

Det anbefales, at der foretages en nærmere gennemgang af kapaciteten på praksisområdet. Initiativet skal ses i sammenhæng med igangværende arbejde omkring mulige løsningsforslag til nedbringelse af ventetiden til de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere.

#### Udarbejdelse af henvisningsskabelon for henvisninger til de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Det anbefales at der udarbejdes en henvisningsskabelon for henvisninger til de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere således, at der sikres relevant indhold i henvisningerne, herunder krav til baggrundsmateriale, beskrivelse af motivation samt fælles samtykke.

#### *Undersøgelse af visitationspraksis til speciallægepraksis*

Det anbefales, at visitationspraksis i forhold til de praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri undersøges nærmere med henblik på iværksættelse af mulige initiativer.

#### Øget digitalisering

Det anbefales at arbejde med øget digitalisering, da der i de kommende år forudses øget digitalisering, der kan tages i anvendelse både i det tværsektorielle samarbejde samt i den direkte patient- og pårørendekontakt.

Det anbefales, at man i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Nordjylland samt i de nordjyske kommuner har en fælles ambition om at deltage i optimering af digitale løsninger. Digitale muligheder skal anvendes, hvor det understøtter tværsektorielt samarbejde samt i patientkontakten i hensigtsmæssigt omfang. Det vil sige, hvor patienthensyn eller evidens taler herfor.

#### Udvikling af samarbejdet i sektorovergangen fra barn til voksen

Jf. Samarbejdsaftalen for børn og unge med sindslidelse er der udarbejdet en samarbejdsaftale, mhp. at sikre et sammenhængende patientforløb for patienter, der er i behandling i psykiatrien og har behov for kommunal indsats, ved det fyldte 18 år, hvor der sker et skift i ydelserne/myndighedsområde indenfor både behandlingspsykiatrien og i kommunerne. Ved patienters overgang fra barn til voksen (ved det fyldte 18. år) foregår det tværsektorielle samarbejde, med udgangspunkt i Patientens Team.

Der er behov for revidering og udvikling af samarbejdet i sektorovergangen fra barn til voksen (servicetjek af samarbejdsaftalen).

#### Kommunal inddragelse af almen praksis

Det anbefales at kommunen inddrager almen praksis ved mistanke om omfattende psykiske lidelser eksempelvis ved indikation af spiseforstyrrelse, depression og somatiske symptomer (funktionelle lidelser).

Yderligere afklaring af, hvornår praktiserende læge skal/bør inddrages skal ske i forbindelse med revidering af samarbejdsaftalen for børn og unge med sindslidelse.

#### Almen praksis søger samarbejde med PPR/kommunen ved mistanke om udviklingsforstyrrelser

Det anbefales, at almen praksis søger samarbejde med PPR/kommunen ved mistanke om udviklingsforstyrrelser.

Ved inddragelse af PPR/kommunen vil PPR/kommunen foretage vurdering af barnets behov. Ved forskellige faglige vurderinger af behov for psykiatrisk henvisning, henviser den, der har bekymringen med det materiale, som er tilgængeligt for henviser.

I forbindelse med revidering af samarbejdsaftalen for børn og unge med sindslidelse skal det afklares, hvornår og hvordan praktiserende læge bør/skal inddrages.

#### Opfølgning på underretninger

Det anbefales, at kommunen informerer praktiserende læge og børne- og ungdomspsykiatrien om de indsatser, der iværksættes efter en underretning. Kommunen kvitterer i forvejen for underretninger.

Praktiserende læge og børne- og ungdomspsykiatrien kan kontakte kommunen om sager, hvor der er sendt underretning.

#### Øget samarbejde om uddannelse og beskæftigelse

Det anbefales, at kommunerne og børne- og ungdomspsykiatrien styrker samarbejdet om uddannelse og beskæftigelse for unge under 18 år, fx med inspiration fra nordjyske IPS-projekter (Individuelt planlagt job med støtte) via prøvehandlinger i udvalgte kommuner.

#### Implementering af kontaktdokument

Det anbefales, at kontaktdokumentet, udarbejdet i regi af forløbsprogrammerne, implementeres i det tværsektorielle samarbejde. Kontaktdokumentet kan være med til at danne overblik over kontaktflader og informationsdeling under forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. Kommunen kan hermed løbende blive oplyst om visitering ind i børne- og ungdomspsykiatrien samt få oplysninger om resultat og delresultater samt afsluttende konklusion.

Kontaktdokumentet er under implementering i regi af Driftsforum Børn og Unge Psykiatri.

#### Implementering af henvisningsskabelon

Det anbefales, at henvisningsskabelonen, udarbejdet i regi af forløbsprogrammerne, implementeres i det tværsektorielle samarbejde. Formålet med skabelonen er at sikre ensartethed og overblik i henvisningerne og skabe de optimale forudsætninger for deling af relevante oplysninger og samarbejde mellem kommunerne og børne- og ungdomspsykiatrien.

Henvisningsskabelonen er under implementering i regi af Driftsforum Børn og Unge Psykiatri.

## **Region Sjælland**

### Tværasektorielt samarbejde

Der er generelt behov for en styrkelse af samarbejdet med kommunerne, og udvidelse af kommunernes opgavevaretagelse. Som eksempler kan nævnes:

- Krav til kommunerne om tværasektorielt samarbejde, med udgangspunkt i at den "kommunale psykologtjeneste" er den reelle førstelinjeindsats/primærasektor når det handler om børn og unge med psykiske vanskeligheder. Dette vil indebære at der i kommunalt regi opbygges kompetence til at varetage tilstrækkelige psykologiske undersøgelser og behandling.

Kommunerne skal, som førstelinjeindsats/primærasektor, kunne modtage uddannelses-, sparrings- og supervisionsstøtte fra de regionale børne- og ungdomspsykiatrier til at udvikle tidlige og lettere behandlingsindsatser som f.eks. STIME.

Nogle kommuner har allerede erfaring med andre psykosociale indsatser, som børne- og ungdomspsykiatrien kan indgå positivt i, hvis der er kommunale behov for faglig styrkelse af disse indsatser. Gennem sikring af "fremskudt funktion" kan der desuden tilbydes mulighed for sparring inkl. netværksdeltagelse til børne- og ungeindsatser, hvor kommunerne eller familierne måtte opleve et behov for inddragelse af børne- og ungdomspsykiatrien.

Spæd- og småbørnspsykiatrisk kapacitet udbygges, således at den specifikke børnepsykiatriske udredning og behandling styrkes, og der derudover skabes muligheder for via en fremskudt funktion at etablere et tæt samarbejde med de kommunale familiehuse/familieindsatser sammen med, og som understøttelse af sundhedsplejeindsatsen.

- Desuden en øget familiebaseret indsats for børn (under 12/15 år), udbygning af familierapeutiske dag- og døgnfunktioner, og samtidig inddragelse/understøttelse af kommunale indsatser.
- Etablering af døgninstitutionsteams i børne- og ungdomspsykiatrien, og samtidig hermed krav til døgntilbud til børn og unge om bindende aftaler med den regionale børne- og ungdomspsykiatriske institutionsteam.

### Særligt om samarbejdet med praksissektoren

Børne- og ungdomspsykiatrien skal i højere grad være med til at sikre faglig understøttelse til praktiserende læger (shared care), der muliggør, at de praktiserende læger i hensigtsmæssigt omfang kan overtage den videre medicinske behandling af de mere stabile behandlingsforløb.

Det kan desuden overvejes at etablere flere ydernumre til privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere, samt sikre bedre udnyttelse af overenskomstens muligheder for forpligtigende samarbejde mellem praksis og region.

### Udvikling og udbygning

Der vurderes at være brug for en særlig indsats for de mest udfordrede ungdomspsykiatriske patienter, der ofte flyttes rundt mellem regioner og institutioner. Samarbejdet på landsplan i f.t. de dårligste patienter foreslås derfor udbygget.

### Uddannelse og opgaveglidning

Det foreslås, at der etableres øgede muligheder for udbygning af specialsygeplejerskers og andre faggruppers selvstændige opgavevaretagelse indenfor f.eks. ambulante udredning og behandling.

Forslag og eksempler vedr. kapacitetsudvidelse og økonomi

#### Forslag 1: F-ACT

F-ACT er udbredt på voksenområdet, men er endnu ikke ligeså udbredt på børne- og ungdomsområdet. Ved en organisering i F-ACT teams kan behandlingen skaleres efter børnene og de unges aktuelle behov. I svære perioder tilbydes højintensiv behandling, i stabile perioder tilbydes individuel standardbehandling.

I F-ACT er der særligt fokus på at være udgående, forstået som hjemmebesøg, besøg i barnets nærmiljø eller virtuelle konsultationer, d.v.s. mere udgående, også til områder der ligger langt fra de børne- og ungdomspsykiatriske klinikker. Et udgående F-ACT team vil understøtte samarbejdet med kommuner, praktiserende læger m.fl. om børn og unge med psykiske lidelser, herunder have fokus på bedre kommunikation mellem samarbejdspartnere om evt. forværring af børn og unges tilstand.

En udvidelse som beskrevet vil i børne- og ungdomspsykiatrien i Psykiatrien Region Sjælland svare til 17,5 mio. kr. i lønsum og 35 årsværk. Hertil kommer udvidelse af de bygningsmæssige rammer.

#### Forslag 2: STIME

Det er en kommunal opgave at hjælpe børn og unge i psykisk mistrivsel, som ikke har behov for udredning og behandling i Psykiatrien, men en aktiv forebyggelsesindsats kan også være med til at reducere behov for psykiatrisk behandling.

Indsatsen skal leveres af kommunerne i et forpligtende samarbejde med regionerne med fokus på nye måder at udvikle og implementere systematisk opsporing og screening samt en tidlig og relevant indsats til børn og unge i mistrivsel. Børne- og ungdomspsykiatrien kan bidrage med specialiseret viden, uddannelse, rådgivning og supervision, med henblik på tidlig opsporing og efterfølgende lettere behandling af børn og unge i mistrivsel, og dermed opnå psykisk stabilisering og forebyggelse af sygdom eller forværring.

## **Region Syddanmark**

I Region Syddanmark er der igangsat en proces, hvor en ny organisering af børne- og ungdomspsykiatrien snart kommer i høring (Dokumentvisning (regionsyddanmark.dk)). Her indgår en lang række tiltag for at robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien og bedre håndtere de presserende udfordringer mht. overholdelse af patientrettigheder og manglen på speciallæger.

Udover tiltagene kan følgende forslag nævnes:

- At gøre brug af op til 20% af de privatpraktiserende speciallæger i en §66 model.
- Øget mulighed for at de praktiserende læger kan overtage medicinkontroller og lignende.
- Fælles visitation
- Implementering af indsatser fra det faglige oplæg til 10 årsplan, herunder;
  - Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel.
  - Implementeringen af forløbsprogrammerne

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb, Q3 130923</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Opfølgning på akutplanen</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>9</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>3</b>



13-09-2023

## Statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb

*Opfølgning på aftale om akutplanen*

*3. kvartal 2023*

Det går fremad i regionerne med at afvikle behandlingsefterslæbet efter covid-19 og sygeplejestrækken. Regionerne har igangsat en lang række indsatser, både på de offentlige og private hospitaler, for at nedbringe ventelisterne. Seneste tal viser, at aktiviteten er steget og ventetiderne er samtidig på vej ned.

### **Lavere ventetider og øget aktivitet på både offentlige og private sygehuse**

Det har været forventet, at den øgede aktivitet på hospitalerne først ville slå igennem på ventetiderne men en vis forsinkelse, og at ventetiden i en periode faktisk ville stige yderligere i takt med at patienter, der har ventet lang tid, opstarter i behandling.

Nu viser tallene, at ventetiderne falder. Ventetiden til operationer er faldet de seneste måneder til 60 dage fra 66 dage. Dermed er ventetiden seks dage kortere i 2. kvartal 2023 end 1. kvartal 2023. Ventetiden generelt til somatisk behandling falder også. Ventetiden falder med 3 dage til 43 dage i 2. kvartal 2023 fra 46 dage i 1. kvartal 2023.

Samtidig er flere patienter blevet behandlet. I de første syv måneder af 2023 blev der foretaget over 744.000 operationer på hospitalerne i Danmark. Det er over 47.000 flere operationer end i samme periode sidste år, svarende til en stigning på syv procent i forhold til sidste år. Samtidig viser tallene, at antallet af planlagte ambulante ophold ligger i 2023 lidt højere end tilsvarende måneder i 2022.

Regionerne har således fortsat høj aktivitet. Den kirurgiske produktionsværdi (inkl. private) er 4,2 pct. højere i første syv måneder af 2023 ift. tilsvarende måneder i 2022. Det forventes, at væksten opjusteres som følge af efterregistreringer de kommende måneder. Produktionsværdien udtrykker hvor mange operationer der foretages, når der tages højde for at ikke alle operationer er lige komplicerede.



### ***Rekordmange henvisninger til private hospitaler***

Regionerne har henvist rekordmange patienter til privathospitaler og -klinikker. Antallet af henvisninger er 12 pct. højere i 2023 end i samme periode 2022 og 43 pct. flere end samme periode i 2021.

### ***Fremgang på trods af fortsat øget pres på akutafdelingerne***

Stigningen i aktiviteten er sket på trods af, at regionerne fortsat oplever et stort akut pres. Antallet af akutte patienter i sundhedsvæsenet stiger fortsat. I de første syv måneder af 2023 var der en stigning på 13.600 ambulante ophold, sammenlignet med den samme periode sidste år. Tallene afspejler, at der hele tiden kommer flere ældre og kronisk syge borgere, som har brug for hjælp fra sundhedsvæsenet.

Når mere aktivitet skal håndteres akut, giver det mindre mulighed for at afvikle behandlingsefterslæbet, da medarbejdere fra stamafdelingerne må hjælpe til på akutafdelingen.

Hertil bemærkes, at regionerne prioriterer løbende, at patienter med tidskritisk sygdom og patienter omfattet af maksimale ventetider behandles først. Dvs. at behandlingsindsatsen prioriteres efter behov. Det stigende antal kræftpakkepatienter presser kapaciteten, og regionerne har derfor igangsat en række både fælles- og lokale indsatser. Fx har regionerne etableret forpligtende kræftsamarbejder på de seks områder, hvor der er udfordringer med at overholde de maksimale ventetider. Det skal understøtte en optimal kapacitetsanvendelse på tværs af landet. Hertil har Danske Regioner indgået en aftale med regeringen om udmøntning af første del af regeringens sundhedspakke. Med aftalen udmøntes 100 mio. kr. i 2023 til styrkelse af kapaciteten på kræftområdet, en ny patientrådgivning og en ny tværgående specialenhed.

### ***Der er fortsat gang i udviklingen af det øvrige sundhedsvæsen***

Regionerne har – udover afvikling af ventelister og håndtering af akutområdet og behandling af kritisk syge – fortsat fokus på udvikling og omstilling af en lang række områder i sundhedsvæsenet i forlængelse af aftalen om akutplanen.

Regionerne arbejder bl.a. med fleksibel arbejdstilrettelæggelse og en bedre deling af vagtarbejde, så det kan sikre, at de rette kompetencer er på rette tid og sted, og at vagtbelastningen fordeles på flere skuldre. Alle regioner har vedtaget principper for deltagelse i vagtarbejde i forbindelse med nyansættelser og arbejder med at udbrede initiativer og erfaringer ift. allerede ansatte.

Samtidig har regionerne nået målsætningen om at øge uddannelseskapaciteten indenfor anæstesi med 20 pct. fra 2019 til 2023.

Regionerne har desuden stort fokus på omstillingen til det nære sundhedsvæsen. Regionerne arbejder bl.a. på at implementere 72-timers behandlingsansvar inden udgangen af 2023, som det er aftalt i akutplanen. Implementeringen foregår trinvist og omfatter patienter, der udskrives til kommunale akutpladser/midlertidige pladser og plejehjem samt borgere, der udskrives til eget hjem og kommunal sygepleje. Derudover øges udbredelsen af dosispakket medicin og faste plejehjemslæger, der bidrager

til at forebygge indlæggelser. De seneste tal viser, at ca. 90 pct. af alle plejehjemsbeboere er dækket af en plejhjemslæge, dvs. en forøgelse siden sidste statusredegørelse.

## Indholdsfortegnelse

Status på aftalte målsætninger i aftalen om akutplanen .....	4
Lavere ventetid til behandling .....	4
Stigende antal henvisninger til privathospitaler og aktivitet i speciallægepraksis.	5
Flere patienter opereres og behandles i regionerne, men fortsat stort akut pres	7
Fortsat højt pres på akutafdelingerne .....	8
Øget produktionsværdi i første halvår 2023, som forventes opjusteret ved kommende efterregistreringer .....	9
Regionerne udreder flere patienter end tidligere, selvom der har været en markant stigning i udredningsforløb over de senere år .....	10
Status for udvalgte initiativer i akutplanen .....	12
Deling af vagtarbejdet og fleksibel arbejdstilrettelæggelse .....	12
Forøgelse af uddannelseskapaciteten for specialsygeplejersker .....	16
Opsøgende indsats og fokus på nedbringelse af udeblivelser .....	17
72-timers behandlingsansvar .....	18
Udbredelse af ordning med faste plejhjemslæger .....	19
Dosispakket medicin .....	19

## Status på aftalte målsætninger i aftalen om akutplanen

Med akutplanen er der aftalt en række målsætninger, således at ventelisterne kan blive nedbragt. Disse målsætninger er

- 1) Ventelister er nedbragt inden udgangen af 2024, således at de erfarede ventetider er normaliseret i forhold til niveauet før covid-19-pandemien.
- 2) Den samlede kirurgiske aktivitet (inkl. private) skal i gennemsnit i 2023 være 3 pct. højere end i 2022. Det er baseret på en forventning om, at aktiviteten på de offentlige sygehuse i løbet af 2023 gradvis forøges, så det svarer til niveauet før covid-19.
- 3) Overholdelsen af udredningsretten i somatikken skal i løbet af 2023 normaliseres i forhold til niveauet før covid-19-pandemien.

### **Boks: Data vedr. aktiviteten i sundhedsvæsenet**

Der er for en stor del af redegørelsens figurer og tabeller vedr. aktiviteten i sundhedsvæsenet anvendt senest kendte aktivitetsdata fra *Landspatientregisteret*. Disse data skal generelt tolkes varsomt, da der først og fremmest er en vis forsinkelse i data pga. efterregistreringer af de indberettede måneder. Data opgjort for januar-maj 2023 er således ikke endelige og er behæftet med usikkerhed.

Data er desuden påvirket af sæsonvariation, og sammenligninger mellem perioder er påvirket af antal dage pr. måned, placering af helligdage, ferier mv. For at give et mere retvisende billede af udviklingen sammenlignes januar-maj i 2023 flere steder med januar-maj i øvrige år.

Derudover overgik regionerne primo 2019 til at indberette til det nye landspatientregister, og der er derfor ikke data for en række indikatorer opgjort for hele 2019, ligesom der er usikkerhed omkring datakvaliteten og forskelle i datastrukturen i 2019. Sammenligninger med data fra 2019 skal således tolkes med varsomhed. For mere information se: [Modernisering af Landspatientregisteret - Sundhedsdatastyrelsen](#)

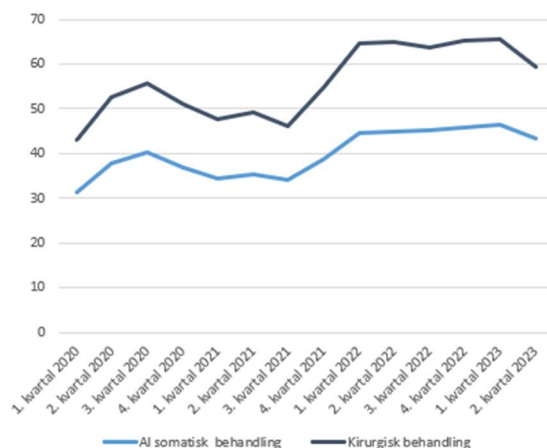
Der skal desuden tages et generelt forbehold for, at Region Nordjylland og Region Syddanmark har implementeret nye elektroniske patientjournaler (EPJ)-systemer i 2022, hvilket har betydning for datakvaliteten i de to regioner.

## Lavere ventetid til behandling

I takt med at regionerne har igangsat afviklingen af udskudte behandlinger, har der været en forventning om, at dette ville slå igennem på ventetiderne med en vis forsinkelse – og at de gennemsnitlige ventetider i en vis periode ville stige yderligere. Dette skyldes, at ventetiderne opgøres som de *erfarede ventetider*, dvs. ventetid opgøres når patienten er startet i behandling. Således vil patienter, som har ventet lang tid på behandling, trække gennemsnittet op i takt med de opstarter behandlingen. Seneste *Redegørelse for afvikling af efterslæb – maj 2023* viste således også at den gennemsnitlige erfarede ventetid til behandling var steget i 2022 ift. tidligere år.

Nyeste tal viser, at den gennemsnitlige ventetid til *operationer* har været faldende de seneste måneder, og nu i 2. kv. 2023 ligger på 60 dage, hvilket er seks dage kortere end 1. kv. 2023, og fem dage kortere end tilsvarende kvartal 2022, jf. figur 1. Tilsvarende er ventetiden til al somatisk behandling i 2. kvartal 2023 på 43 dage, hvilket ligeledes er en nedgang i forhold til 2022. Denne nedgang dækker over, at der er har 4 pct. flere patienter opstartet deres behandling i 2023. Og herunder, at 17 pct. flere patienter, som har ventet på operation, er blevet opereret i første halvdel af 2023 ift. samme periode i 2022 (+16.570 opererede patienter), jf. tabel 1.

**Figur 1: Udviklingen i den gennemsnitlige ventetid al behandling samt særskilt for kirurgisk behandling, opgjort i antal dage, 2020-2023**



**Note:** Ventetid til behandling er med LPR3 et nyt indberetningsområde, hvorfor der ikke er data fra før 2020. Dertil bemærkes, at data fortsat er under validering og ensretning. Den gennemsnitlige ventetid er et udtryk for den erfarede ventetid, altså hvor lang tid patienterne venter fra de er endelig udredt til behandlingen påbegyndes, såfremt patienten ikke er udredt på hospitalet måles fra henvisning til behandling er modtaget.

**Kilde:** Egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen.

**Tabel 1: Antal forløb – ventetid til al somatisk behandling og kirurgisk behandling**

	1. halvår 2022	1. halvår 2023	Procentvis stigning (2022 til 2023)
Opstartet somatisk behandling	273.863	285.919	4,4%
Opstartet kirurgisk behandling	97.489	114.059	17,0%

**Note:** Ventetid til behandling er med LPR3 et nyt indberetningsområde, hvorfor der ikke er data fra før 2020. Dertil bemærkes, at der er tale om et nyt indberetningsområde for regionerne, som fortsat er under validering og ensretning.

**Kilde:** Egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen.

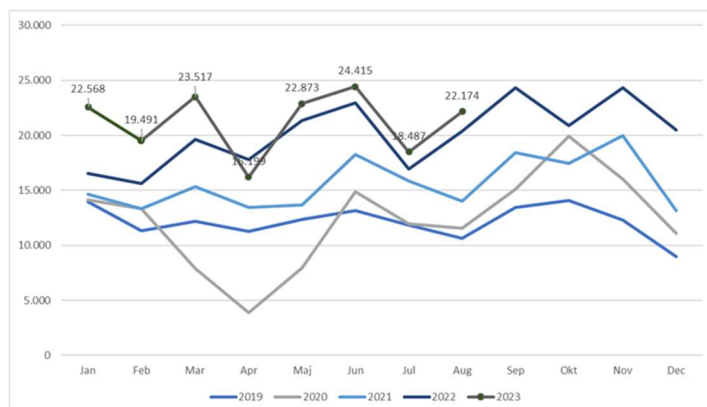
## Stigende antal henvisninger til privathospitaler og aktivitet i speciallægepraksis

De lavere ventetider skal bl.a. ses i lyset af, at regionerne har henvist flere patienter i 2023 ift. tidligere år. I alt har regionerne henvist knap 170.000 patienter til privathospitaler og -klinikker i januar-juli 2023, jf. figur 2. Det er 12 pct. flere end samme periode 2022, og 43 pct. flere end den samme periode i 2021.

Siden *Redegørelse for afvikling af efterslæb – maj 2023* er der kommet data for regionernes henvisninger til privathospitaler for april-august 2023. I disse måneder er der henvist 104.100 patienter.

Regionerne anvender desuden fortsat muligheden for at bruge kapacitet i speciallægepraksis til at afvikle behandlingsefterslebet ved såkaldt udlægning.

**Figur 2 – Antallet af henviste patienter til privathospitaller, (2019-2023)**

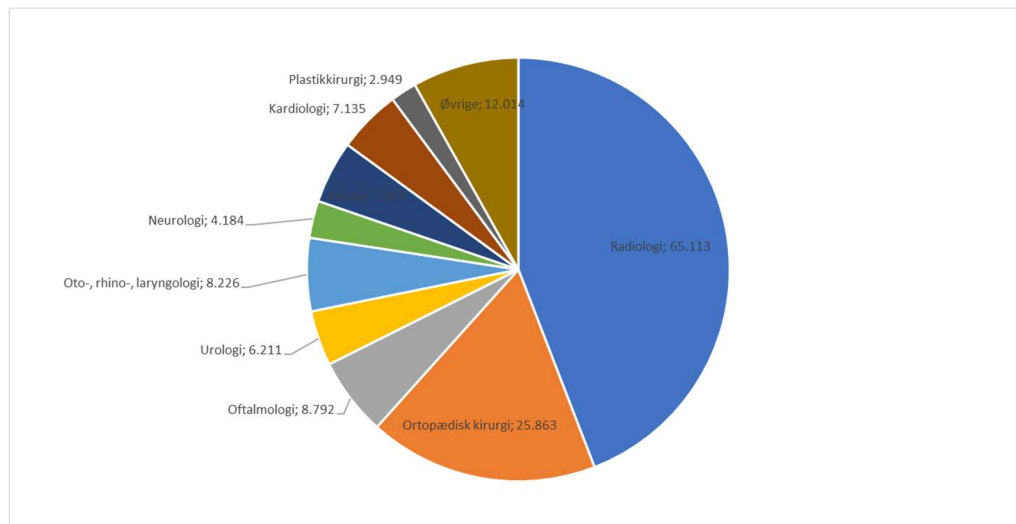


**Note:** Der kan forekomme enkelte ændringer for Region Syddanmark, hvor der er dataudfordringer vedr. indberetninger af patienter på selvhenvender-ordningen som mangler for juni. Ordningen er ophørt 30.juni. Region Nordjylland oplyser, at de fortsat ikke har valide tal for radiologien og børne- og ungepsykiatrien. Der er i ovenstående at ingen tal for radiologien i Nordjylland med i juli-tallene.

**Kilde:** Regionernes egne indmeldinger.

Henvisningerne dækker specialerne bredt. Radiologien tegner sig for den største andel på 44 pct. Det svarer nogenlunde til niveauet i 2022. Derudover står ortopædisk kirurgi for ca. 17 pct. af henvisningerne, mens øjenlægespecialet er det tredje største på 6 pct.

**Figur 2.a: Henvisninger januar-juli 2023 fordelt på specialer**



Siden *Redegørelse for afvikling af efterslæb – maj 2023* er der kommet data for regionernes anvendelse af udlægningsaftalen for januar-juni 2023, hvor regionerne har haft udgifter for 20,4 mio. kr. Herved ser det ud til, at udviklingen med stigende udgifter fra 2021 og 2022 fortsætter. I de første seks måneder af 2023 er der blevet behandlet 6.186 patienter under udlægningsaftalen, mens tallet for hele 2022 var 8.957.

Det er især indenfor øjenkirurgi, som aftalerne er anvendt på i det første halve år af 2023. Desuden er det indenfor intern medicin, kirurgi og plastikkirurgi, at udlægningsaftalerne har aflastet sygehusene.

## Flere patienter opereres og behandles i regionerne, men fortsat stort akut pres

Alle regioner arbejder med flere tiltag, som skal bidrage til at øge antallet af operationer, herunder bl.a. friklinikker, øget brug af dagkirurgi og ”pukkelafviklingsprojekter” med fx en udvidelse af tidsrummet for operationslejer til også at inkludere eftermiddage/aftener samt weekender. Desuden har regionerne fokus på at optimere operationsafvikling, herunder hvilke personalegrupper, der varetager hvilke opgaver ved operationer. Antallet af operationer og ambulante besøg er således også steget i regionerne i første halvår 2023.

### Operationer

I de første syv måneder af 2023 er der blevet foretaget 7 pct. flere operationer ift. tilsvarende måneder 2022, dvs. 744.853 operationer, hvor af ca. 323.300 operationer blev foretaget i 2. kvartal, jf. figur 3. Særligt i 1. kv. 2023 var der en høj vækst i forhold til 1. kv. 2022, hvilket særligt skyldtes en stigning i antal planlagte operationer og offentlig finansierede operationer på privathospitaler.

Antallet af operationer i andet kvartal 2023 lå 4 % over niveauet for 2022, og er 3 % over niveauet fra før COVID-19, hvor der var ca. 313.700 operationer i andet kvartal 2019.

**Figur 3: Samlet antal operationer pr. kvartal (øverst) samt fra januar til juli, 2019-2023**



**Note:** På grund af overgangen til LPR3 og deraf ændringer vedrørende operationer primo 2019, er der ikke tal for antal operationer i 1. kv. 2019.

**Kilde:** Egne beregninger på baggrund af LPR-data pr. august 2023

### Ambulante besøg

Antallet af planlagte fysiske ambulante besøg har i de første syv måneder af 2023 ligget 4 pct. højere end i 2022. Stigningen skyldes især flere planlagte ambulante besøg i de første måneder af 2023, mens antallet i april og maj lå lidt under niveauet, har juni og juli været lidt over niveauet for tilsvarende måneder i 2022, jf. figur 4.

Det lavere antal i april og maj kan bl.a. skyldes placeringen af fridage, da både 1. maj og Grundlovsdag i 2023 har ligget på hverdage, hvor de i 2022 lå i weekender. Således har der været færre dage i 2023 til at udføre de planlagte ambulante besøg. Desuden erstattes de planlagte ambulante besøg i højere grad med virtuelle konsultationer som ikke indgår i de planlagte fysiske ambulante besøg. Ligesom der i de kommende måneder vil blive færdigregisteret flere kontakter, og dermed forventes tallene at blive opjusteret.

**Figur 4: Antal planlagte ambulante ophold pr. kvartal (øverst) samt fra januar til juli, 2019-2023**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af LPR-data pr. august 2023 fra Sundhedsdatastyrelsen

### Fortsat højt pres på akutafdelingerne

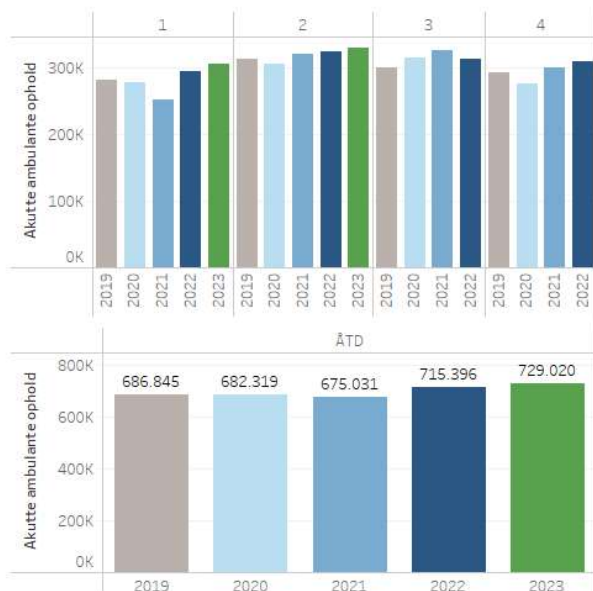
Dertil kommer at regionerne fortsat oplever et øget akut pres. I de første syv måneder af 2023 har der været 2 % flere akutte ambulante besøg ift. samme periode i 2022, hvor niveauet af akutte ambulante kontakter var højt, jf. figur 5.

I forhold til 2019 har der i 2023 været omkring 6 % flere akutte ambulante besøg i 2023. Når mere aktivitet skal håndteres akut giver det også mindre mulighed for at afvikle behandlingsefterslæbet, da medarbejdere fra stamafdelingerne må hjælpe til på akutafdelingen.

Alle regioner arbejder med indsatser, der aflaster presset på akutmodtagelserne og styrker indsatsen i det nære sundhedsvæsen, fx fremskudte og udkørende funktioner, hvor sundhedspersonale rykker ud og tilser borgeren og evt. igangsætter behandling i

borgerens eget hjem. Desuden arbejdes med forskellige digitale løsninger, øget indsats vedr. rådgivning til almen praksis og kommuner mhp. at forebygge og håndtere flere patienter lokalt.

**Figur 5: Antal akutte ambulante ophold pr. kvartal (øverst) samt fra januar til juli, 2019-2023**



Kilde: Egne beregninger på baggrund af LPR-data pr. august 2023 fra Sundhedsdatastyrelsen

### Øget produktionsværdi i første halvår 2023, som forventes opjusteret ved kommende efterregistreringer

I januar til juli 2023 er det lykkedes regionerne at øge den samlede kirurgiske produktionsværdi (inkl. private) med foreløbigt 4,2 pct. mere end i 2022, jf. figur 6. Produktionsværdien udtrykker hvor mange operationer der foretages, når der tages højde for at ikke alle operationer er lige komplicerede.

I 1. kvartal 2023 var produktionsværdien 9,4 pct. højere end tilsvarende kvartal 2022, hvilket skal ses i lyset af en særlig lav aktivitet i de første måneder af 2022. Der var således ikke forventet, at den samlede vækst ville fortsætte på dette høje niveau i de resterende kvartaler i 2023.

På nuværende tidspunkt ligger 2. kvartal 2023 1,1 pct. højere end i 2. kvartal 2022. Aktiviteten har i højere grad været normaliseret efter 1. kv. 2022, hvilket medfører at niveauet for 2022 også var højere. Dermed har det ikke været nødvendigt at hæve aktivitetsniveauet i 2. kvartal 2023 betydeligt over niveauet i samme kvartal 2022. Det forventes dog, at væksten i den samlede produktionsværdi for 2. kvartal 2023 vil blive opjusteret de kommende måneder som følge af efterregistreringer.



**Figur 6: Udviklingen i produktionsværdien for kirurgiske aktivitet opdelt på kvartaler (øverst) samt for januar til juli, 2022-2023, mio. kr.**



**Note:** Figuren viser den samlede kirurgiske produktionsværdi for både offentlige og private.

**Kilde:** Egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen. DRG-grupperet LPR pr. august 2023 (taks-system 2023) fra Sundhedsdatastyrelsen

## Regionerne udreder flere patienter end tidligere, selvom der har været en markant stigning i udredningsforløb over de senere år

Regionerne har et stort fokus på at overholde udredningsretten, og på trods af det store akutte pres, jf. ovenfor, udredes dog fortsat mange patienter i somatikken. I første halvdel af 2023 blev 396.582 patienter udredt, svarende til 21.766 flere end i første halvdel af 2022, svarende til 5,8 pct. flere, jf. tabel 2.

**Tabel 2: Antal udredningsforløb i somatikken, 2017-2023**

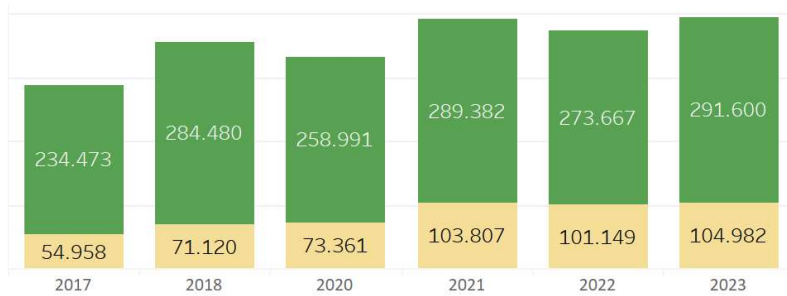
	2017	2018	2020	2021	2022	2023	Forskel 2022-2023
Første halvår	289.430	355.600	332.352	393.189	374.816	396.582	6 %
Hele året	613.956	700.417	732.049	753.096	748.001	-	-
Procentvis stigning ift. 2017		14%	19%	23%	22%	-	-

**Note:** På grund af overgangen til LPR3 i 2019, er der ikke data for 1. og 2. kv. 2019, hvorfor 2019 er udeladt af tabellen.

**Kilde:** Egne beregninger baseret på Sundhedsdatastyrelsens [Monitorering af udredningsretten i somatikken \(esundhed.dk\)](https://www.sundhedsdatastyrelsen.dk/da/monitorering-af-udredningsretten-i-somatikken)

Regionerne har et stort fokus på at overholde udredningsretten, og de seneste tal for overholdelsen viser at andelen forløb hvor udredningsretten ligger på 73 pct. i 2. kv. 2023, hvilket er på samme niveau som det seneste år.

**Figur 7: Udvikling i antal udredningsforløb i somatikken (første halvår 2017-2023)**



■ Antal forløb hvor udredningsretten er overholdt  
■ Antal forløb hvor udredningsretten ikke er overholdt

**Note:** På grund af overgangen til LPR3 i 2019 er der ikke data for 1. og 2. kv. 2019. Udredningsretten var i hele 2020 samt 1. kv. 2021 og 1. kv. 2022 suspenderet i hele eller dele af kvartalet, for at sikre at der på sygehusene kunne foretages den nødvendige prioritering under COVID-19. Suspensionen betød at regionerne havde mulighed for at se bort fra forpligtigelsen om overholdelse af udredningsretten.

**Kilde:** Egne beregninger baseret på Sundhedsdatastyrelsens [Monitorering af udredningsretten i somatikken \(sundhed.dk\)](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/monitorering-af-udredningsretten-i-somatikken)

## Status for udvalgte initiativer i akutplanen

### Deling af vagtarbejdet og fleksibel arbejdstilrettelæggelse

Alle regioner arbejder med fleksibel arbejdstilrettelæggelse og en bedre deling af vagtarbejde. Formålet er bl.a. at kunne sikre de rette kompetencer på rette sted og tid samt at fordele vagtbelastningen på flere skuldre, så den enkelte medarbejder får længere mellem weekend-, aften- og nattevagterne. Med Danske Regioners 12-punkts plan fra 2022 tilsluttede alle regioner sig til at fortsætte arbejdet.

Alle regioner arbejder ud fra principper for deltagelse i vagtarbejde for nyansatte. Derudover arbejder regionerne med principper og initiativer for at dele vagtarbejdet for allerede ansatte. I tabellen nedenfor ses en mere detaljeret gennemgang af arbejdet i de enkelte regioner.

Den bedre fordeling af vagter skal understøtte, at de rette kompetencer er tilstede på rette tid og sted, og at det bliver mere attraktivt at være ansat, hvor det i dag er særligt vanskeligt at tiltrække og tilknytte medarbejdere, bl.a. fordi der er flere aften og weekendvagter, eksempelvis på akutafdelinger.

Ændringerne kan give et bedre arbejdsmiljø for de ansatte og en større robusthed, idet flere opnår bredere kompetencer og der er flere der kan deles om opgaverne.

Alle regioner har fokus på, at de medarbejdere der omfattes af initiativet, sikres de nødvendige kompetencer for at deltage i vagtarbejde. Der er tale om forandringer, der udover fokus på kompetencer også kræver et betydeligt langsigtet ledelses- og kulturarbejde i afdelingerne.

I alle regioner er der god erfaring med inddragelse af medarbejderne, herunder inddragelse af MED-organisationerne. Ændringerne medfører ofte en lavere produktivitet under implementeringen. Afhængigt af hvor omfattende ændringerne er, implementer regionerne ændringerne i perioder af forskellig længde. Dette gøres for at opnå de mest hensigtsmæssige processer under hensyn til patienter og medarbejdere. I alle regioner indhentes løbende erfaring fra arbejdet, der anvendes i forhold til udvikling og implementering af principperne. Regionerne erfaringsudveksler bl.a. i regi af den tværregionale HR-direktørkreds.

<b>Region Nordjylland</b>	<p>Region Nordjylland har siden ultimo 2021 arbejdet ud fra princippet om at nyansatte ansættes på tværs af ambulatorier og sengeafsnit med henblik på at sprede vagtforpligtelsen. Der arbejdes aktuelt på at udarbejde nogle overordnede principper for vagtplanlægning og deling af vagtarbejdet, der skal gælde i hele organisationen og ikke kun for nyuddannede. Region Nord har tidligere truffet beslutning om nogle generelle principper, men grundet stor modstand er de trukket tilbage og der er påbegyndt en ny proces.</p> <p>Regionen foretager en løbende koordineret indsats på tværs af regionens hospitaler, der sikrer, at flest muligt deltager i vagtarbejdet på forskellig vis og udveksler bl.a. erfaringer ift. at ambulatorier og sengeafsnit vagtplanlægges på tværs. I regionen er der både regionalt og på det lokale hospitalsniveau et forøget fokus på vagtplanlægning gennem kompetenceudvikling og implementering af vagtplanlægningssystemer, der kan tilgodese bedre arbejdstidstilrettelæggelse. Der er et særligt fokus på stillinger, der er rene dagvagter. Bl.a. er det fx på Aalborg Universitetshospital besluttet, at alle stillinger, som er i ren dagvagt, skal godkendes af ledelsen, inden de slås op, og der er dialog med ledelsen om, hvordan stillingen kan etableres som en tværgående funktion med et sengeafsnit. Lederne arbejder med at indtænke, hvordan der i deres områder konkret kan arbejdes mere med at alle bidrager i vagtbærende funktioner, samtidig med at specialkompetencer i alle funktionsområder vedligeholdes.</p>
<b>Region Midtjylland</b>	<p>Region Midtjylland har i 2022 besluttet følgende principper for vagtplanlægning for nyansatte. Principperne omfatter stillingsopslag målrettet plejepersonale med dagsfunktion:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Når ledige stillinger målrettet plejepersonale slås op med funktion i klinikker, skal stillingen fremadrettet som udgangspunkt også indeholde vagter. Tilsvarende kan ansættelser i sengeafsnit også indbefatte opgaver i klinikker, og det kan være relevant at slå stillinger op til specialer frem for afsnit.</li> <li>2) Der skal fortsat være mulighed for at tage livsfasehensyn og hensyn til ansatte på særlige vilkår i forhold til ikke at skulle have vagter/bestemte typer af vagter.</li> <li>3) Det skal synliggøres og være tydeligt for den enkelte, hvor meget man tjener ekstra ved at have vagter.</li> </ol> <p>Med beslutningen i 2022 blev der også opfordret til tiltag ift. fastansatte. Hospitalerne arbejder med tiltag for øget deling af vagter med afsæt i lokale behov og hensyn. Tiltagene gælder generelt kun for afdelinger, der også har sengeafsnit.</p> <p>Flere af regionens hospitaler har i en årrække arbejdet med vagtfordeling på få afdelinger. Omvendt blev der ved flytningen til RH Gødstrup indskrevet præmis om vagter i samtlige allerede ansattes vilkår. Der er fokus på, hvordan opslag af "specialstillinger" som fx udviklingssygeplejersker hvor personalet typisk er ansat som selvtilrettelæggende og med reference til chefsygeplejersken, kan tilrettelægges så de også indgår i vagten.</p>
<b>Region Syddanmark</b>	<p>Region Syddanmark har i sommeren 2022 vedtaget syv personalepolitiske pejlemærker for fastholdelse og rekruttering. Alle sygehusene arbejder på forskellig vis med implementering af disse pejlemærker, og særligt for pejlemærket "Vi prioriterer vagtudtynding og god vagtplanlægning" har fokus på at fordele vagtbelastningen på flere skuldre. Herunder gennemgås, hvordan sygehusene arbejder med pejlemærkerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>OUH</i> har vedtaget "Principper for fremtidige kliniske stillinger på OUH". Principperne medfører bl.a., at stillinger med primær tilknytning til ambulante funktioner, med mindst 1/3 af arbejdstiden tænkes sammen med arbejde i sengeafsnit eller tilsvarende aften-, nat- og weekendvagter i andre funktioner. Ansatte i sundhedsfaglige udviklings-, forskning- og projektfunktioner m.v. skal have kliniktid med mindst 1/2 af arbejdstiden.</li> <li>• <i>Sygehus Lillebælt</i> har udarbejdet en model for vagtudtynding, hvor hovedprincipperne er, at alle klinikere (i første omgang med fokus på plejepersonale) skal tage del i vagtarbejdet i egen afdeling i 20 pct. af arbejdstiden, fordelt på alle vagtrul. Derudover er sigtepunktet, at man højst skal gå i vagt hver 3. weekend, med mindre man ønsker det anderledes. Iværksættes både for allerede ansatte og nyansatte.</li> </ul>

- *Psykiatrien i Region Syddanmark* implementerer vagtplanlægning med ønskeplaner på alle afsnit fuldt ud. Målet er, at medarbejderne får maksimal indflydelse på egen arbejdstid og målsætningen er vagt højest hver tredje weekend, med mindre andet ønskes. Arbejdet med vagtudtynding sker i tæt samarbejde med FMU, og der er startet en proces hvor der indsamles inspiration og kommer med forslag til hvordan der kan arbejdes med vagtudtynding. Mange afdelinger er allerede i gang på forskellig vis. Fx er der sengeafsnit der arbejder med en 4/2 model, hvor man arbejder hver 4. og så hver 2. weekend, da det giver hver 3. weekend tilsammen, men passer med forældre der har skilsmissebørn hver 2. weekend. Man er også begyndt at ansætte medarbejdere i det ambulante, hvor de skal tage vagter i sengeafsnit. Supplerende har et afsnit fået godkendt et forsøg på vagtudtynding via oprettelse af deltidsstillinger. Målgruppen er studerende, seniorer og andre på deltidsmarkedet, hvor fuldtid ikke er en mulighed. Det ses ikke som et alternativ til fuldtidsstrategien, men et supplement i en målgruppe, der ikke kan gå på fuld tid i deres nuværende livsfase.
- På *Sygehus Sønderjylland* anvendes et princip om, at medarbejderne som udgangspunkt ansættes i sengeafdelingerne, idet sengeafdelingerne står for dækningen af ambulatoriefunktionerne. Herudover har eksempelvis Hjertesygdomme og FAM oprettet delestillinger, hvor de, udover at styrke sygeplejen til patienter med hjertesygdom i den akutte fase og sikre bedre samarbejde og overgange mellem afdelingerne, også fordeler vagtarbejdet. I regi af FMU er der desuden igangsat en række indsatser målrettet den gode vagtplanlægning. En af de kommende indsatser er at afdække mulighederne for at dele vagtarbejdet på tværs af afdelinger. Der er et ønske om at gøre det mellem afdelinger, hvor der som mellem Hjertesygdomme og FAM er et arbejdsfællesskab og fælles patientforløb.
- *Esbjerg og Grindsted Sygehus* har efter en proces i en arbejdsgruppe nedsat under FMU, vedtaget en politik for vagtudtynding, der skal sikre en fælles model på sygehuset for vagtudtynding og for klinisk arbejde i alle sundhedsfaglige stillinger samt for øvrigt personale med sundhedsfaglig uddannelse:
  - 1) Kliniske stillinger med primær tilknytning til ambulante funktioner skal tænkes sammen med 1/3 arbejde i sengeafsnit eller i andre patientrettede funktioner. De ansatte skal tage del i dag-, aften- og nattevagter samt weekendvagter højest hver 3. weekend.
  - 2) Ansatte i sundhedsfaglige udviklings-, forsknings- og projektfunktioner skal ansættes med 50 pct. kliniktid.
  - 3) Ledere for ansatte i administrationen eller i administrative stillinger på en sundhedsfaglig overenskomst kan vælge at ansætte nyansatte i en delestilling indeholdende kliniktid
 Nyansatte ansættes efter den nye politik. Nuværende ansatte tilbydes muligheden.

#### Region Sjælland

Region Sjælland arbejder ud fra en række fælles principper for deling af vagtarbejde, herunder et princip om at nyansatte indgår i vagtarbejdet. Der fokuseres i den forbindelse på de behov og forudsætninger, som findes i Region Sjælland og arbejdet er integreret i regionens strategiske udviklingsprogram "Bæredygtige akutsygehuse". Flere afdelinger på regionens sygehuse og psykiatri har indført en øget forpligtelse til at deltage i vagtarbejdet. Region Sjælland ser det som afgørende for at være en attraktiv arbejdsplads, at vagtarbejdet for sygehusenes kliniske personale deles i et omfang, så belastningen minimeres og opleves retfærdig.

Det er regionens klare målsætning, at alle medarbejdere skal have maksimal indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejdstid og deres vagter, så det bedst muligt harmonerer med medarbejderens ønsker og behov i forhold til privatliv. Som udgangspunkt skal alle kliniske medarbejdere indgå i vagtarbejdet. Men der kan tages individuelle hensyn både i forhold til, hvornår medarbejdere har de nødvendige og tilstrækkelige kompetencer til at indgå i vagtarbejdet, samt at de oplever tryk i arbejdet. Regionens livsfasepolitik vil endvidere åbne for individuelle hensyn til f.eks. seniorer, der i et fastholdelsesperspektiv ikke har samme vagtbelastning som andre kolleger.

#### Region Hovedstaden

Region Hovedstaden vedtog i juni 2022 en plan for fastholdelse og rekruttering. Én af de fem målsætninger i planen er 'sammen om vagtarbejde', som indebærer, at vagtarbejdet

skal fordeles på flere medarbejdere, så de medarbejdere, som i dag har meget vagtarbejde, får færre vagter. Formålet er at sikre et godt arbejdsmiljø og et godt arbejdsliv for medarbejderne, så flere har lyst til at blive og til at arbejde i regionen.

Fra 1. juni 2023 skal alle stillinger som sygeplejerske, jordemoder og social- og sundhedspersonale, som udgangspunkt slås op med en forpligtelse til at deltage i vagtarbejdet. Beslutningen gælder både nyansatte i regionen og medarbejdere, der skifter stilling i regionen. Beslutningen vedrører i første omgang sygeplejersker, jordemødre og social- og sundhedspersonale, fordi vurderingen er, at det særligt er inden for de tre faggrupper, at der er et stort potentiale i at forberede arbejdsmiljøet ved, at flere tager del i vagtarbejdet. På et senere tidspunkt vil der blive taget stilling til, om andre faggrupper skal omfattes.

Region Hovedstaden har ydermere besluttet at fokusere på dag-, aften- og nattevagter i weekender og på helligdage, men ikke på hverdage. Det er vurderingen, at det vil give den bedste aflastning af de vagtbærende afsnit, hvis der fokuseres på vagter i weekender og helligdage.

Hospitalsdirektørkredsen og regionens øverste MED-udvalg drøftede i forsommeren, hvordan andelen af allerede ansatte, der tager del i vagtarbejdet, kan øges. Beslutningen vedrørende allerede ansatte træffes tidligst i efteråret 2023.

Region Hovedstaden arbejder derudover med "Sund planlægning", som skal sikre, at de rette medarbejdere og kompetencer skal være tilgængelige, når patienter og borgere har brug for dem. Det sker dels gennem udrulningen af et nyt vagtplanlægningssystem og dels ved, at ledere og vagtplanlæggere får et bedre overblik over relevant data, der kan hjælpe dem med at lægge de bedst mulige vagtplaner.

## Forøgelse af uddannelseskapaleten for specialsygeplejersker

Med akutplanen er der enighed om, at uddannelseskapaleten for specialsygeplejersker indenfor anæstesi skal øges med 20 pct. i 2023 i forhold til 2019. Derudover blev det aftalt at styrke rekrutteringsindsatsen til specialuddannelsen i intensiv sygepleje, hvor der i dag opleves udfordring med rekruttering af kursister.

Samlet for regionerne har der, foruden et fald i 2020, været en stigning i antallet af kursister i anæstesiologisk sygepleje fra 2019 og frem til 2022. I 2023 forventer regionerne at ansætte omkring 141 kursister i anæstesiologisk sygepleje, hvilket svarer til en stigning på 26 pct. i forhold til af uddannelsesstillinger i 2019, jf. tabel 3. Det fremgår af nedenstående tabel, der viser antallet af opstartede uddannelsesstillinger i anæstesiologisk sygepleje i perioden 2019-2022 samt det forventede antal opstartede uddannelsesstillinger og kursuspladser i 2023. Danske Regioner planlægger senere på efteråret at indhente tal fra regionerne for det faktiske antal opstartede uddannelsesstillinger i anæstesiologisk sygepleje i 2023.

Tabel 3: Antal uddannelsesstillinger og kursuspladser i anæstesiologisk sygepleje

	2019	2020	2021	2022	2023
Region Hovedstaden	24	24	28	30	32
Region Sjælland	11	16	17	15	18
Region Syddanmark	32	22	25	30	36
Region Midtjylland	29	24	34	37	35
Region Nordjylland	16	18	19	20	20
<b>I alt</b>	<b>112</b>	<b>104</b>	<b>123</b>	<b>132</b>	<b>141</b>
<b>Udvikling ift. 2019</b>		-7%	10%	18%	26%

Kilde: Regionale indberetninger. Tallene for 2023 er det forventede antal stillinger indberettet af regionerne til Danske Regioner april 2023. Danske Regioner indhenter i efteråret tal for det faktiske antal opstartede kursuspladser.

På de fleste af landets intensivafdelinger slår man ikke uddannelsesstillinger i intensiv sygepleje op, men tilmelder i forvejen ansatte sygeplejersker til uddannelsen, når de er kvalificerede til at starte. Inden for intensiv sygepleje har man de fleste steder – modsat anæstesiologisk sygepleje – ikke udfordringer med begrænset uddannelseskapalet, men derimod udfordringer med at rekruttere kvalificere kandidater til afdelingerne og i sidste ende intensivuddannelsen.

Regionerne har i fællesskab nedsat landsdækkende specialuddannelsesråd for anæstesi- og intensivuddannelserne, som medvirker til at vurdere og koordinere uddannelsesbehovet. Som det fremgår af Danske Regioners uddannelsesudspil, ønsker regionerne at styrke og systematisere samarbejdet om dimensioneringen af specialsygeplejersker, så det sikres, at dimensioneringen sker på baggrund af sundhedsvæsenets samlede behov og i højere grad baseres på et fælles udfordringsbillede. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at manglen på personale er forskellig fra region til region, og der er også andre personalemæssige flaskehalse i forhold til at øge operationskapaleten og dermed afvikle ventelisterne.

Regionerne ønsker desuden, at der skabes bedre meritmuligheder mellem de regionale specialuddannelser for sygepleje, så sygeplejersker, der allerede har en specialuddannelse, ikke nødvendigvis behøver at tage hele uddannelsen forfra, hvis de senere i karrieren starter på en anden specialuddannelse.

### Opsøgende indsats og fokus på nedbringelse af udeblivelser

Regionerne arbejder på at udbrede påmindelsessms og nedbringe udeblivelser. Alle fem regioner benytter den offentlige løsning NemSMS til udsendelse af påmindelser omkring aftaler i sundhedsvæsenet.

I alt er ca. 60 pct. af borgerne tilmeldt NemSMS (pr. 4. kvartal 2021) pba. seneste publicerede tal fra Digitaliseringsstyrelsen (udgangen af 4. kvartal 2021), jf. tabel 4. Danske Regioner har ikke modtaget nyere tal.

Tabel 4: Borgere tilmeldt NemSMS, 2021

Pct.	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Andel borgere tilmeldt NemSMS	62,0	56,6	58,8	60,9	64,6	<b>60,1</b>

Kilde: Digitaliseringsstyrelsen

Regionerne anvender desuden andre løsninger til udsendelse af SMS-påmindelser (fx fra blodbankerne), men NemSMS er den primære løsning. Andelen af borgere, som er tilmelding påmindelser, kan således være højere end opgjort i tabellen.

Der er allerede iværksat lokale initiativer i regionerne i forhold til information og vejledning til borgere (fx via bilag til indkaldelsesbreve, hjemmeside og direkte forespørgsel til patienter og hjælp til tilmelding på afdelingerne). Desuden arbejdes der med at udvikle MinSundhed-app'en, således at der kan sendes push-notifikationer til brugerne omkring forestående aftaler.

I 2017 blev brugen af gebyrer undersøgt i rapporten *Gebyrer ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen* af DEFACTUM, Region Midtjylland og Vive. Undersøgelsen viste, at gebyrer ikke reducerer antallet af udeblivelser, men at der er solid dokumentation for, at påmindelser til patienter i form af brev, telefon eller sms, samt tilpasning af tiden mellem aftaleindgåelse og tidspunkt for aftalen, kan nedbringe udeblivelser.

Desuden viste rapporten, at årsagerne til udeblivelser primært skyldes tekniske problemer, forglemmelse mv. Undersøgelsen pegede desuden på, at der mangler nutidige landsdækkende undersøgelser af udeblivelsesrater samt undersøgelser af sammenhængen mellem patientkarakteristika og effekten af påmindelser. Desuden blev det anbefalet i rapporten, at der lokalt gennemføres undersøgelser af, hvilke patientgrupper der typisk udebliver, så der kan gøres tiltag tilrettet lokale forhold.

Såvel med som uden gebyr kunne udeblevne patienter karakteriseres ved i højere grad at være yngre mænd med indkomst i laveste kvartil, indvandrere, patienter med et højt forbrug af ydelser hos psykolog og patienter med et lavt forbrug af tandlæge. Hyppigst forekomne udeblivelser knytter sig til mænd, personer i alderen 20-40 år, og personer, som er indkaldt mere end seks uger før mødetidspunktet.



## 72-timers behandlingsansvar

Det er aftalt, at alle regioner inden udgangen af 2023 vil implementere en ordning med 72-timers behandlingsansvar, der forventes at kunne bidrage til at nedbringe antallet af genindlæggelser og sikre bedre sammenhæng og mere kvalitet for patienterne. Implementeringen vil bygge på erfaringerne fra ordningen i Region Hovedstaden.

Alle regioner arbejder med at implementere 72-timers behandlingsansvar med udgangspunkt i erfaringerne fra Region Hovedstadens model, som indførte ordningen i 2022. Implementeringen foregår trinvist og kommer – når ordningen er fuldt implementeret – til at omfatte patienter, der udskrives til kommunale akutpladser/midlertidige pladser og plejehjem samt borgere, der udskrives til eget hjem og kommunal sygepleje.

Danske Regioner har nedsat en tværregional ERFA-gruppe for de regionale projektledere, der arbejder med at indføre 72-timers behandlingsansvar. Her koordinerer og deler regionerne erfaringer på tværs.

Det forventes, at Region Hovedstaden i ultimo august eller primo september offentliggør 1. del af deres evaluering af ordningen.

Nedenfor beskrives kort status for forberedelserne i regionerne:

<b>Region Nordjylland</b>	Regionsrådet besluttede som en del af budgetaftalen for 2023 at indføre 72 timers behandlingsansvar. Der er planlagt en trivis implementering samtidig på alle regionens hospitaler: <ol style="list-style-type: none"><li>1) Midlertidige pladser (implementeret siden 15. maj 2023)</li><li>2) Plejehjem (1. september 2023)</li><li>3) Eget hjem (1. november 2023)</li></ol>
<b>Region Midtjylland</b>	Regionens model for 72 timers behandlingsansvar er godkendt i Sundheds-samarbejdsudvalget den 8. maj 2023 og i regionsrådet den 21. juni 2023. Implementeringen planlægges samtidig på alle regionens hospitaler og indføres i to trin; <ol style="list-style-type: none"><li>1) Kommunale akutpladser/midlertidige pladser og plejehjem (15. september 2023)</li><li>2) Eget hjem (1. november 2023).</li></ol>
<b>Region Syddanmark</b>	Der er nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse fra region, almen praksis og kommuner, som har udarbejdet et udkast til regionens model for 72 times behandlingsansvar. Modellen blev godkendt af regionsrådet den 28. august 2023. Det forventes, at implementeringen for alle tre målgrupper opstartes samtidig på alle regionens hospitaler den 1. november 2023.
<b>Region Sjælland</b>	Den 8. september 2023 vedtages endelig model for 72 timers behandlingsansvar. Herefter påbegyndes implementeringsindsatsen, og hospitalerne vil være klar til at modtage opkald fra kommunerne inden for 72 timers behandlingsansvar fra og med den 5. december 2023.

## Udbredelse af ordning med faste plejehjemsleger

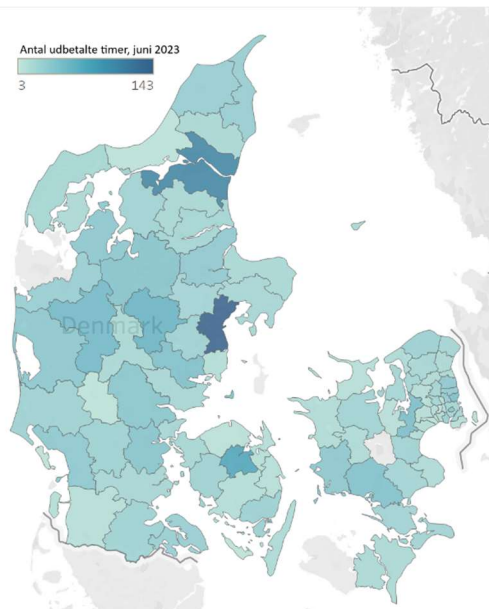
Alle regioner arbejder med at udbrede fasttilknyttede læger på plejehjem.

Seneste tal pr. 1 august 2023 viser, at ca. 90 pct. af alle plejehjemsbeboere er dækket af en plejehjemslege. Det bemærkes, at der er usikkerhed om tallene, da data fra Sjælland ikke er opgjort på antal beboere.

I *Redegørelse for afvikling og efterslæb – maj 2023* var 83 pct. dækket baseret på data t.o.m. april 2023.

Udbredelsen af ordningen kan primært forklares af, at Københavns Kommune har tilsluttet sig ordningen pr. 1. august 2023. Det samme gælder for Ringsted Kommune pr. 1. juli 2023. På figur 8 nedenfor, som er fra juni 2023, kan det ses, at Lolland, Lemvig og Bornholm ikke er dækket af ordningen. Ringsted fremgår også som værende ikke dækket af ordningen, dette skyldes at de tilsluttede sig i juli, disse tal er dog ikke registreret endnu.

**Figur 8: Antal udbetalte timer samlet for plejehjemsleger pr. kommune i juni 2023**



**Kilde:** Regionernes afregningsregister

## Dosispakket medicin

Der er i marts 2023 indgået en aftale mellem RLTN og PLO om at udbrede dosispakket medicin. Formålet er at øge patientsikkerheden og aflaste kommunerne ift. manuel optælling af medicin til borgerne.

Regionerne afholder udgifterne til dosispakket medicin via honorar til almen praksis og gebyrer til apotekerne. Engangshonoraret til almen praksis er på 450 kr. pr. patient, som de sætter på dosispakket medicin inkl. medicinafstemning. Pakkegebyret til apotekerne er et årligt honorar på 1.968 kr. pr. patient.

Udbredelsen af dosispakket medicin kan opgøres på forskellige datakilder hhv. afregning af honorar til almen praksis for ordningen og data fra apotekerne. Det er desværre ikke muligt at koble antallet af unikke brugere med antal udbetalte honorar, da det opgøres forskellige steder.

Antallet af unikke brugere på dosispakket medicin er i vækst jf. figur 9. Antallet af unikke brugere er steget fra 37.711 i november 2022 til 42.872 i august 2023, hvilket svarer til en procentvis vækst på 14 pct. i perioden. Tallene er baseret på data fra pakkeapotekerne.

**Figur 9: Antal af unikke dosisbrugere**



**Kilde:** Apotekerforeningens data fra pakkeapotekernes 4 ugers (to dosisrul) pakning bagud opgjort hver 14. dag af systemleverandøren

**Anmærkning:** To pakkeapoteker ikke er med i opgørelsen, hvorfor tallet må forventes at være højere (det skønnes at dreje sig om nogle hundrede ekstra unikke brugere).

På landsplan er der også sket en stigning på 17 pct. i antallet af udbetalte honorarer til almen praksis, hvis samme periode (januar-juli) sammenlignes fra 2022 til 2023. I alt er der udbetalt 20.361 honorarer siden december 2021 jf. tabel 5.

**Tabel 5: Udbetalte honorarer til almen praksis**

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Samlet antal (december 2021-juli 2023)	4.721	7.053	2.636	2.308	3.643	<b>20.361</b>

Kilde: Regionernes afregningsregister

### **Relateret document 2/3**

**Dokument Navn:** Udvalgte figurer - 2. politiske møde vedr. opfølgning på akutplan.pdf

**Dokument Titel:** Udvalgte figurer - 2. politiske møde vedr. opfølgning på akutplan

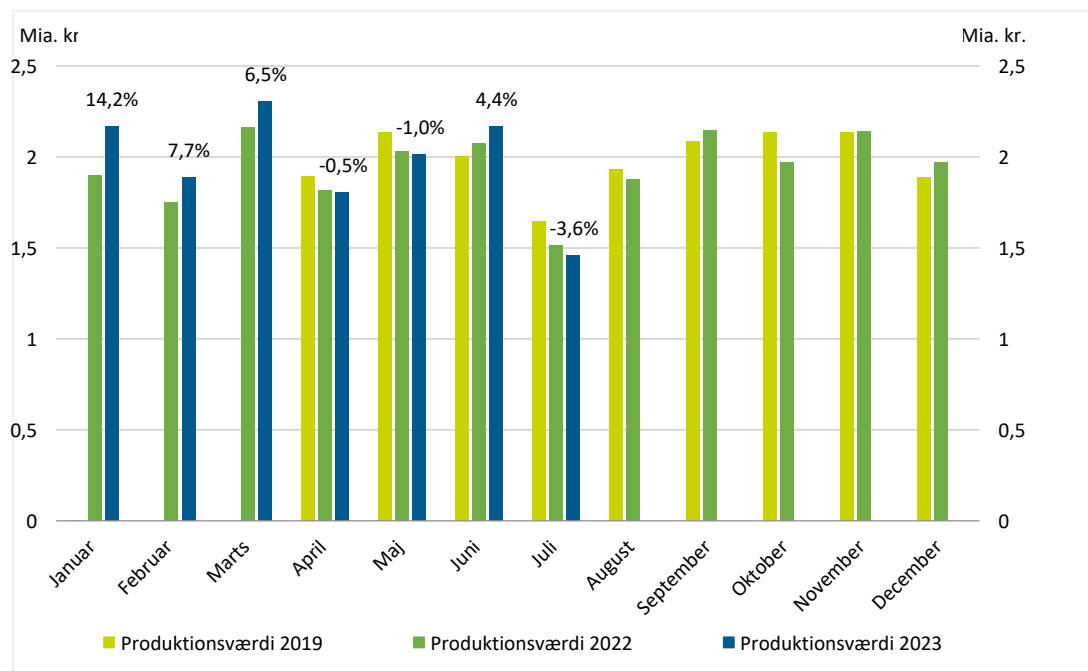
**Dokument ID:** 1652558

# **Politisk møde - onsdag d. 13. september 2023**

# Total kirurgisk produktionsværdi

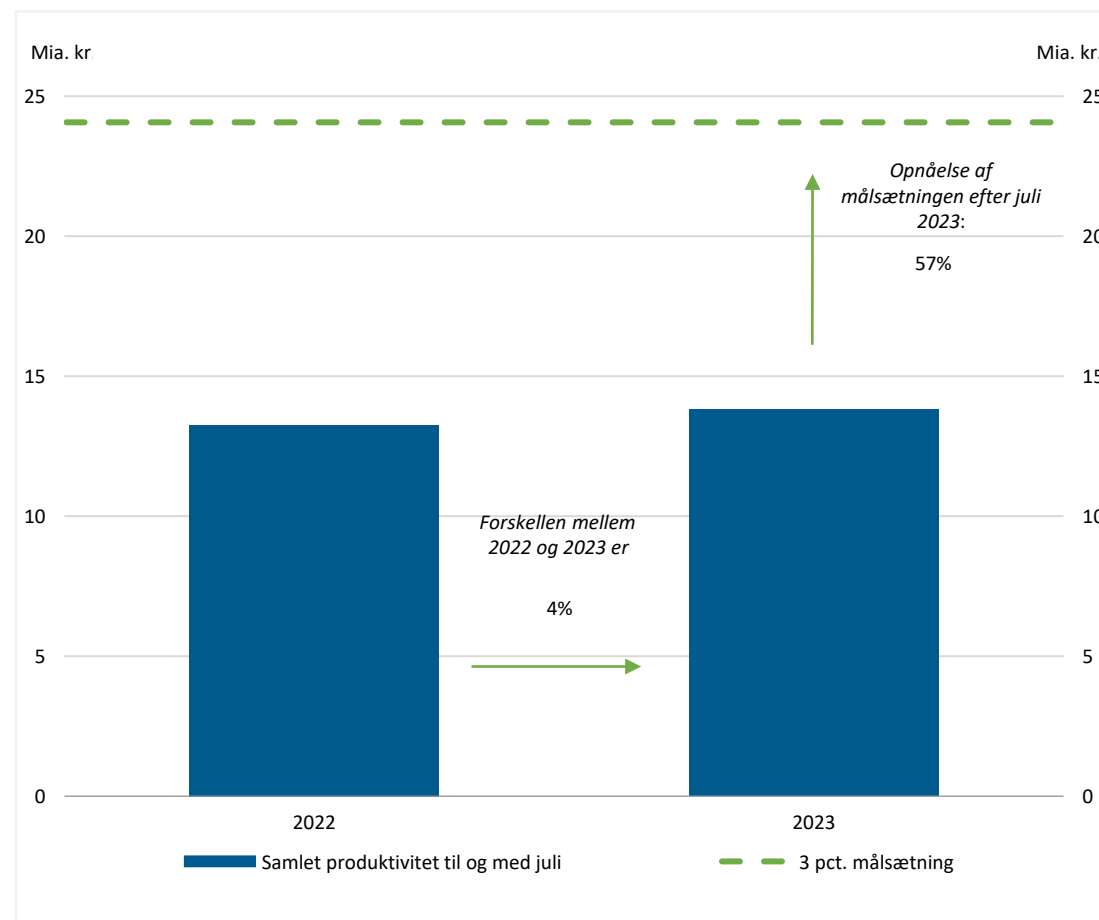
## 1 Målsætning: 3% højere kirurgisk aktivitet i 2023 end 2022

Den samlede kirurgiske aktivitet (inkl. private) skal i gennemsnit i 2023 være 3 pct. højere end i 2022. Det er baseret på en forventning om, at aktiviteten på de offentlige sygehuse i løbet af 2023 gradvis forøges, så det svarer til niveauet før covid-19.



Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Værdi tilskrives region med udgangspunkt i sygehusregion for offentlig sygehusaktivitet og bopælsregion for ikke offentlig sygehusaktivitet. Data for aktivitet i år 2022-2023 er opgjort i taktsystem 2023. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.



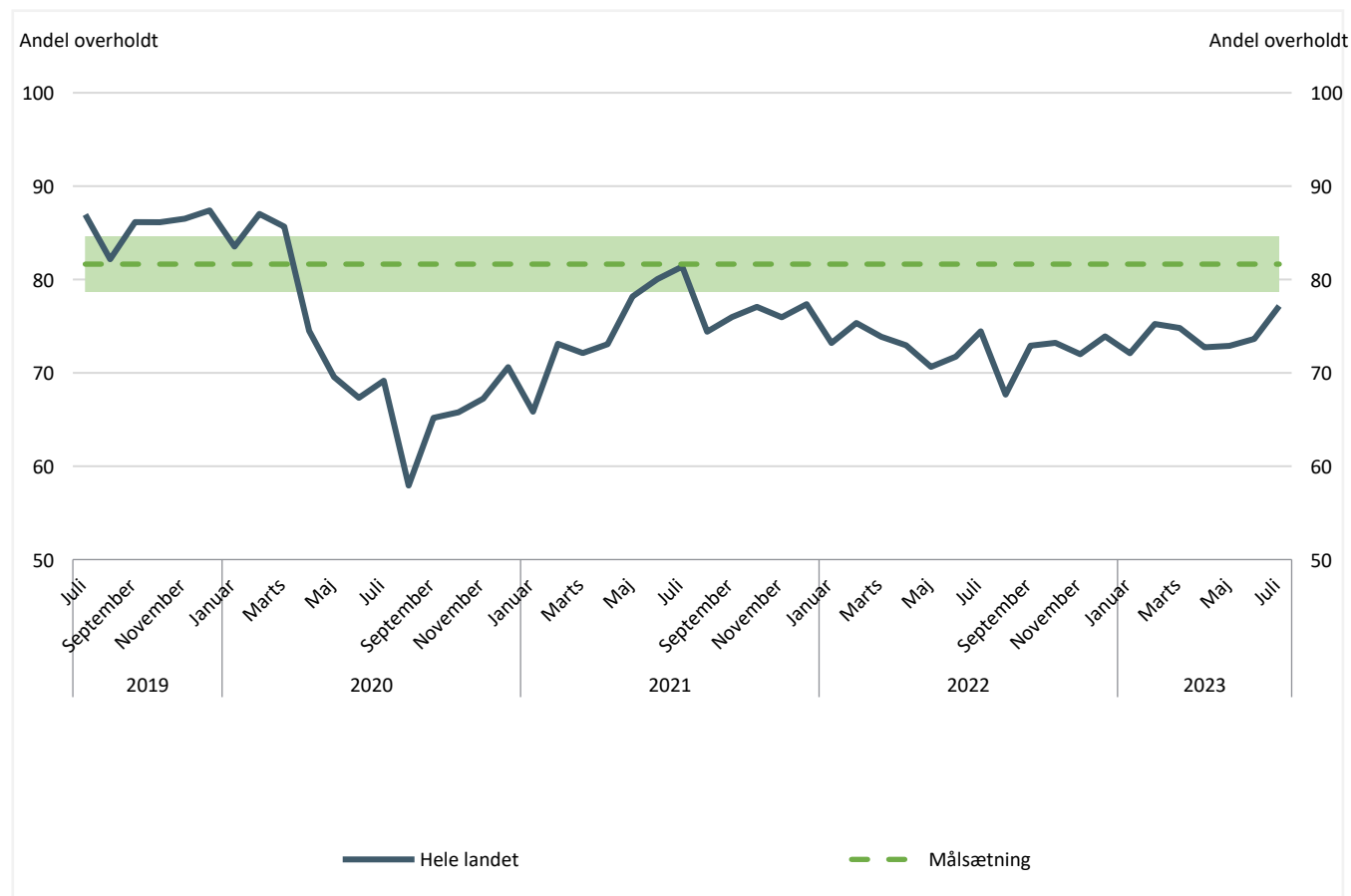
Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Værdi tilskrives region med udgangspunkt i sygehusregion for offentlig sygehusaktivitet og bopælsregion for ikke offentlig sygehusaktivitet. Data for aktivitet i år 2022-2023 er opgjort i taktsystem 2023. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

# Overholdelse af udredningsret i somatikken (t.o.m. juli 2023)

## 2 Målsætning: normalisering af udredningsretten

Overholdelsen af udredningsretten i somatikken skal i løbet af 2023 normaliseres i forhold til niveauet før covid-19-pandemien.



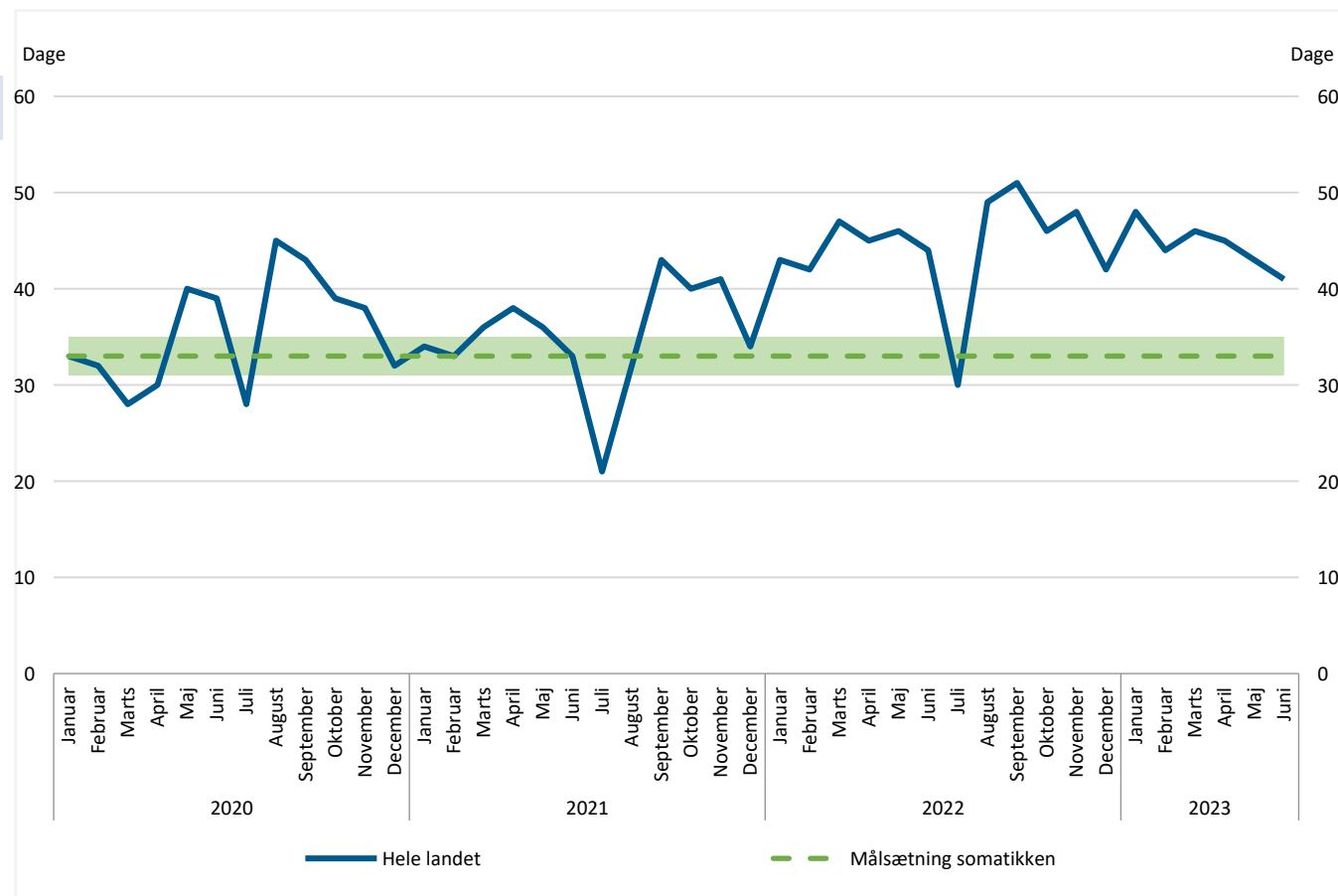
**Anm.:** Grundet overgang til LPR3 er der kun data for 3. og 4. kvartal i 2019. Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. I 2019. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Målsætningen er udregnet som et vægtet gennemsnit for Q4 2016-Q4 2019, hvortil der er beregnet en standardafvigelse (+/-3%).

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

# Ventetider til al somatisk behandling (t.o.m. juni 2023)

## 3 Målsætning: nedbringelse af ventetider

Ventelister er nedbragt inden udgangen af 2024, således at de erfarne ventetider er normaliseret i forhold til niveauet før covid-19-pandemien.



**Anm.:** Efter overgang til ny elektronisk patientjournal i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Syddanmark (primo oktober 2021), er Region Syddanmarks tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Målsætningen er baseret på et gennemsnit af januar-februar 2020 (marts 2020 er udeladt grundet covid-19), hvortil der er tillagt en usikkerhedsmargen på 2 dage. Målsætningstallet er højere end tallet for 1. kvartal 2020, idet marts er udeladt, da det er påvirket af covid-19.

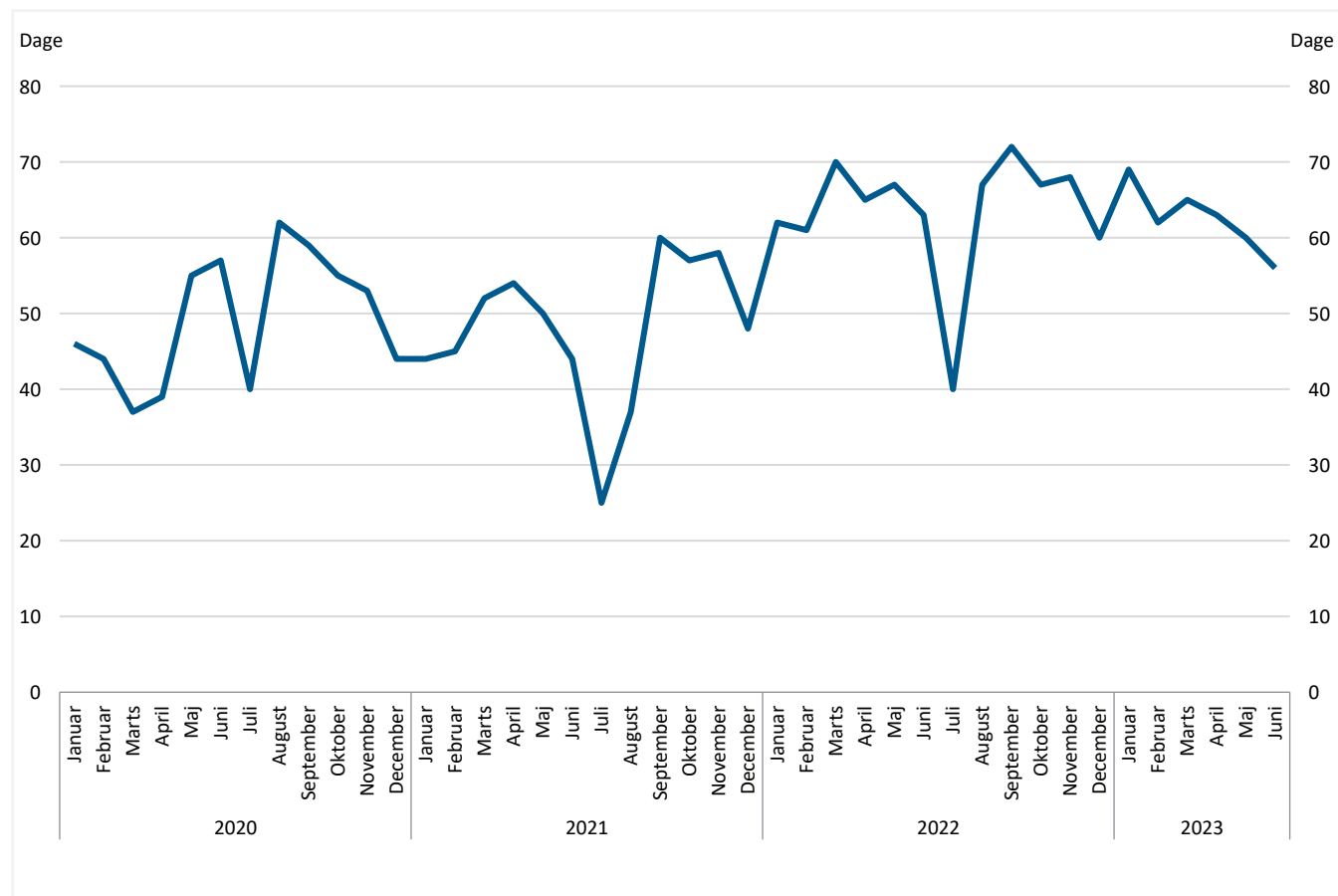
**Kilde:** Landspatientregistret, august 2023.



# Ventetider til kirurgisk behandling (t.o.m. juni 2023)

## 3 Målsætning: nedbringelse af ventetider

Ventelister er nedbragt inden udgangen af 2024, således at de erfarede ventetider er normaliseret i forhold til niveauet før covid-19-pandemien.



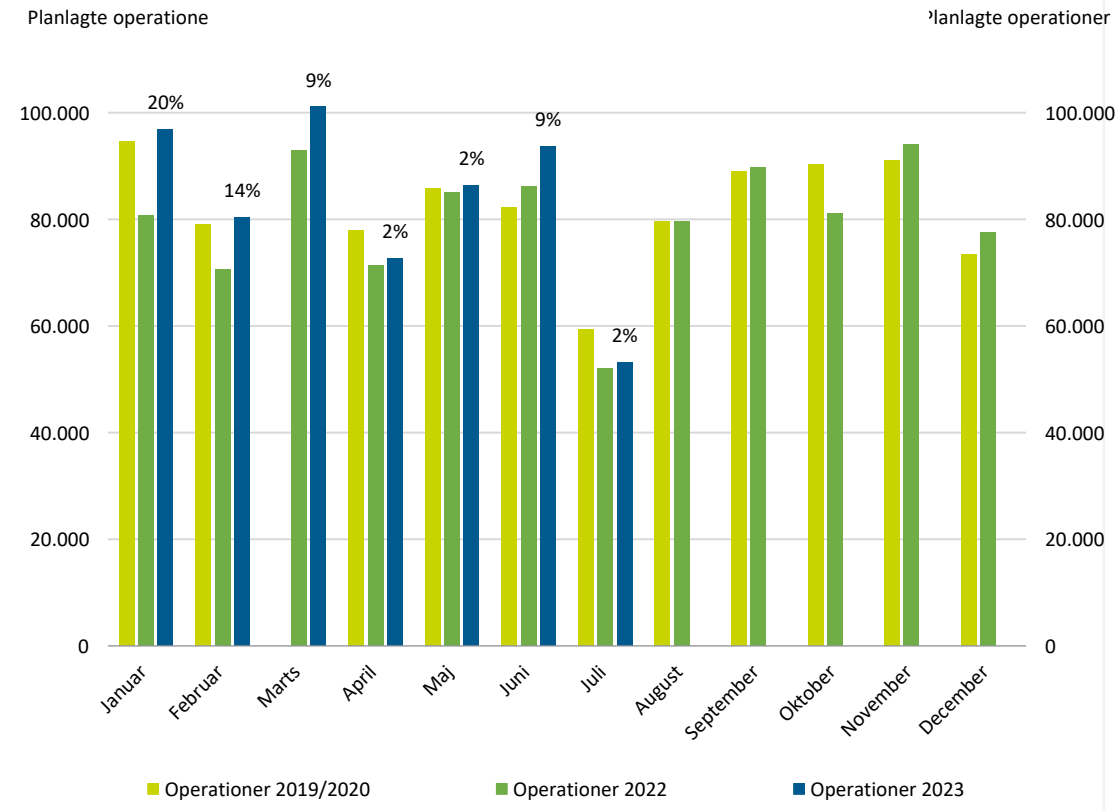
**Anm.:** Efter overgang til ny elektronisk patientjournal i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Syddanmark (primo oktober 2021), er Region Syddanmarks tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

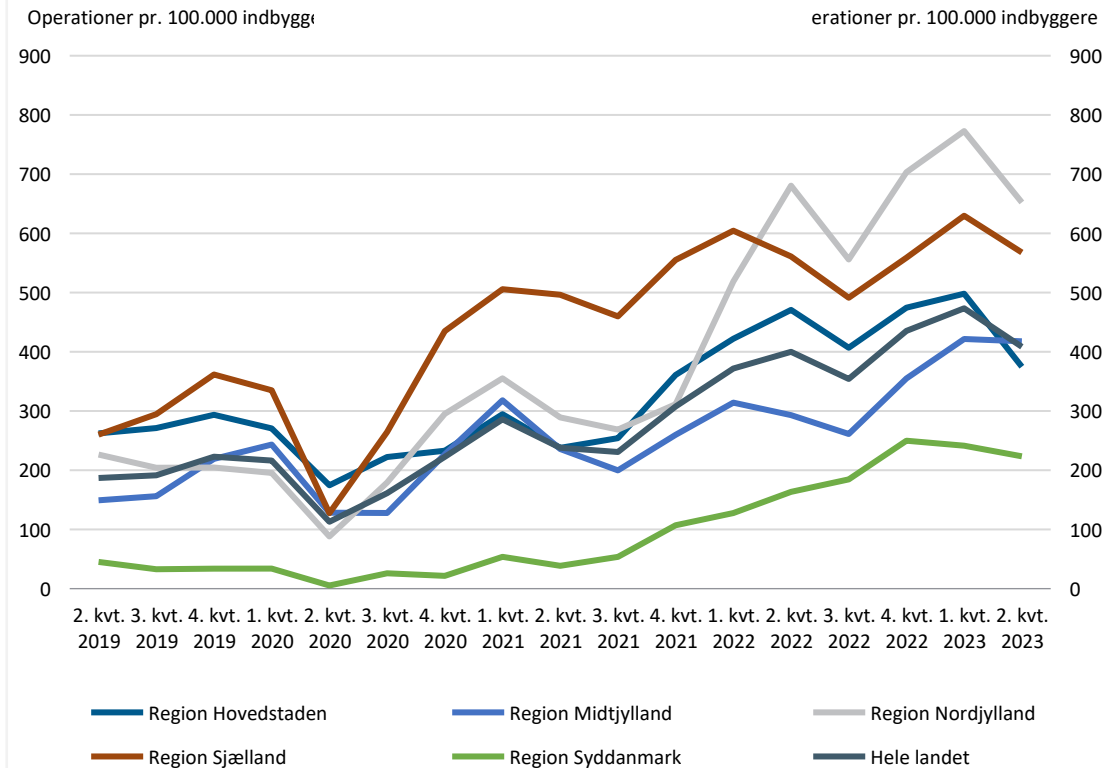
**Kilde:** Landspatientregistret, august 2023.

# Sygehusaktivitet

**Antal planlagte operationer (offentlig + privat)  
– Samlet månedlig forskel ift. 2022 fordelt på regioner**



**Antal planlagte private operationer pr. 100.000 indbyggere**



**Anm.:** Figuren viser den procentvise udvikling i antallet af operationer (offentlig + privat) på månedsbasis for 2022 og 2023. Grundet databrud er der ikke data for januar til marts 2019. Der tages derfor udgangspunkt i data for 2020 i denne periode. Grundet COVID-19 udgår sammenlignet med 2019-2020 derfor. Der tages forbehold for efterregistreringer.

**Kilde:** Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Anm.:** Indbyggertal er opgjort på baggrund af bopælsregion, hvorimod planlagte operationer er opgjort på baggrund af sygehusregion. Der tages forbehold for efterregistreringer.

**Kilde:** Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Relateret document 3/3**

**Dokument Navn:     Dashboard.PDF**

**Dokument Titel:    Dashboard**

**Dokument ID:       1649662**



## Indholdsfortegnelse

1. Målsætninger.....	2
2. Sygehusaktivitet.....	5
3. Privat sygehusaktivitet.....	10
4. Ventetider.....	12
5. Patientrettigheder.....	18
6. Kræftpakker.....	19
7. Kapacitet.....	20
8. Personale.....	21

### **Datagrundlag**

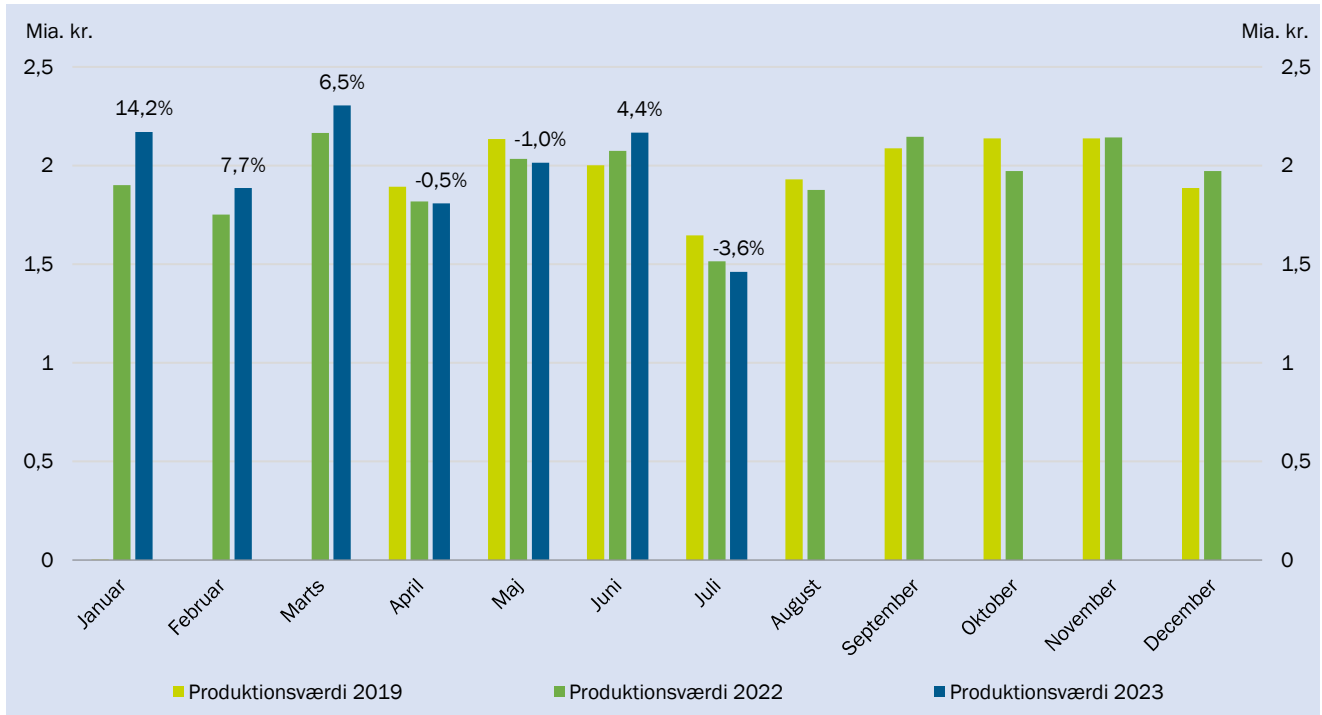
I dashboardet fremgår data fra fire forskellige datakilder. Hovedparten stammer fra Landspatientregistret, Mitsygehusvalg.dk fsva. forventede ventetider samt Danske Regioner fsva. henvisninger til private og fra Sengepladser og Belægning fsva. sengepladser og belægning.



# Kapitel 1: Målsætninger og udvalgte indikatorer

Dashboard d. 04. september 2023

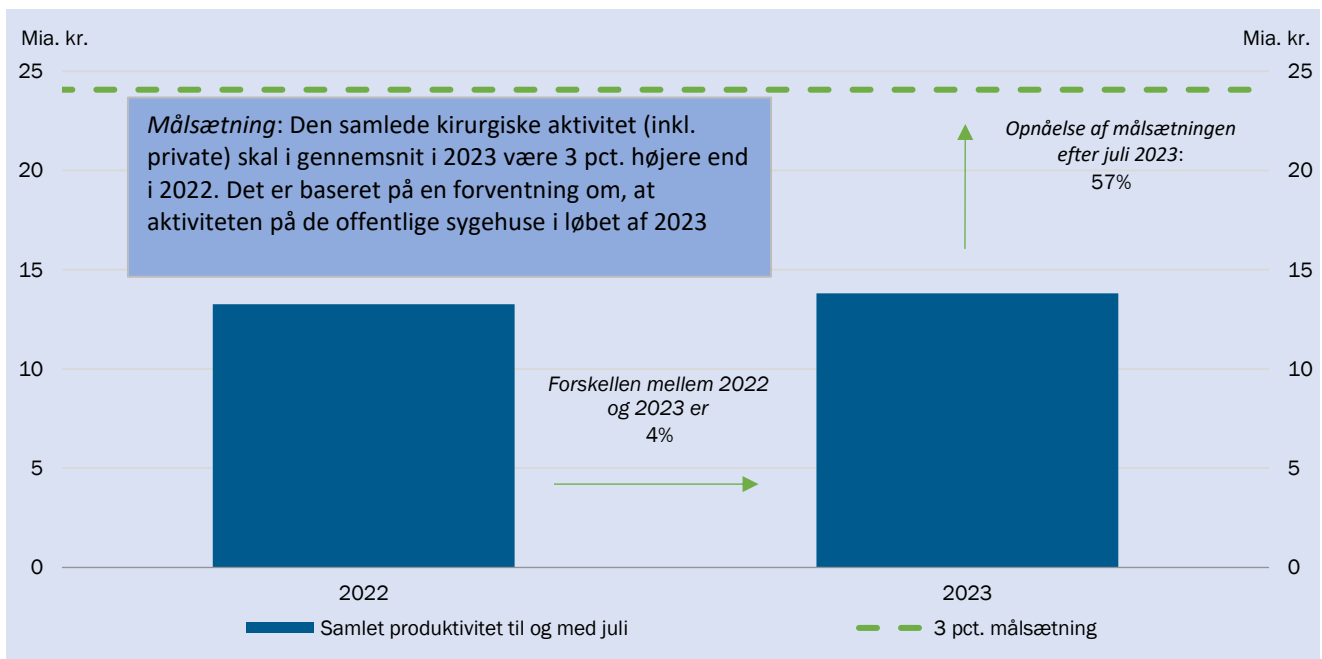
Figur 1 - Total kirurgisk produktionsværdi



Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Tallene i figuren viser den procentvise forskel mellem 2023 og 2022. Værdi tilskrives region med udgangspunkt i sygehusregion for offentlig sygehusaktivitet og bopælsregion for ikke offentlig sygehusaktivitet. Data for aktivitet i år 2022-2023 er opgjort i taktsystem 2023. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

Figur 2 - Total kirurgisk produktionsværdi

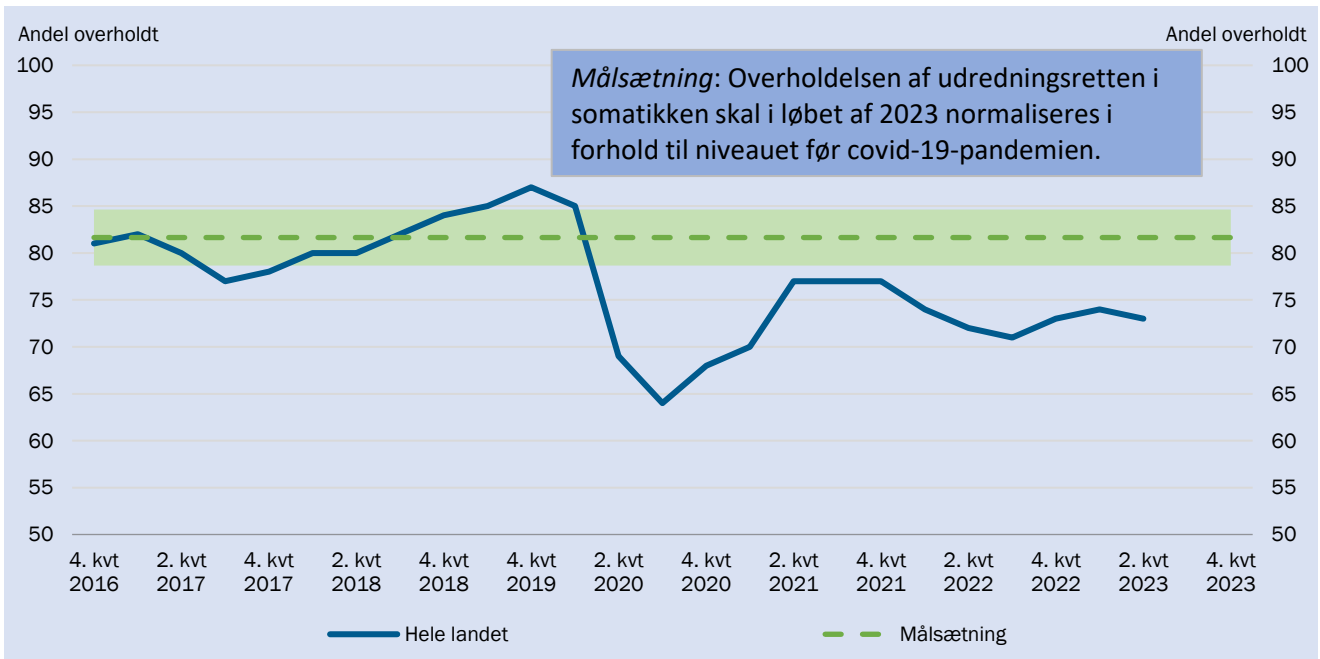


Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Værdi tilskrives region med udgangspunkt i sygehusregion for offentlig sygehusaktivitet og bopælsregion for ikke offentlig sygehusaktivitet. Data for aktivitet i år 2022-2023 er opgjort i taktsystem 2023. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.



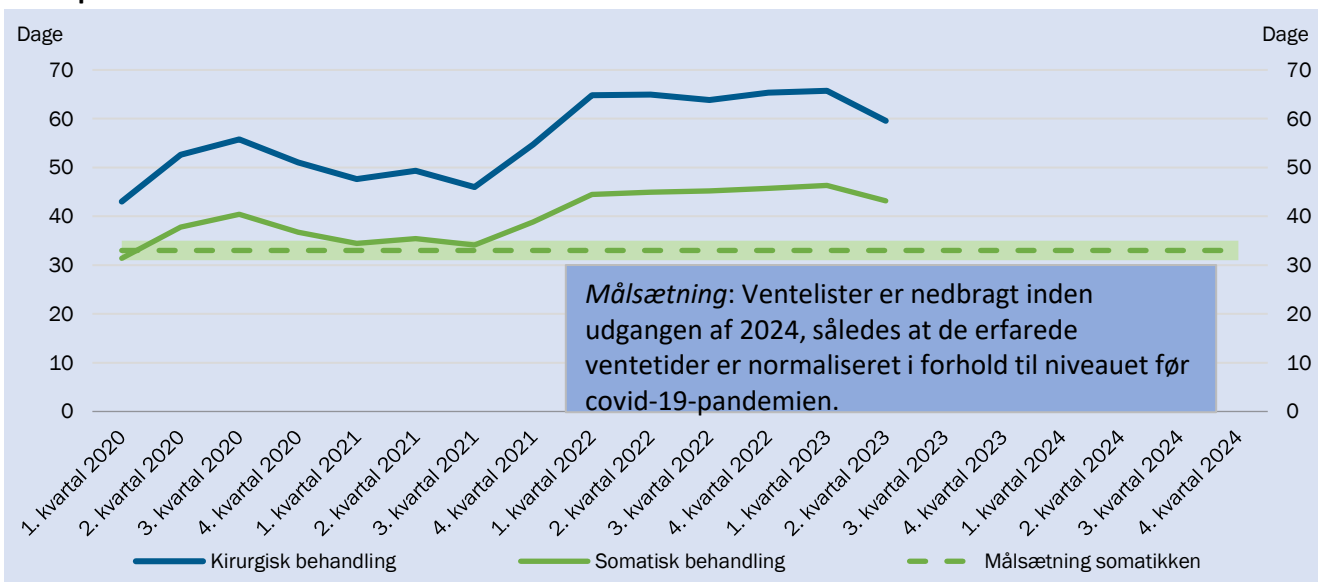
**Figur 3 - Andelen af overholdte udredningsforløb i somatikken – Landsplan**



Anm.: Grundet overgang til LPR3 er der kun data for 3. og 4. kvartal i 2019. Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. I 2019. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Målsætningen er udregnet som et vægtet gennemsnit for Q4 2016-Q4 2019, hvortil der er beregnet en standardafvigelse (+/-3%).

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 4 – Ventetider til al somatisk behandling samt kirurgisk behandling (operationer/endoskopier) – Landsplan**



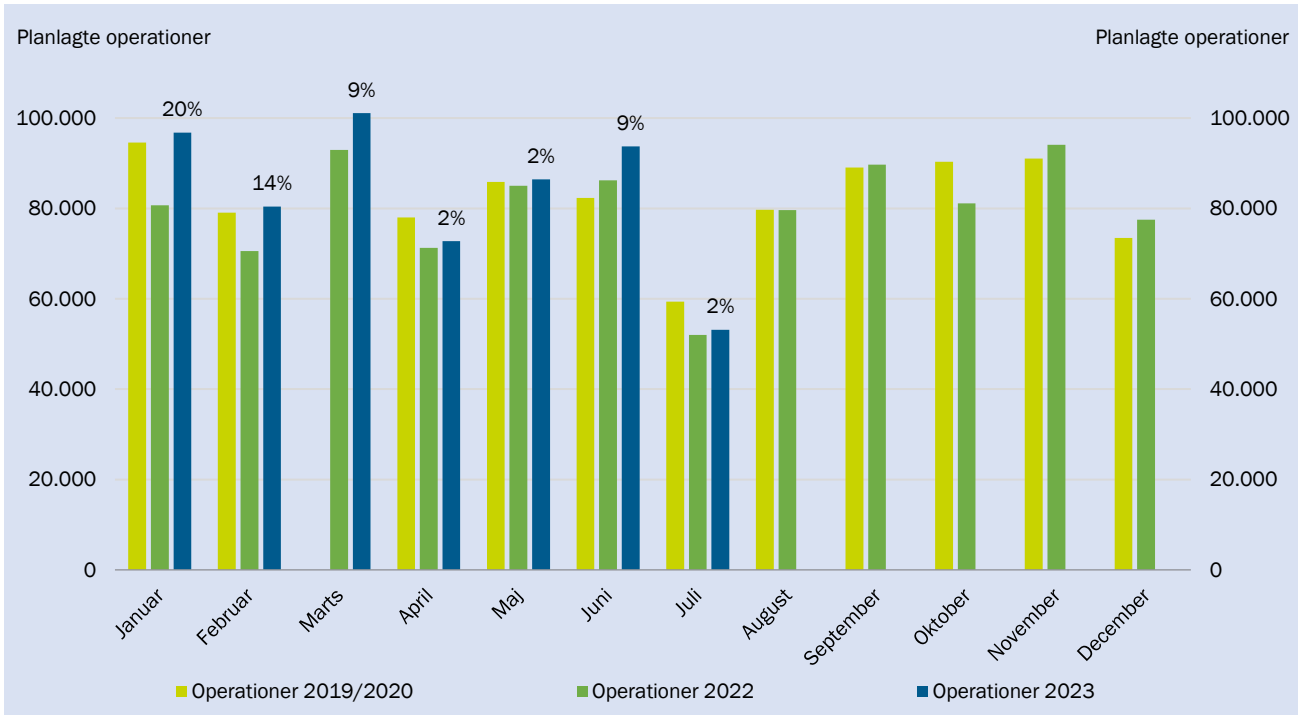
Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Syddanmark (primo oktober 2021), er Region Syddanmarks tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Målsætningen er baseret på et gennemsnit af januar-februar 2020 (marts 2020 er udeladt grundet covid-19), hvortil der er tillagt en usikkerhedsmargin på 2 dage. Målsætningstallet er højere end tallet for 1. kvartal 2020, idet marts er udeladt, da det er påvirket af covid-19.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.



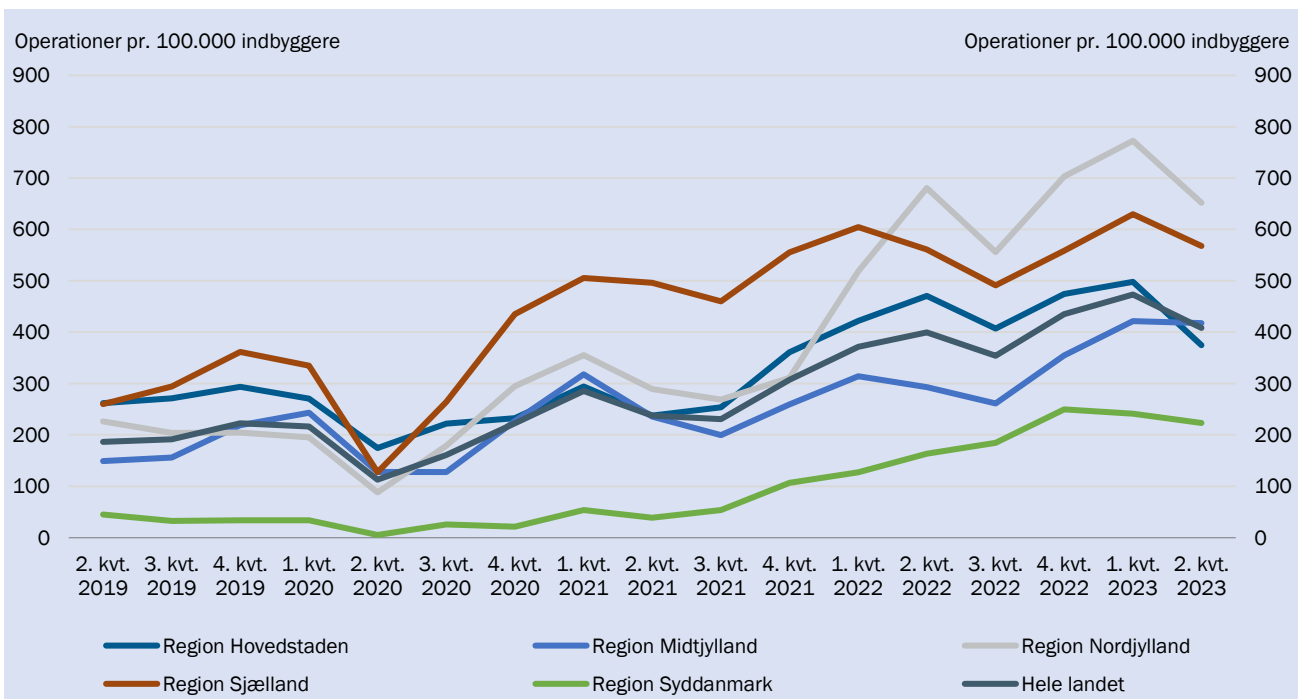
**Figur 5 - Antal planlagte operationer (offentlig + privat) - Samlet månedlig forskel ift. 2022 fordelt på regioner**



Anm.: Figuren viser den procentvise udvikling i antallet af operationer (offentlig + privat) på månedsbasis for 2022 og 2023. Tallene i figuren viser den procentvise forskel mellem 2023 og 2022. Grundet databrud er der ikke data for januar til marts 2019. Der tages derfor udgangspunkt i data for 2020 i denne periode. Grundet COVID-19 udgår sammenlignen med 2019-2020 derfor. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 6 - Antal planlagte private operationer pr. 100.000 indbyggere**



Anm.: Indbyggertal er opgjort på baggrund af bopælsregion, hvorimod planlagte operationer er opgjort på baggrund af sygehusregion. Der tages forbehold for efterregistreringer.

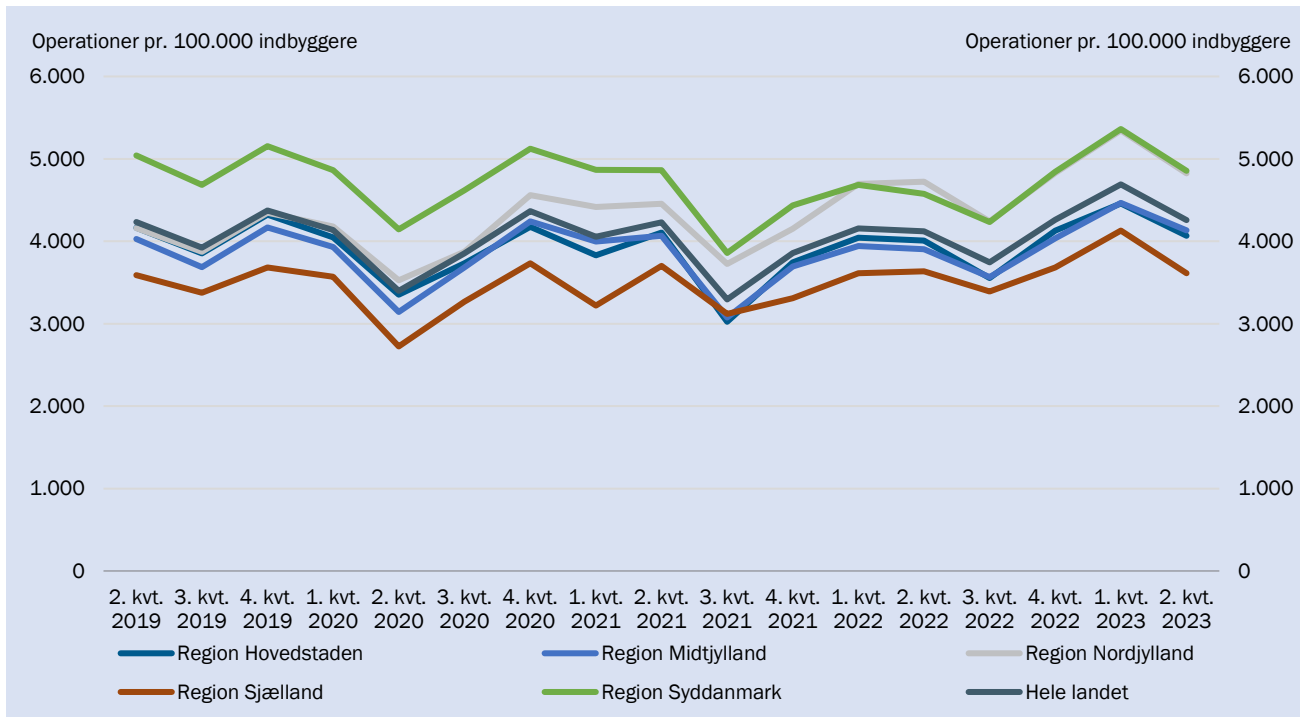
Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.



## Kapitel 2: Sygehusaktivitet

Dashboard d. 04. september 2023

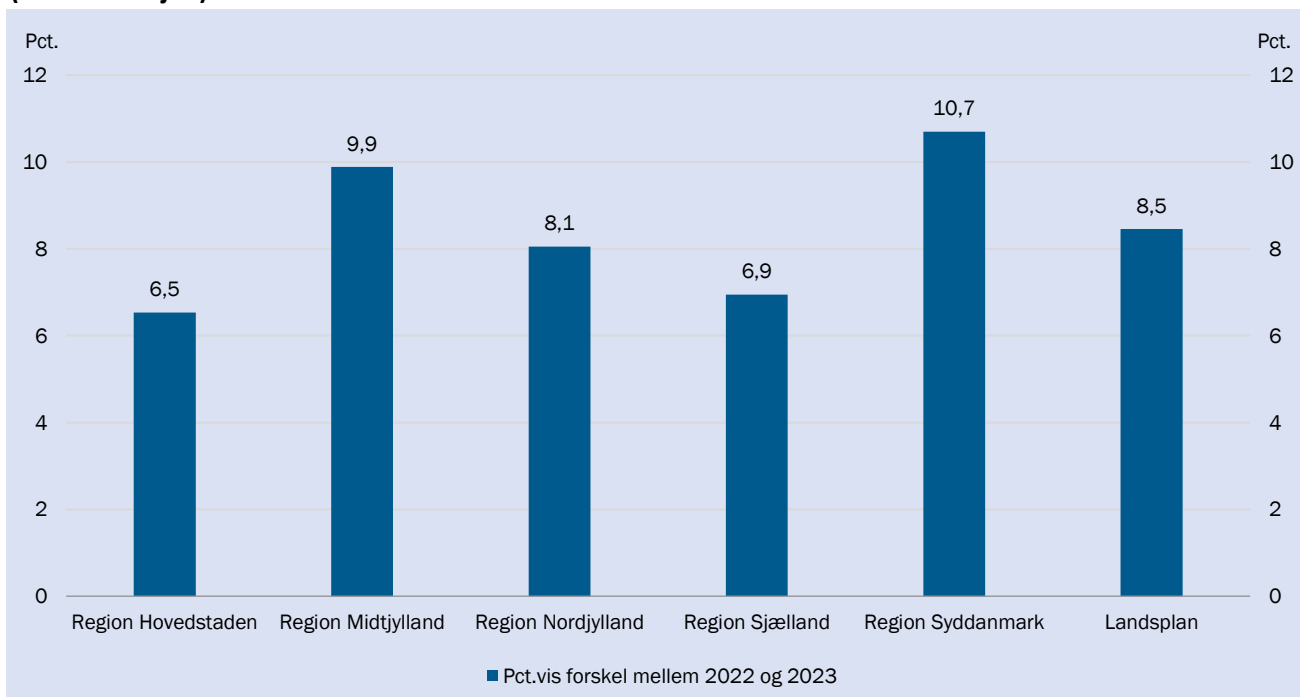
Figur 7 - Antal planlagte operationer pr. 100.000 indbyggere (offentlig + privat) - Regionsinddelt



Anm.: Indbyggertal er opgjort på baggrund af bopælsregion, hvorimod planlagte operationer er opgjort på baggrund af sygehusregion. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

Figur 8 – Antal planlagte operationer (offentlig + privat) – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)



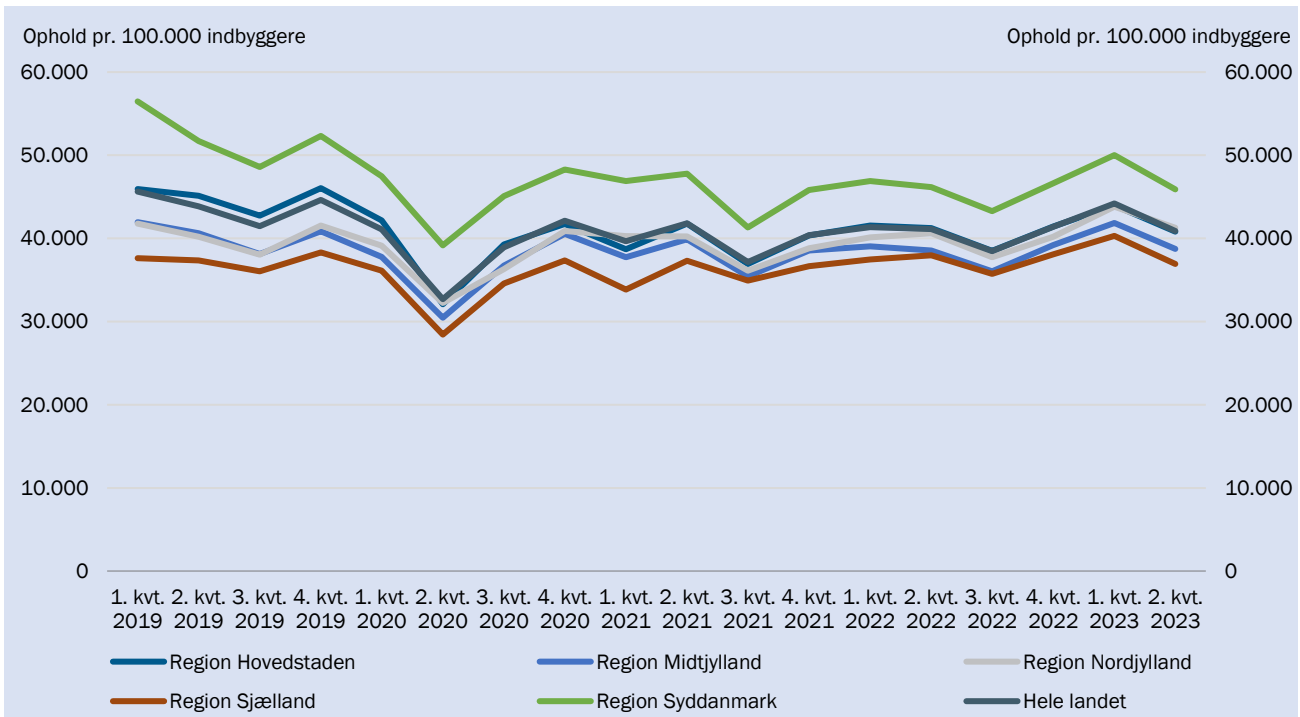
Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.





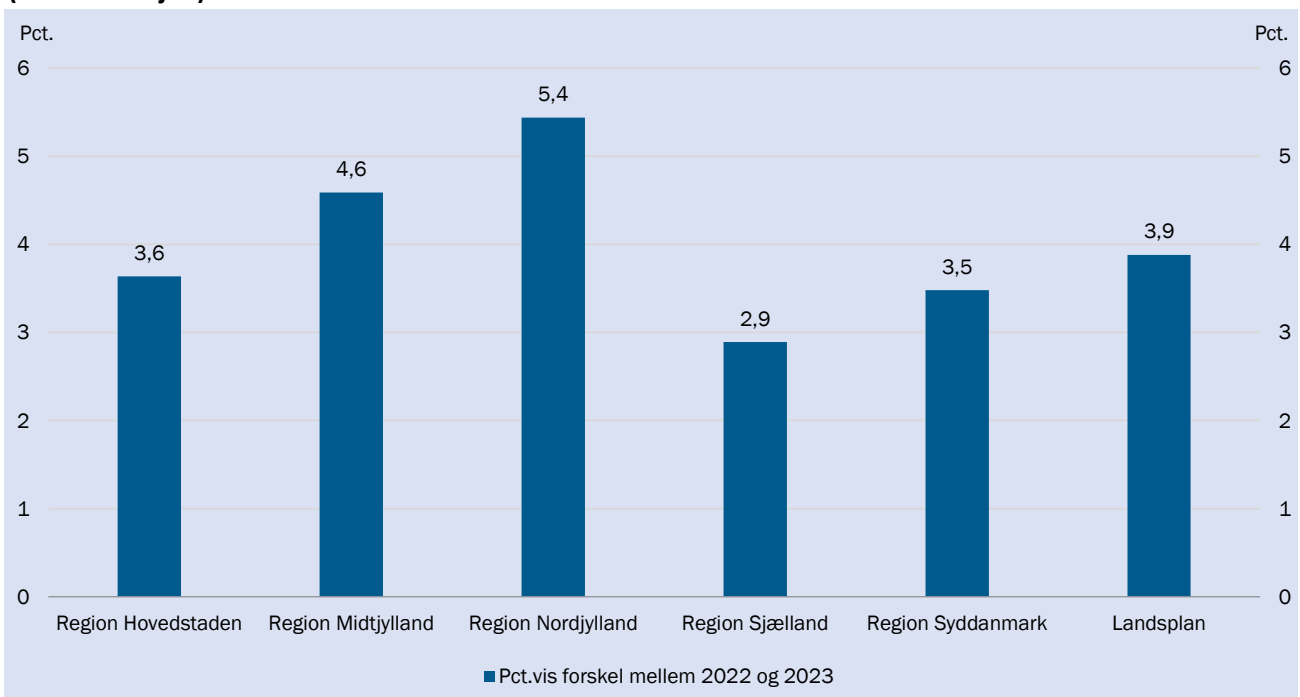
**Figur 9 - Antal somatiske ambulante ophold (offentlig + privat) pr. 100.000 indbyggere - Regionsinddelt**



Anm.: Indbyggertal er opgjort på baggrund af bopælsregion, hvorimod planlagte operationer er opgjort på baggrund af sygehusregion. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 10 - Antal somatiske ambulante ophold (offentlig + privat) – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)**



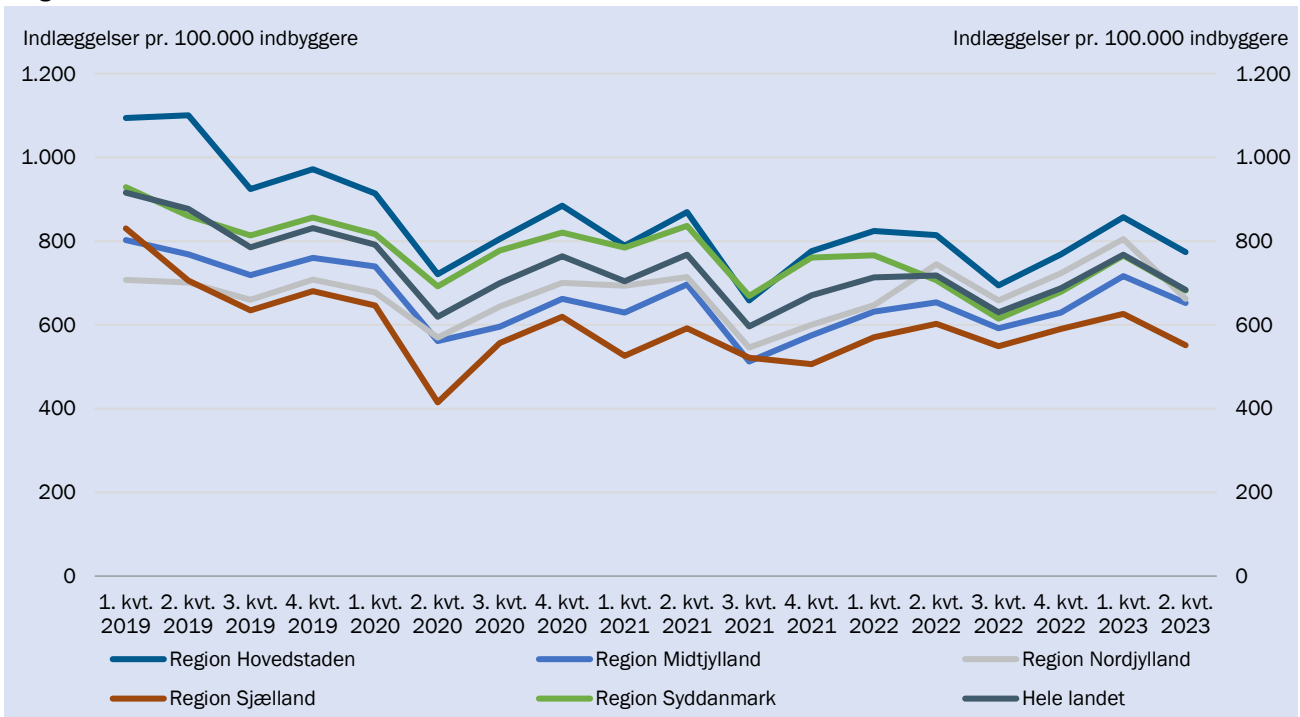
Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.



Dashboard d. 04. september 2023

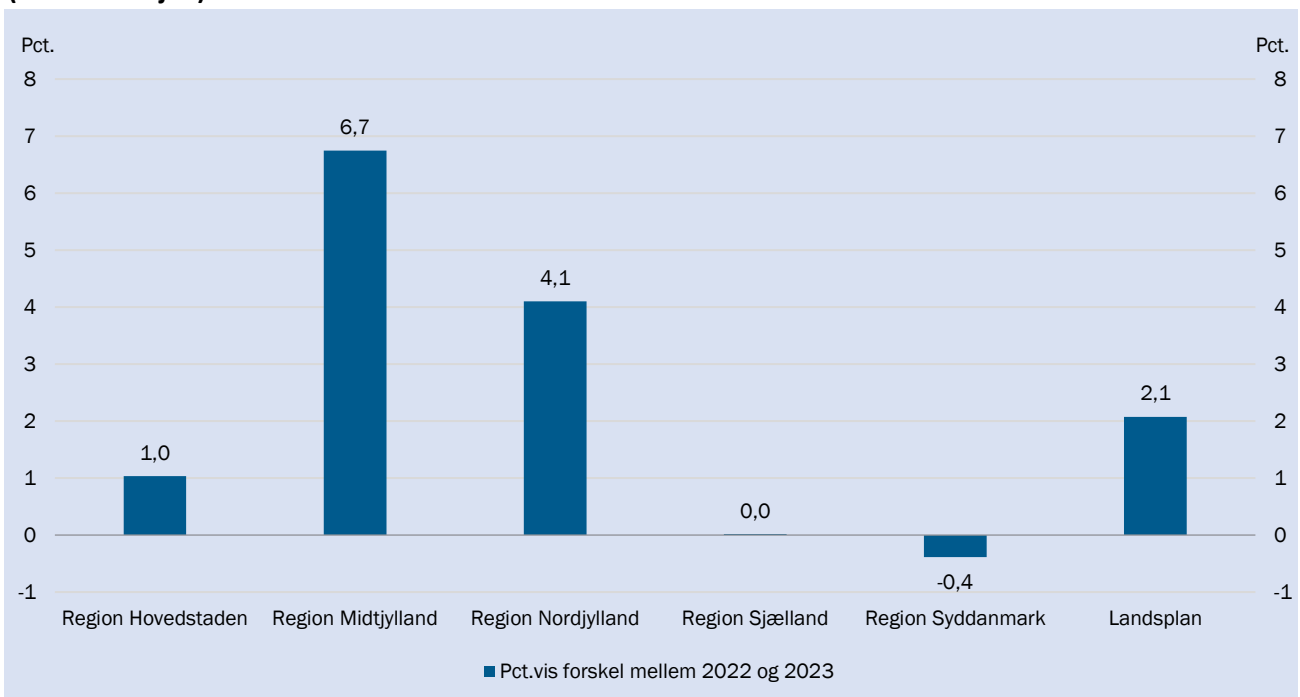
**Figur 11 - Antal planlagte somatiske indlæggelser (offentlig + privat) pr. 100.000 indbyggere - Regionsinddelt**



Anm.: Indbyggertal er opgjort på baggrund af bopælsregion, hvorimod planlagte operationer er opgjort på baggrund af sygehusregion. Der tages forbehold for efterregistreringer.

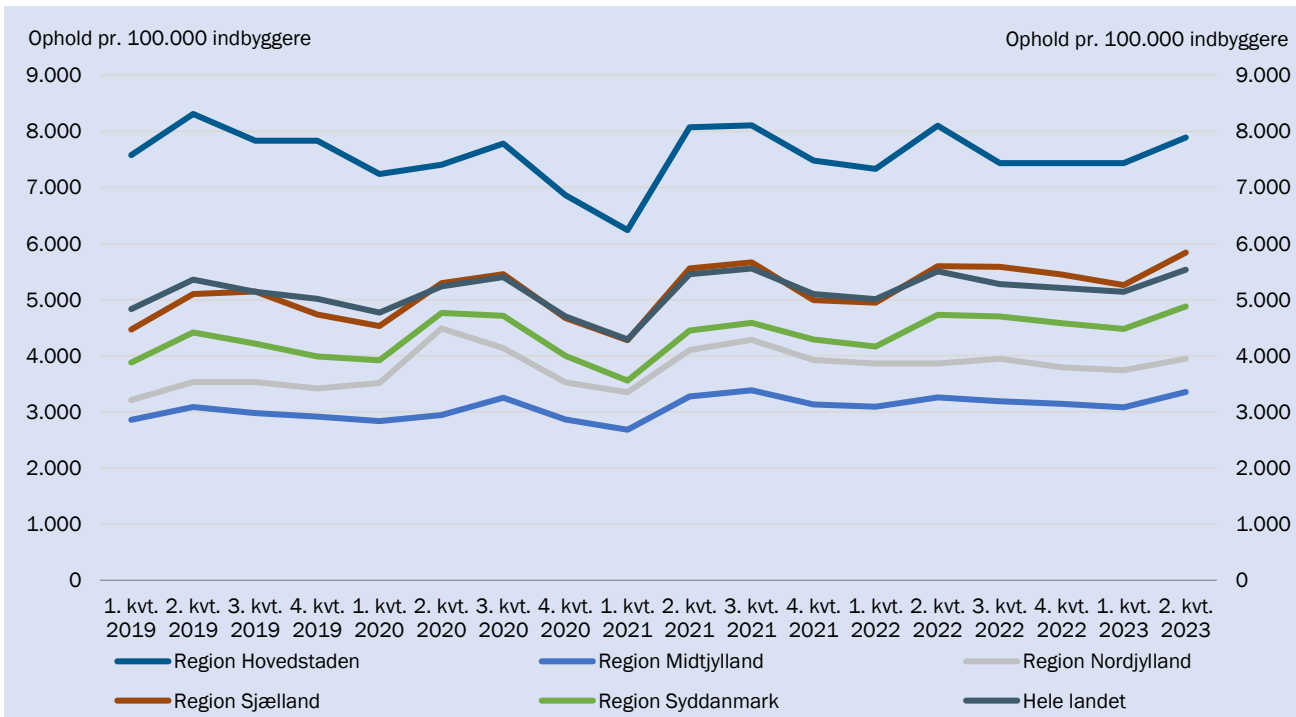
Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 12 - Antal planlagte somatiske indlæggelser (offentlig + privat) – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)**



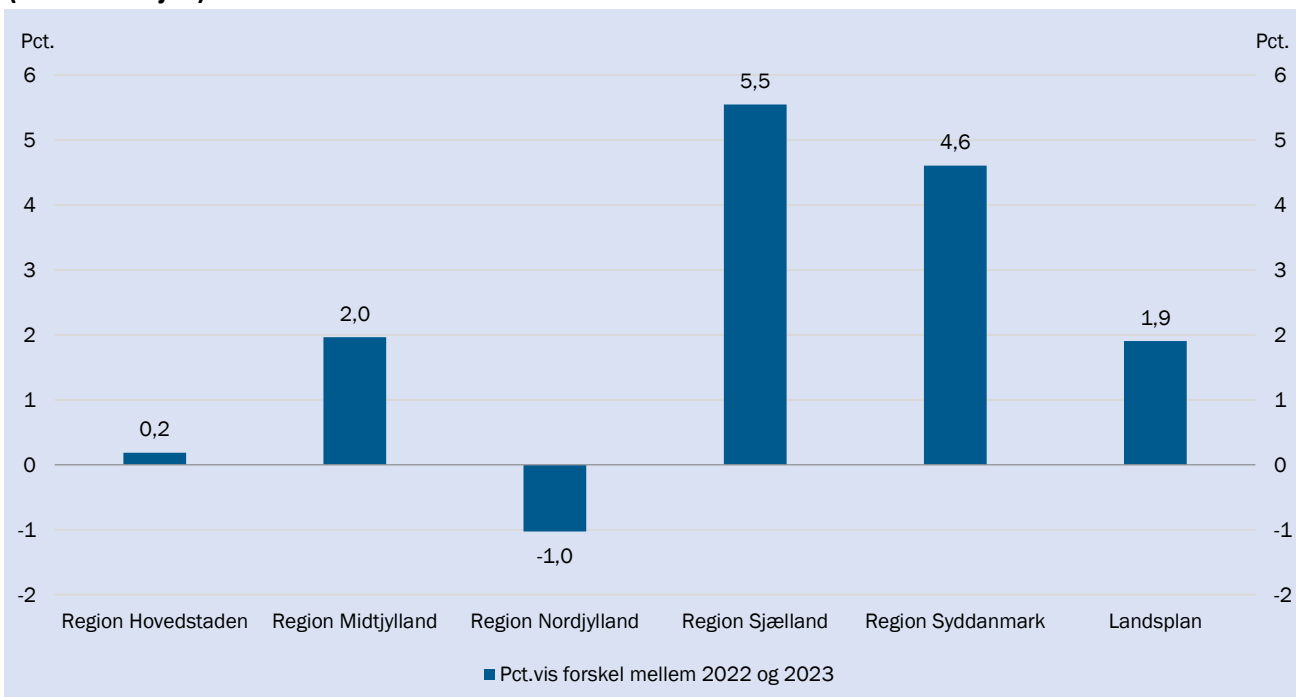
Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 13 - Antal akutte somatiske ambulante ophold pr. 100.000 indbyggere - Regionsinddelt**

Anm.: Indbyggertal er opgjort på baggrund af bopælsregion, hvorimod planlagte operationer er opgjort på baggrund af sygehusregion. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

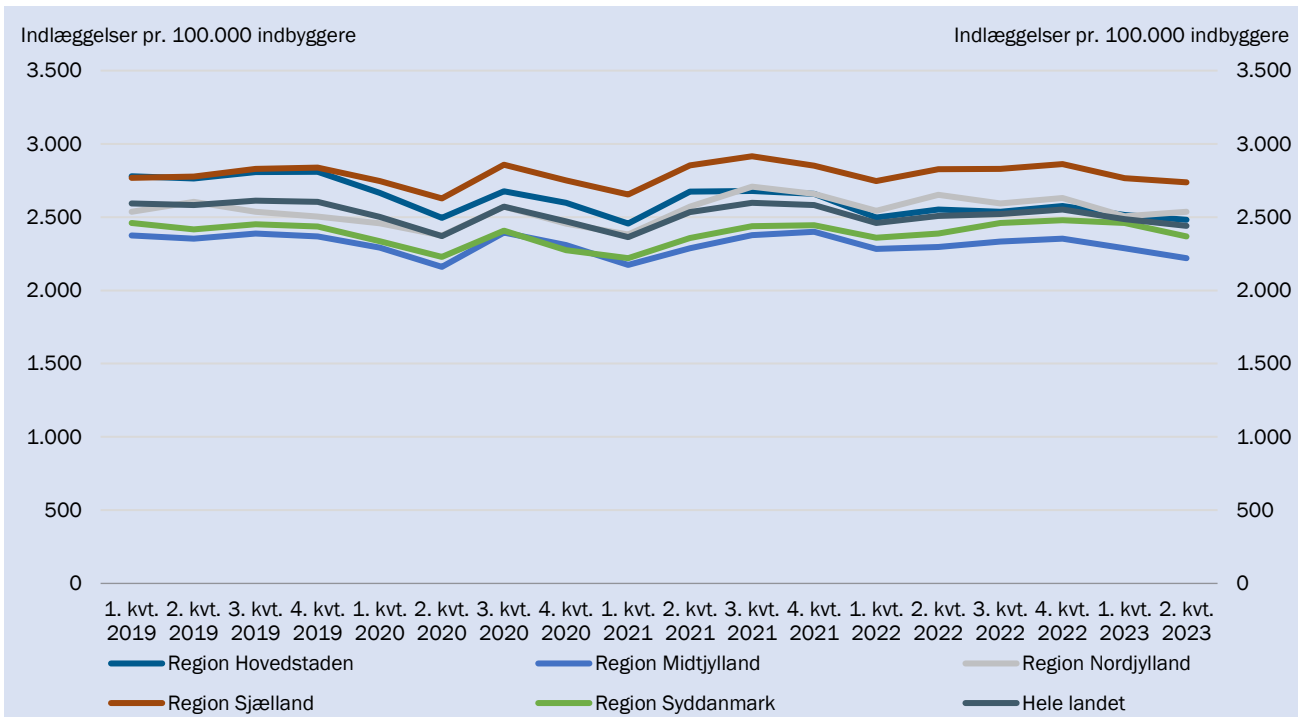
**Figur 14 - Antal akutte somatiske ambulante ophold – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)**

Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.



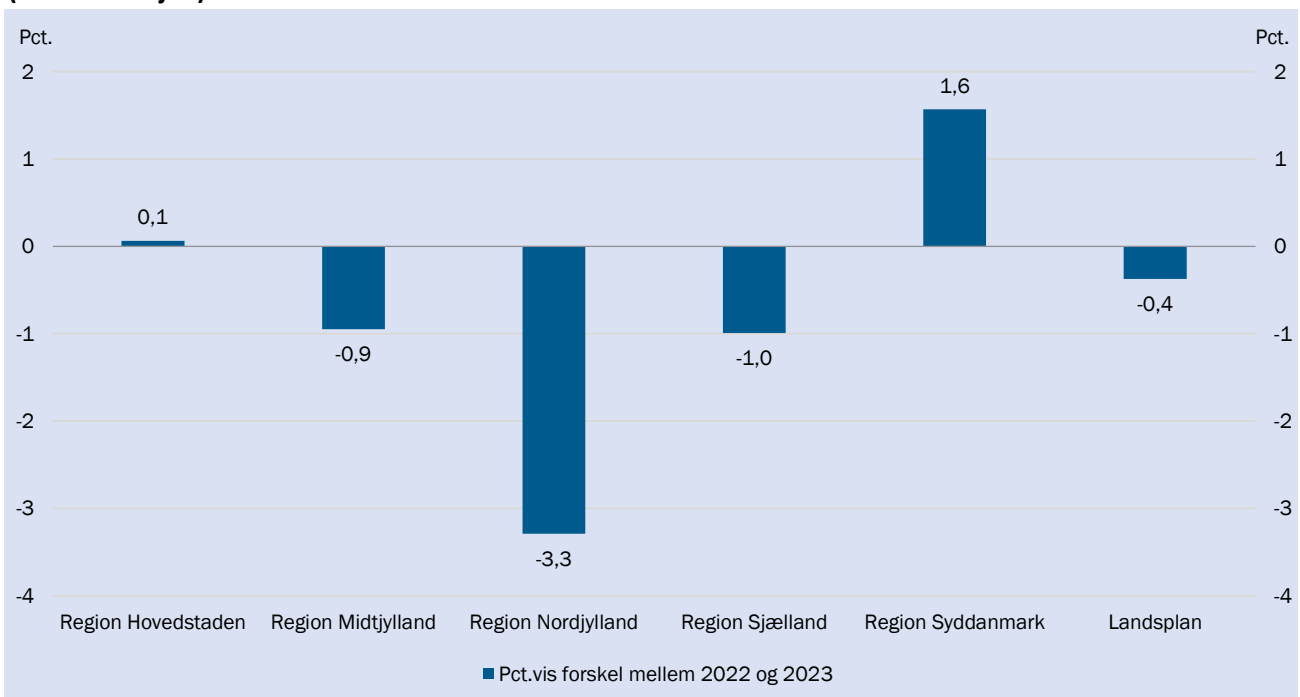
**Figur 15 - Antal akutte somatiske indlæggelser pr. 100.000 indbyggere - Regionsinddelt**



Anm.: Indbyggertal er opgjort på baggrund af bopælsregion, hvorimod planlagte operationer er opgjort på baggrund af sygehusregion. Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 16 - Antal akutte somatiske indlæggelser – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)**



Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Der tages forbehold for efterregistreringer.

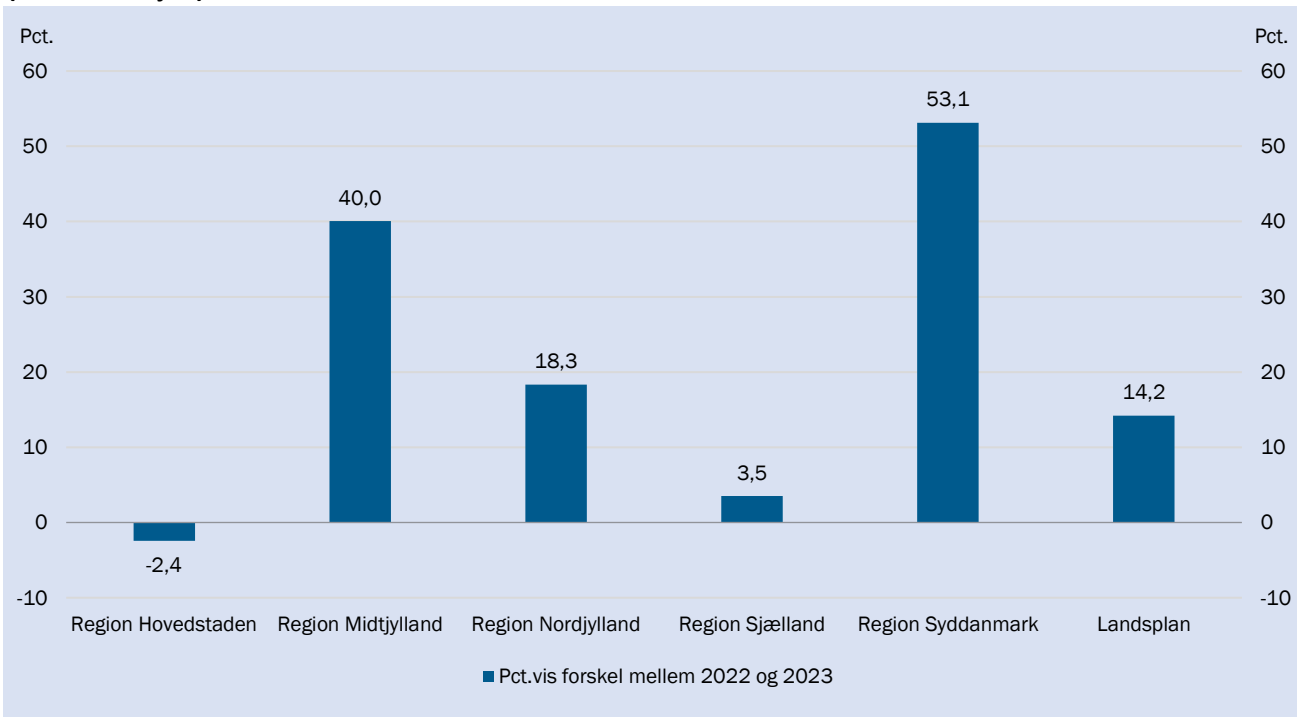
Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.



## Kapitel 3: Privat sygehusaktivitet

Dashboard d. 04. september 2023

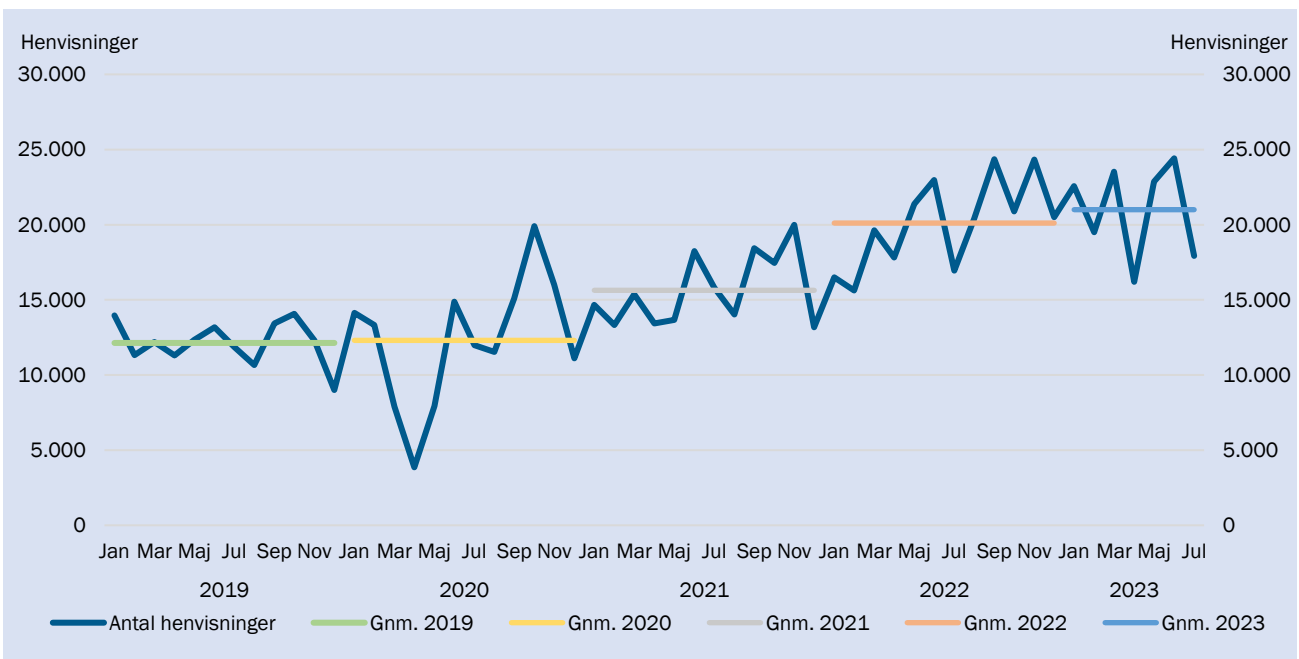
**Figur 17 - Antal planlagte private operationer – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)**



Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 18 - Antal henviste patienter til privathospitaler**

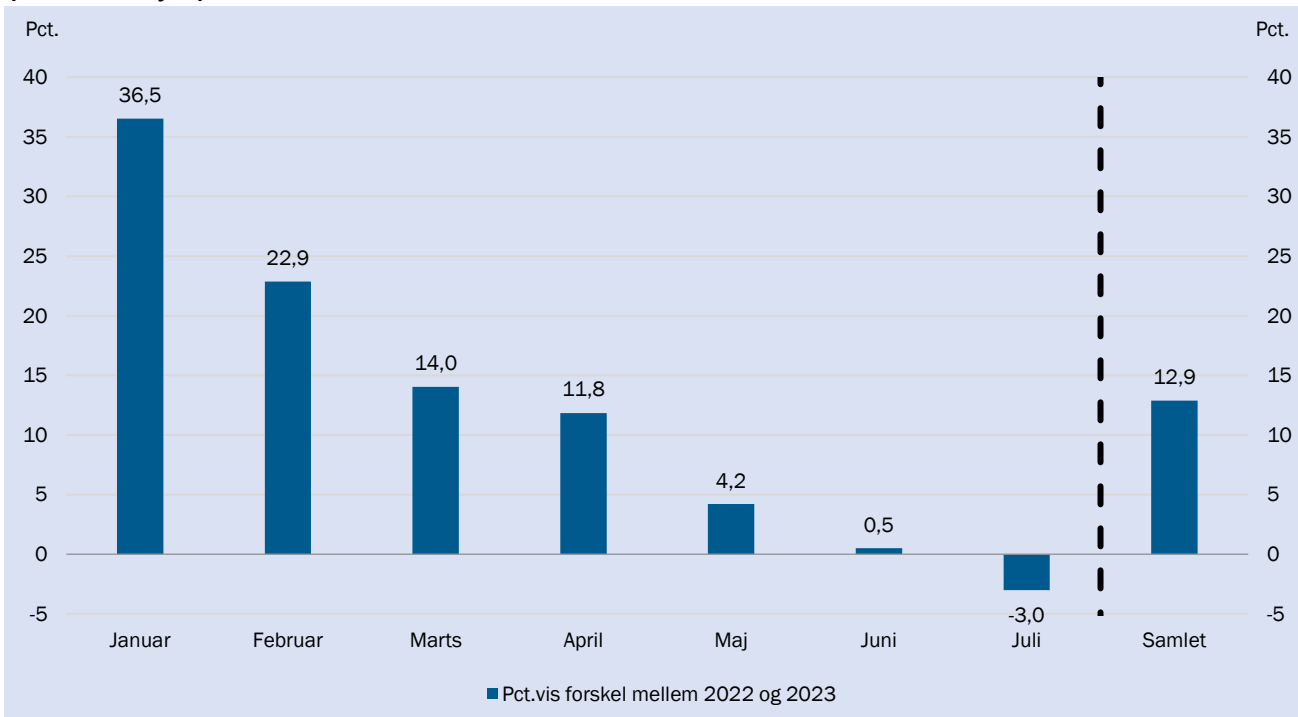


Anm.: Figuren viser antallet af henviste patienter til privathospitaler på månedintervallet for hvert år fra 2019 - 2023 samt gns. årsniveau.

Kilde: Danske Regioner, august 2023.



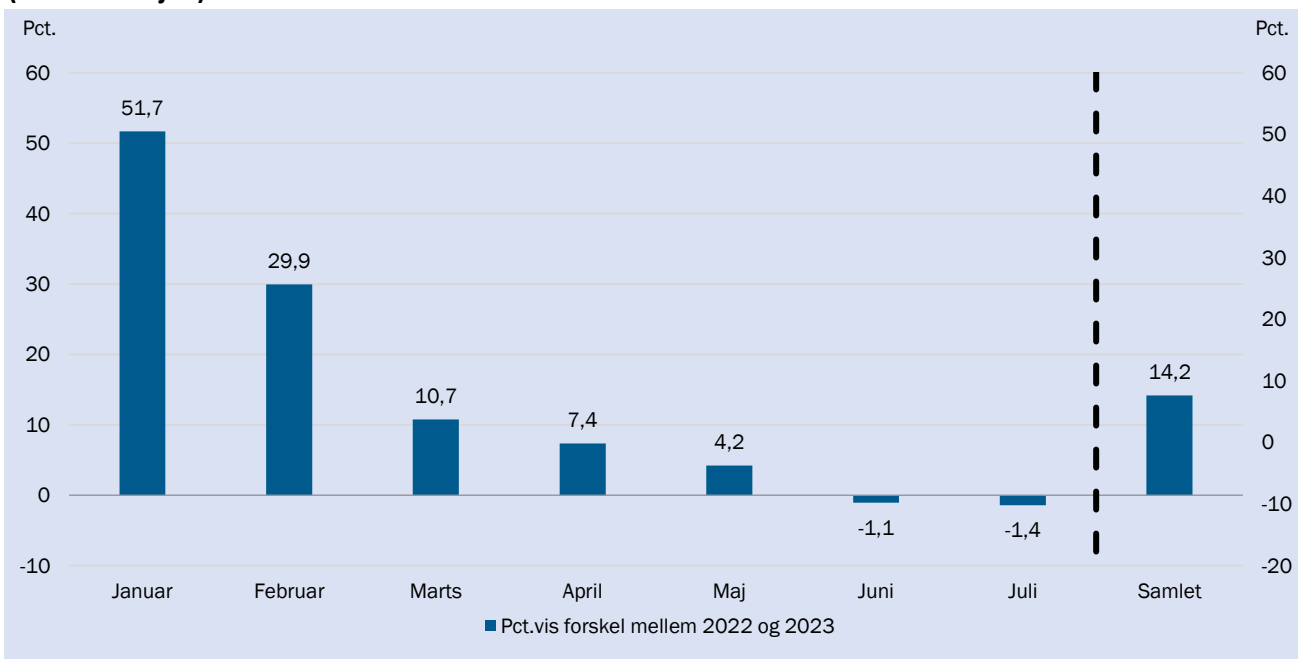
**Figur 19 - Privat kirurgisk produktionsværdi – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)**



Anm.: Data indeholder kun værdier t.o.m. juli 2023 (grundet ufuldstændigt datagrundlag for august 2023). Der tages forbehold for efterregistreringer.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 20 - Private operationer – forskel i aktivitet for 2022 til 2023 (data t.o.m. juli)**



Anm.: Figuren viser antallet af henviste patienter til privathospitaler på månedintervallet for hvert år fra 2019 - 2023 samt gns. årsniveau.

Kilde: Danske Regioner, august 2023.



## Kapitel 4: Ventetider

Dashboard d. 04. september 2023

**Forventede ventetider (til behandling):** Indberettes i Mitsygehusvalg.dk og er defineret ved "forventede ventetider i antal uger til næste ledige tid for den patient, som ikke kræver yderligere undersøgelse og behandling". Ventetiderne er dermed estimerede forventede ventetider for den ukomplicerede og endeligt udredte patient. Ventetiderne er angivet som den forventede ventetid ved midtersygehuset (median), dvs. ved det sygehus, hvor der er lige mange sygehuse, der både tilbyder en kortere og en længere ventetid.

**Erfarede ventetider:** Statistikken viser den gennemsnitlige ventetid til behandling fra patienten er endeligt udredt på sygehus til behandling påbegyndes, for alle typer af behandlinger. Såfremt patientens udredning ikke er foregået på sygehus, løber ventetiden fra, at patientens henvisning til behandling er modtaget på sygehus, til behandling påbegyndes.

Der er tale om et nyt indberetningsområde for regionerne, som fortsat er under validering og ensretning, hvilket indebærer en vis usikkerhed i opgørelsen. Der gøres i den forbindelse særligt opmærksom på, at der er konstateret en varierende registreringspraksis på tværs af regioner, hvad angår patienter med 0 dages ventetid, dvs. typisk patienter som udredes og påbegynder behandling samme dag. Den varierende registreringspraksis påvirker de opgjorte ventetider, og sammenligning af ventetider over tid såvel som regionale sammenligninger skal derfor foretages med ekstra varsomhed.

Der gøres derudover opmærksom på, at ventetiden i flere af kvartalerne kan være påvirket af sygehusenes prioritering af COVID-19.

Forventede ventetider vil højst sandsynlig afvige fra de erfarede ventetider, bl.a. fordi de erfarede

**Tabel 1 - Erfarede gns. ventetider for somatisk behandling - Regionsinddelt – Dage**

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	25	41	41	39	41	40	37
Region Midtjylland	32	46	47	49	48	52	49
Region Nordjylland	39	40	37	41	44	46	41
Region Sjælland	31	39	38	37	40	40	38
Region Syddanmark	34	51	54	54	53	52	48
Hele landet	31	44	45	45	46	46	43

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.

**Tabel 2 - Erfarede gns. ventider for kirurgisk behandling (operationer/endoskopier) - Regionsinddelt - Dage**

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	42	73	72	71	71	69	60
Region Midtjylland	41	65	65	68	67	71	66
Region Nordjylland	45	54	52	54	61	61	54
Region Sjælland	45	54	57	50	53	53	50
Region Syddanmark	44	67	70	67	69	68	61
Hele landet	43	65	65	64	65	66	60

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Syddanmark (primo oktober 2021), er Region Syddanmarks tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.

**Tabel 3 - Erfarede gns. ventetider for operationer - Kunstigt knæ - Regionsinddelt – Dage**

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	89	130	133	135	132	118	124
Region Midtjylland	52	111	112	127	116	113	96
Region Nordjylland	54	104	102	112	116	100	91
Region Sjælland	73	64	71	59	65	63	65
Region Syddanmark	69	91	103	109	94	78	81
Hele landet	70	102	107	111	106	95	93

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.



**Tabel 4 - Erfarede gnm. ventetider for operationer - Kunstig hofte - Regionsinddelt – Dage**

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	72	104	104	101	97	92	94
Region Midtjylland	47	89	81	83	75	65	60
Region Nordjylland	41	83	93	98	76	60	45
Region Sjælland	68	69	68	56	55	62	59
Region Syddanmark	59	83	88	102	78	81	68
Hele landet	59	87	86	87	77	73	67

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.

**Tabel 5 - Erfarede gns. ventetider for operationer - Brok - Regionsinddelt - Dage**

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	64	115	109	89	91	117	95
Region Midtjylland	35	85	72	78	67	74	67
Region Nordjylland	43	60	50	63	53	36	36
Region Sjælland	52	54	52	64	59	72	56
Region Syddanmark	59	91	98	73	82	100	98
Hele landet	53	84	76	75	74	86	76

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.

**Tabel 6 - Erfaret gnm. ventetid for operationer - Menisk - Regionsinddelt - Dage**

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	33	58	45	46	44	40	41
Region Midtjylland	40	52	50	66	61	59	51
Region Nordjylland	30	37	27	29	34	26	26
Region Sjælland	32	32	39	37	37	37	33
Region Syddanmark	37	55	44	42	43	40	32
Hele landet	35	51	42	46	46	43	39

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det samme gør sig gældende i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.



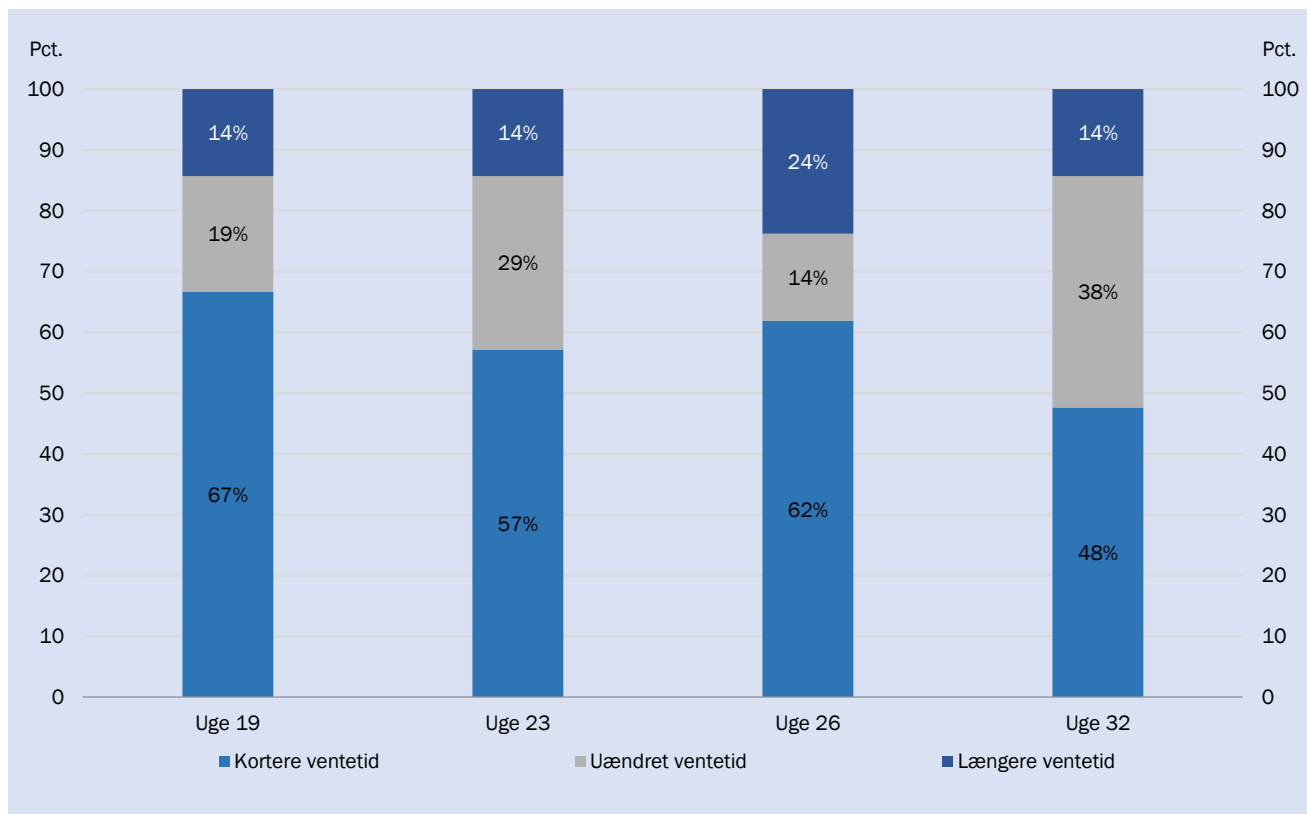
Tabel 7 - Erfaret gnm. ventetid for operationer - Galdesten - Regionsinddelt - Dage

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	41	84	81	65	87	62	57
Region Midtjylland	24	61	61	64	63	70	57
Region Nordjylland	34	27	20	38	23	23	18
Region Sjælland	47	54	54	49	54	48	46
Region Syddanmark	48	67	81	64	60	65	63
Hele landet	40	63	60	57	62	57	52

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det gælder også i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

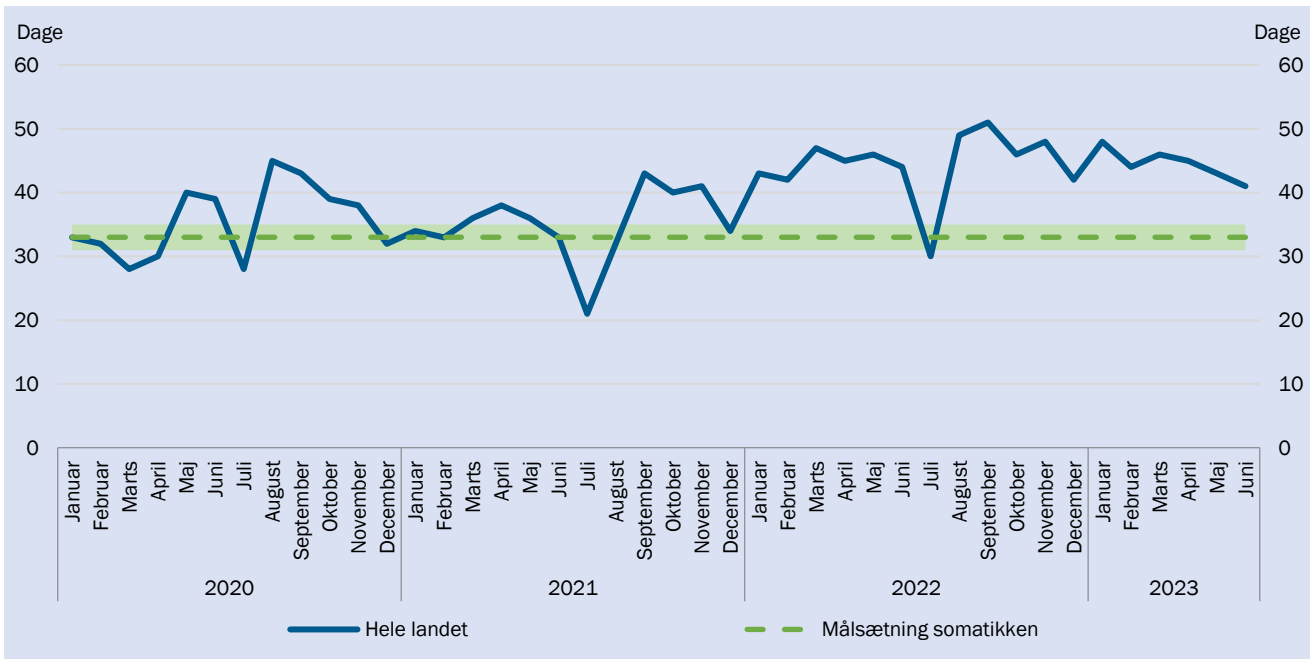
Kilde: Landspatientregistret, august 2023.

Figur 21 - Udvikling i forventede ventetider til udvalgte operationer ift. gennemsnittet for 2022



Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige ventetid på mediansygehuse for årene 2022 og 2023. Tallene er baseret på et 7-ugers glidende gennemsnit. Uændret ventetid er defineret som +/- 1 uge.

Kilde: Mitsygehusvalg.dk, august 2023.

**Figur 22 - Erfarede gns. ventetider for somatisk behandling (månedsbasis) - Landsplan**

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det gælder også i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.

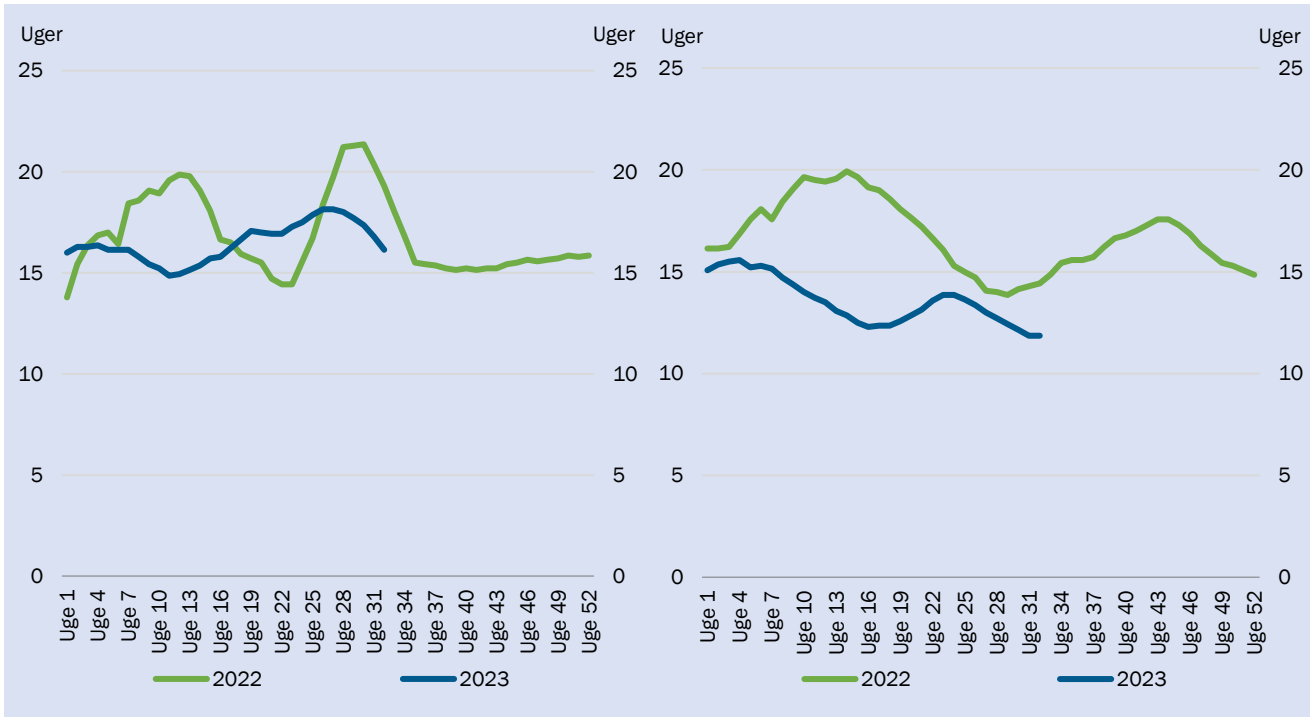
**Figur 23 - Erfarede gns. ventetider for kirurgisk behandling (månedsbasis) - Landsplan**

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det gælder også i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

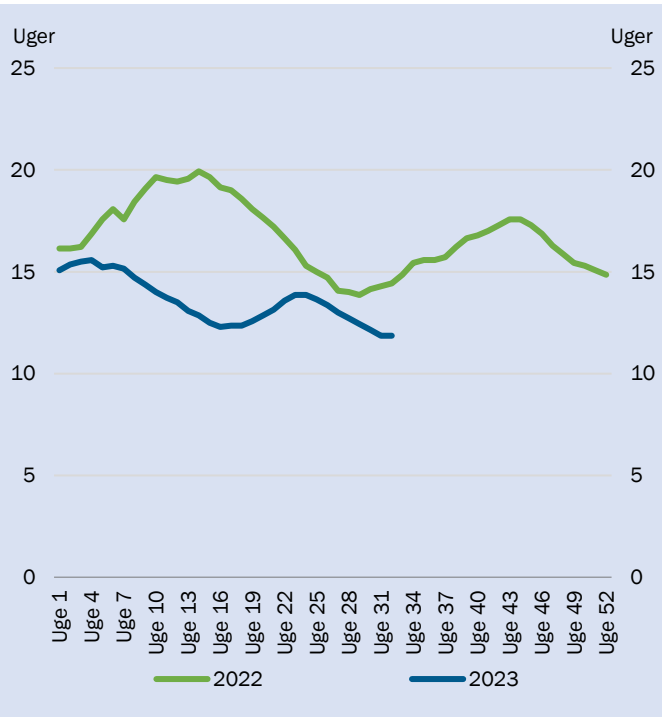
Kilde: Landspatientregistret, august 2023.



**Figur 24 - Forventede ventetider - Galdesten - 7 ugers glidende gennemsnit**



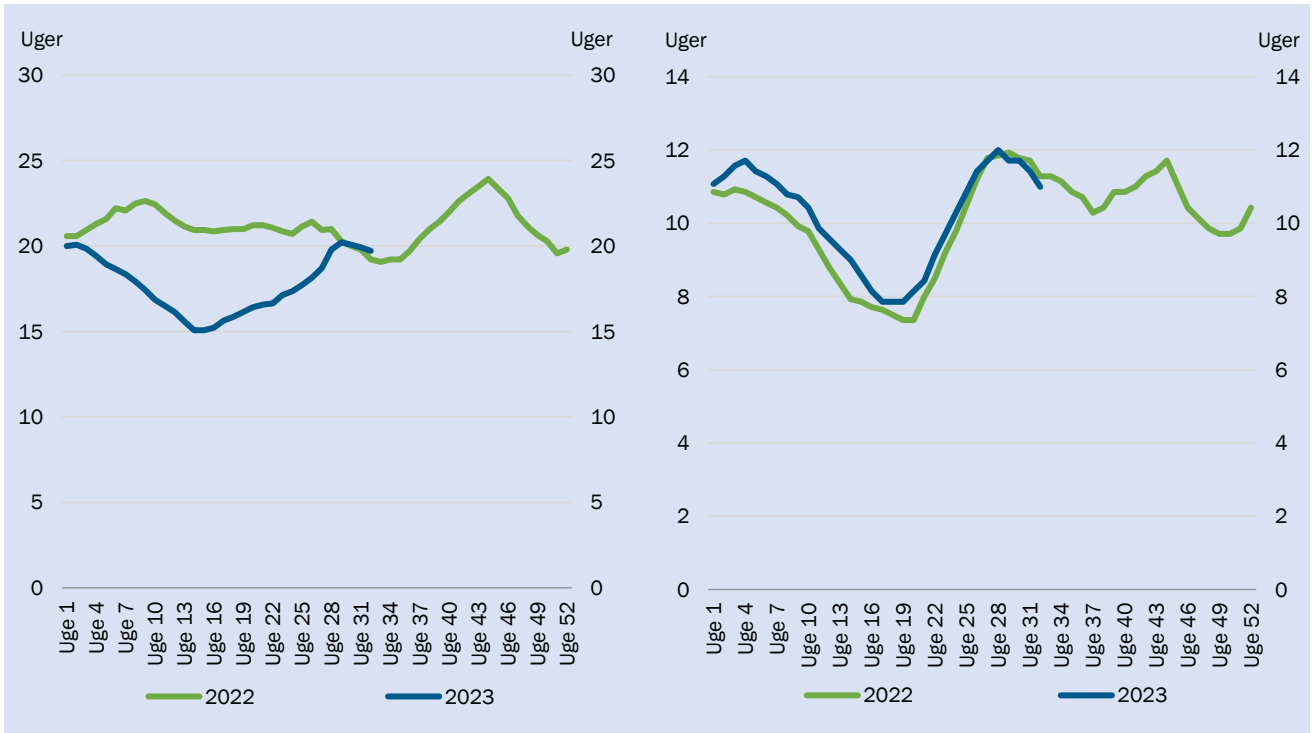
**Figur 25 - Forventede ventetider - Kunstig hofte - 7 ugers glidende gennemsnit**



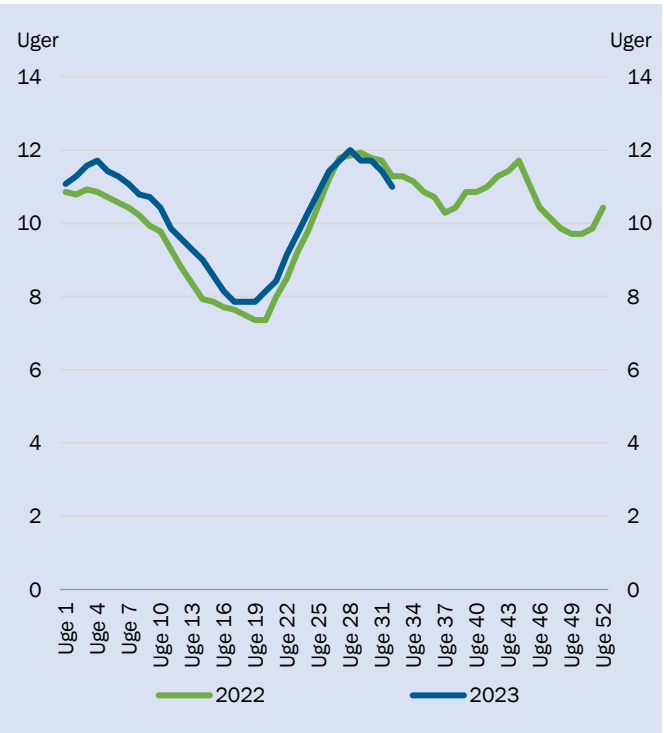
Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige ventetid på mediansygehuse for årene 2022 og 2023.

Kilde: Mitsygehusvalg.dk, august 2023.

**Figur 26 - Forventede ventetider - Kunstigt knæ - 7 ugers glidende gennemsnit**



**Figur 27 - Forventede ventetider - Meniskoperation - 7 ugers glidende gennemsnit**



Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige ventetid på mediansygehuse for årene 2022 og 2023.

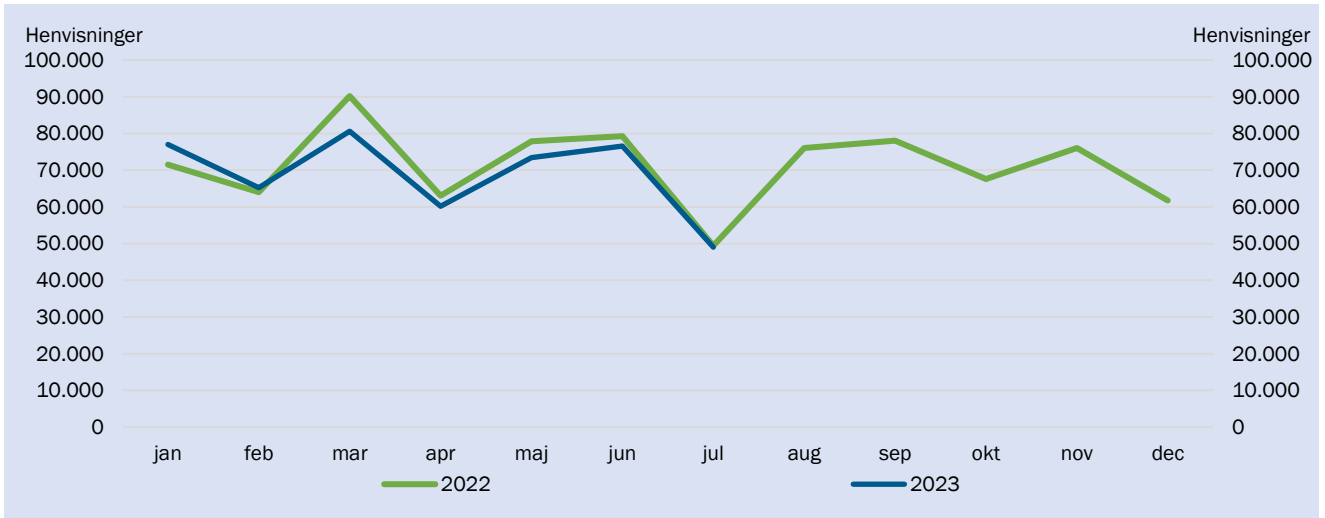
Kilde: Mitsygehusvalg.dk, august 2023.



## Kapitel 5: Patientrettigheder

Dashboard d. 04. september 2023

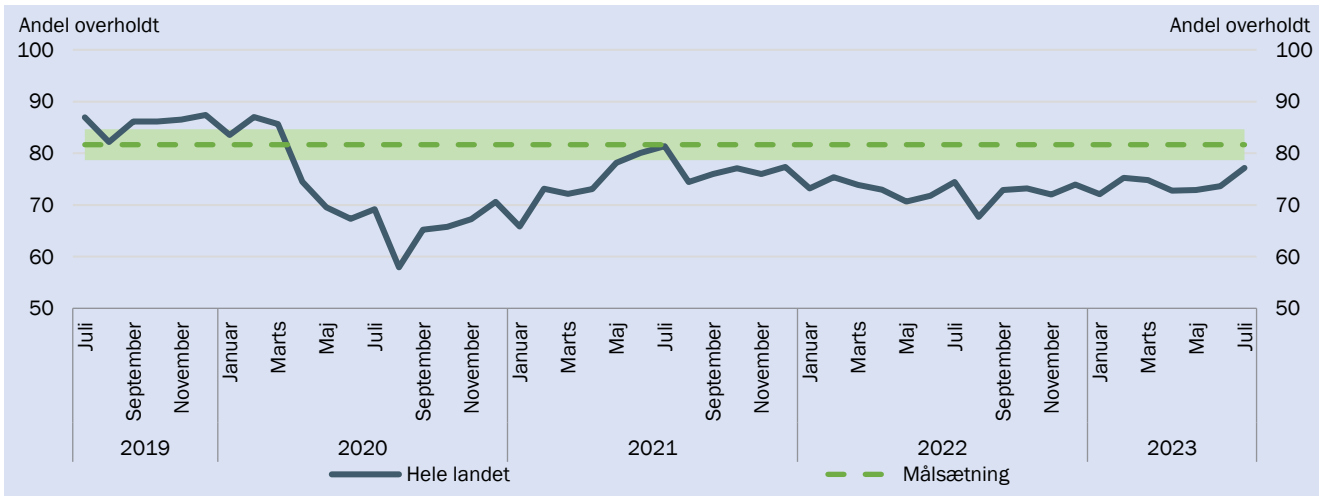
**Figur 28 - Antal nyhenvisninger til somatisk udredning - Landsplan**



Anm.: Antallet af henvisninger til udredning på månedsintervaller for 2022 og 2023 samt gns. årsniveau.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Figur 29 - Overholdelse af udredningsretten (opgjort på månedsbasis) - Landsplan**



Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, august 2023.

**Tabel 8 - Andelen af overholdte udredningsforløb i somatikken - Regionsfordelt - Pct.**

	Gnm. 2018 og 2019	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	79%	82%	81%	81%	84%	85%	83%
Region Midtjylland	84%	67%	66%	64%	64%	63%	61%
Region Nordjylland	94%	92%	80%	85%	85%	90%	90%
Region Sjælland	79%	73%	74%	75%	77%	77%	75%
Region Syddanmark	82%	65%	63%	62%	64%	64%	67%
Hele landet	83%	74%	72%	71%	73%	74%	73%

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det gælder også i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.

**Tabel 9 - Gennemsnitlig forløbstid for udredningsretten i somatikken - Regionsfordelt - Dage**

	Gnm. 2018 og 2019	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	49	42	43	46	44	43	44
Region Midtjylland	38	58	58	62	64	64	65
Region Nordjylland	42	54	48	56	58	58	59
Region Sjælland	49	68	65	69	69	65	63
Region Syddanmark	46	67	67	69	69	70	66
Hele landet	45	58	57	60	61	60	59

Anm.: Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Det gælder også i Region Syddanmark (primo oktober 2021), hvorfor regionens tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning.

Kilde: Egne beregninger pba. data fra Landspatientregistret, marts 2023.

## Kapitel 6: Kræftpakker

### Standardforløbstider

Sundhedsstyrelsen følger bl.a. standardforløbstider på kræftområdet i regi af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet, hvor de også løbende er i dialog med regionerne. Link til seneste rapport kan findes her: [Monitorering af forløbstider paa kræftområdet 4. kvartal 2022 - Sundhedsstyrelsen](#)

Standardforløbstiderne i pakkeforløb for kræfter faglige rettesnore for tidsforbruget i et standardforløb. Konkrete forhold som anden betydende sygdom, særligt komplicerede forløb eller patientens egne præferencer kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden.

Det er derfor ikke forventeligt, at standardforløbstiderne kan opfyldes for alle patienter i alle pakkeforløb for kræft. Det kan være fagligt relevant og nødvendigt, at forløbstiden er længere for nogle patienter, ligesom patientens egne præferencer kan betyde, at standardforløbstiden afviges.

**Tabel 10 - Andelen af overholdte standardforløbstider på kræftområdet - Regionsfordelt - Pct.**

	1. Kvartal 2020	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Region Hovedstaden	82%	80%	72%	74%	79%	79%	74%
Region Midtjylland	78%	80%	77%	81%	77%	77%	80%
Region Nordjylland	78%	87%	88%	88%	86%	87%	87%
Region Sjælland	74%	76%	64%	68%	70%	72%	66%
Region Syddanmark	86%	82%	76%	79%	81%	82%	79%
Hele landet	80%	81%	74%	77%	79%	79%	77%

Anm.: Tabellen viser antallet overholdte standardforløbstider på kræftområdet. Opgørelsen er baseret på stationære tal.

Kilde: Landspatientregistret, august 2023.



## Kapitel 7: Kapacitet

Dashboard d. 04. september 2023

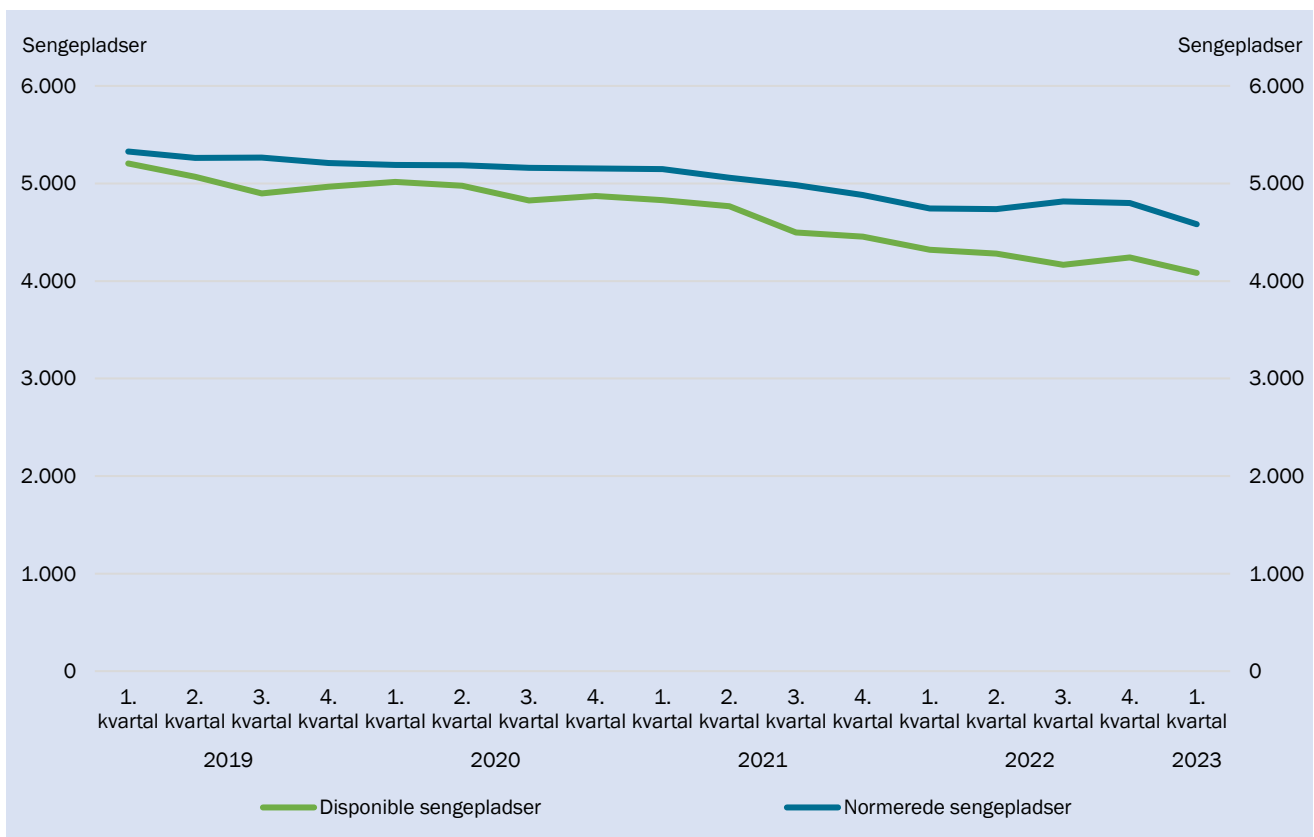
Tabel 11 - Kapacitet (intensiv)

	4. Kvartal 2021	1. Kvartal 2022	2. Kvartal 2022	3. Kvartal 2022	4. Kvartal 2022	1. Kvartal 2023	2. Kvartal 2023
Kapacitet	415	387	378	369	374	375	382
Antal patienter	307	269	228	212	226	224	210
Kapacitetsudnyttelse	74%	70%	60%	58%	60%	59%	55%

Anm.: Tabellen viser kapacitetsudnyttelsen og kapacitet (det gennemsnitlige antal disponible sengepladser i kvartalet og gennemsnitlige antal daglige indlagte i kvartalet).

Kilde: Særlige indberetninger fra regionerne til SSI

Figur 30 - Udvikling i normerede og disponible medicinske sengepladser



Anm.: Figuren viser udviklingen i normerede og disponible medicinske sengepladser for 2019-2022.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, august 2023.



## Kapitel 8: Personale

Dashboard d. 04. september 2023

**Tabel 12 - Antal fuldtidsbeskæftigede i den regionale sektor fra januar 2022 – januar 2023**

Fuldtidsbeskæftigede	Januar 2022	Januar 2023	Ændring i pct.
Alle ansatte i regionerne	125.688	123.757	-2%
Ergoterapeuter	1.222	1.256	3%
Fysioterapeuter	1.833	1.862	2%
Jordemødre	1.521	1.569	3%
Lægeseekretærer	7.155	7.092	-1%
Overlæger	5.378	5.053	-6%
SOSU	6.902	6.971	1%
Bioanalytikere	4.406	4.310	-2%
Sygeplejersker	33.009	32.283	-2%
Yngre læger	12.160	12.286	1%

Anm.: Elever, fleksjobbere, ekstraordinært ansatte og timelønnede indgår ikke i data.

Kilde: Danske Regioner, august 2023.



<b>Bilag Titel:</b>	<b>Nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling i sundhedsvæsenet</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>13</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

OVERSIGTSBILLEDE

**NUVÆRENDE MULIGHEDER  
OG BEGRÆNSNINGER FOR  
DATADELING TVÆRREGIONALT  
OG PÅ TVÆRS AF SEKTORER**

## **Nuværende muligheder og begrænsninger for datadeling tværregionalt og på tværs af sektorer**

Sundhedsdata er i dag en fundamental del af sundhedsvæsenets opgaveløsning og en forudsætning for den service, som medarbejderne hver dag leverer til borgerne.

Behovet for at bruge data og fremme datadeling forstørres af det stigende antal digitale løsninger og teknologier i det danske sundhedsvæsen. Løsninger som er helt centrale for omstillingen til et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen, der er nødvendigt for, at vi kan fastholde og styrke et stærkt sundhedsvæsen i Danmark – i en tid hvor patienterne bliver flere, og arbejdskraften på sundhedsområdet ikke tilsvarende kan følge med.

Sundhedsdata er og bliver et vigtigt fundament for den viden, som en læge eller anden sundhedsperson har om den enkelte patient. Deling af sundhedsdata på tværs af regioner og sektorer bidrager til, at sundhedspersoner kan træffe de kvalitetsmæssigt rigtige valg for patienten på en smart og potentielt også tidsbesparende måde.

Samtidig er det en vigtig indsigt for arbejdsgruppen, at dét, der er afgørende, er at have den rette data tilgængelig på rette tid og sted – og i et overskueligt format. Målet er altså ikke at dele så meget data som muligt, men i stedet at dele netop de oplysninger, som er relevante for den konkrete aktør i den specifikke situation.

## Om oversigtsbilledet

Oversigtsbilledet over de nuværende muligheder og begrænsninger, i forhold til datadeling tværregionalt og på tværs af sektorer, er udarbejdet af den politiske arbejdsgruppe om digitalisering og datadeling, som er nedsat af Danske Regioners bestyrelse.

Oversigtsbilledet fremhæver væsentlige forhold vedrørende datadeling i sundhedsvæsenet. Der er således ikke tale om en fuldstændig kortlægning af samtlige datadelingsproblemstillinger. Oversigtsbilledet er afgrænset til at omhandle datadeling i forhold til primær brug af data – altså datadeling i relation til patientbehandling.

I tillæg til oversigtsbilledet findes en række faktaark om de beskrevne temaer.

Når arbejdsgruppen kigger på datadeling på tværs af sektorer, er der hovedsageligt fokus på hospitaler, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen har i denne sammenhæng haft fokus på særligt juridiske, tekniske, praktiske, organisatoriske og kompetencemæssige barrierer og muligheder, hvilket er afspejlet i oversigtsbilledet.

## Inddragelse af interessenter

Oversigtsbilledet tager udgangspunkt i eksisterende viden om datadeling i sundhedsvæsenet. Arbejdsgruppen har derudover aktivt inddraget en række interessenter, som har kvalificeret og nuanceret arbejdsgruppens indsigter. Inddragelsen af interessenter er sket løbende på arbejdsgruppens ordinære møder samt ved en større rundbordssamtale den 12. januar 2023.

## Målgrupper og personaer

Danske Regioners bestyrelse har fremhævet følgende målgrupper som særligt relevante i forhold til datadeling tværregionalt og på tværs af sektorer: Patienter, der går på tværs af sektorer, patienter med psykiatriske diagnoser, socialt udsatte og travle fuldtidsbeskæftigede.

Med hjælp fra Syddansk Sundhedsinnovation har Danske Regioner fået udarbejdet fem personaer, som flugter med målgrupperne udpeget af bestyrelsen. Personaerne er fiktive patientcases, som er formuleret ud fra eksisterende viden om forskellige patientgrupper. Formålet med personaerne er at konkretisere og tydeliggøre de begrænsninger, der opleves i sundhedsvæsenet i forhold til datadeling.

## Hvad er sundhedsdata?

Sundhedsdata er de oplysninger om en borgers helbred, der registreres, når patienten er i kontakt med sundhedsvæsenet. Sundhedsdata består af mange forskellige former for registreringer f.eks. journalnotater, svar på blodprøver, diagnoser, røntgenbilleder mv.

Sundhedsdata bruges til mange formål, herunder til behandling af patienter, forskning og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

### Forskellen mellem primær og sekundær brug af sundhedsdata

Anvendelse af sundhedsdata opdeles i to kategorier: Primær brug af sundhedsdata og sekundær brug af sundhedsdata.

Ved *primær brug* af sundhedsdata forstås, at sundhedspersoner anvender borgers individuelle sundhedsdata i et konkret behandlingsforløb af borgeren selv.

Ved *sekundær brug* af sundhedsdata forstås, at der indsamles en stor mængde individuelle sundhedsdata vedrørende samme form for behandling, prøvesvar m.v. Mængden af de indsamlede sundhedsdata anvendes herefter i større skala, for eksempel i forsknings- eller kvalitetsøjemed.

Arbejdsgruppen har hovedsagligt beskæftiget sig med muligheder og barrierer ved primær brug af sundhedsdata.

### Fælles patienter i sundhedsvæsenet

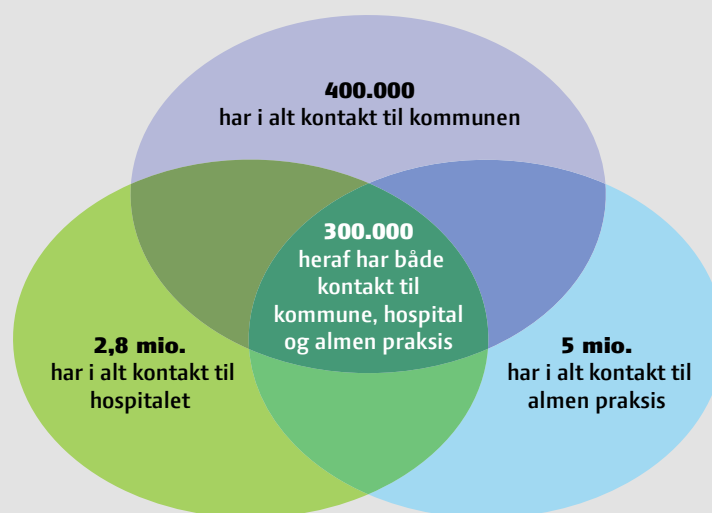
Muligheder og begrænsninger for datadeling i sundhedsvæsenet kan opleves meget forskelligt. Oplevelsen kan for eksempel afhænge af, hvilken rolle man har i patientforløbet (patient, pårørende, sundhedsperson), hvilke kompetencer og ressourcer man har, og hvor komplekst eller alvorligt sygdomsforløbet er.

Mere end halvdelen af alle patientforløb går på tværs af mindst to af de tre sektorer: Hospital, almen praksis og kommune, mens det kun er i fire procent af forløbene, hvor patienten behandles i to eller flere regioner (Kilde: LPR, 2018).

Datadeling er særligt vigtigt for de ca. 300.000 mennesker, der hvert år behandles både i hospitalsregi og i almen praksis samt modtager kommunale indsatser. Der er især tale om tre patientgrupper: Ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug.

Det er helt essentielt for både patienter og sundhedsfaglige samt for kvaliteten af behandlingen, at sundhedspersoner har adgang til relevante sundhedsdata om patienten, uanset hvor de møder dem i deres behandlingsforløb. Fungerer datadelingen ikke, kan patienter og pårørende have oplevelsen af at "blive tabt" i sektorovergangene eller opleve selv at skulle være ansvarlig for at bære information fra den ene sundhedsperson til den anden. Det kan også give dem en oplevelse af, at de "starter forfra", hver gang de taler med en ny sundhedsperson.

## Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2022

Figuren viser antallet af borgere i Danmark med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer (tal fra 2022).

Overlappet af boblerne illustrerer de patienter, som har kontakt til flere sektorer i løbet af et år. Tallene viser dog ikke, om kontakten til de forskellige sektorer sker som en led i det samme behandlingsforløb.

Som det fremgår, har cirka 300.000 borgere kontakt til alle tre sektorer. Dette svarer til cirka 5 pct. af befolkningen.

### Forudsætninger for datadeling

Tillid, tryghed, transparens og kompetencer er afgørende forudsætninger for deling af data i sundhedsvæsenet. Borgerne skal kunne have tillid til, at deres sundhedsdata ikke deles uretmæssigt. Samtidig bør borgerne have trygheden i at vide, at de relevante sundhedsaktører har adgang til relevante og nødvendige data – og bruger dem – også på tværs af sektorskel.

Transparensen skal blandt andet sikres ved, at borgerne kan se, hvilke oplysninger der er registreret om dem, og hvem der har set oplysningerne (via logning). For borgerne kan det være utrygt og uforståeligt, at man kun har fuld adgang til journaloplysninger fra hospitalerne, men ikke har adgang til journaloplysninger fra almen praksis eller de kommunale omsorgssystemer ét og samme sted.

For både borgere og sundhedspersoner er det en særlig vigtig forudsætning, at de har kompetencerne til at benytte de digitale løsninger til datadeling. Det kræver, at de klædes på med den rette viden gennem opkvalificering, ligesom det kræver, at de digitale løsninger er brugervenlige og intuitive.

## Hvad må man? – juridiske rammer for datadeling i sundhedsvæsenet

En grundlæggende forudsætning for at dele sundhedsdata er, at man har lov til det.

I dette afsnit beskrives de lovgivningsmæssige muligheder og begrænsninger for deling af sundhedsdata ved primær brug.

Kort fortalt giver sundhedsloven mulighed for at dele relevante sundhedsoplysninger om en patient i aktuel behandling. Det opleves dog som en barriere, at det kun i begrænset omfang er muligt at dele data på tværs af områder reguleret af henholdsvis sundhedsloven og serviceloven.

### Lovgivningsmæssige muligheder i dag

Når vi taler om de sundhedsdata, som sundhedspersoner bruger til borgerens individuelle behandling (primær brug), giver sundhedsloven mulighed for, at sundhedspersoner uden samtykke kan se og dele (indhente eller videregive) en patients sundhedsdata med andre relevante sundhedspersoner. Dette gælder alene for sundhedspersoner, som er involveret i patientens aktuelle behandlingsforløb. Man må også kun indhente eller videregive sundhedsdata, hvis det er nødvendigt for den aktuelle behandling af patienten.

I denne sammenhæng omfatter ordet behandling både undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning og forebyggelse mm samt det, der sætter en læge i stand til at fremme helbredelse af skader og sygdomme. Der er således tale om en bred forståelse af ordet behandling. Sundhedslovens bestemmelser om deling (videregivelse eller indhentning) af sundhedsdata giver også mulighed for at dele oplysninger på tværs af regioner og sektorer, herunder mellem regioner, kommuner og praksissektoren, i det omfang datadelingen vedrører behandling af en patient, hvor behandlingsforløbet går på tværs.

## Lovgivningsmæssige begrænsninger for datadeling i dag

### *Datadeling i forhold til forebyggelse*

Behovet for, at data gøres mere tilgængelige på tværs af myndighedsområder, er steget i takt med den igangværende opgaveglidning - blandt andet med den øgede forebyggelsesindsats i forhold til danskernes sundhed.

Kravet om, at der skal være tale om aktuel behandling, rejser dog særligt i forhold til forebyggelse spørgsmålet om, hvad rækkevidden af "aktuel behandling" er.

I hvilket omfang kan en sundhedsperson indhente helbredsoplysninger mm uden patientens samtykke med henblik på at vurdere, om patienten kan have behov for tilbud om forebyggende sundhedsfaglig behandling?

Det kan man, hvis der er tale om forebyggende behandlingstiltag i forhold til den sygdom, patienten er i aktuel behandling for. Og det må ligeledes antages, at man i et vist omfang uden samtykke vil kunne indhente og videregive oplysninger i forbindelse med forebyggende behandlingstiltag i forhold til kendte hyppige følgesygdomme hos patienter med kroniske lidelser. Det er imidlertid usikkert, hvor grænsen går.

Hvis patienten ikke er i aktuel behandling, kan en sundhedsperson, for eksempel en kommunalt ansat sygeplejerske, ikke uden samtykke indhente helbredsoplysninger mm med henblik på eventuel fremtidig forebyggende patientbehandling. Det samme gælder, hvis der er tale om en mere generel borgerrettet tværregional og kommunal forebyggelsesindsats, som for eksempel besluttes i de nye sundhedsklynger.

### *Datadeling mellem sundhedsvæsen og det sociale område*

Som udgangspunkt kan der ikke uden samtykke udveksles data på tværs af ydelsesområder, som er reguleret af henholdsvis sundhedsloven og serviceloven.

Datadeling er dog altid muligt med borgerens samtykke, hvilket ofte benyttes i praksis. Borgeren har ligeledes mulighed for at spærre for deling af oplysninger.

Foranlediget af behovet for *aftaledeling* i forbindelse med *Et Samlet Patientoverblik*, blev det dog med en lovændring i 2022 muligt for kommunerne uden borgerens samtykke at videregive oplysninger om borgerens aftaler om visse ydelser efter serviceloven til *Et Samlet Patientoverblik*.

Formålet er at undgå dobbeltbookinger af aftaler og u hensigtsmæssig planlægning. Det gælder for eksempel oplysninger om aftaler om forebyggende hjemmebesøg, personlig hjælp og pleje, praktisk hjælp i hjemmet, rehabilitering, aflastning og genoptræning. Samtidig er der en fælles forståelse mellem stat, kommuner og regioner om, at der løbende bør kigges på, om det skal være muligt at dele flere oplysninger på tværs af sundhedsområdet og socialområdet.

Den begrænsede mulighed for datadeling uden samtykke mellem sundhedsvæsenet og det sociale område fremhæves af både interessenter og arbejdsgruppen som den største og mest væsentlige barriere for hensigtsmæssig brug af sundhedsdata på tværs af sektorer.

Der er således ikke hjemmel i sundhedsloven til, at kommunalt ansatte, der udfører opgaver efter serviceloven, kan få adgang til at indhente helbredsoplysninger. Hvis kommunen for eksempel skal vurdere, om en borger skal visiteres til en aflastningsplads, et ophold på bosted eller hjemmepleje, kan kommunen ikke uden samtykke få adgang til borgerens helbredsoplysninger, selvom de er relevante for kommunens vurdering.

Omvendt kan sundhedsvæsenet (hospital og praksissektor) som udgangspunkt heller ikke



uden samtykke få adgang til oplysninger, som relaterer sig til servicelovsydelser. Hvis for eksempel en plejehjemsbeboer bliver bragt til akutmodtagelsen, kan akutmodtagelsen ikke uden videre få adgang til oplysninger fra plejehjemmet om patientens plejemæssige forhold, der kan have betydning for vurderingen af patientens tilstand og hvilken behandling, der skal iværksættes.

På det psykiatriske område er der en særlig hjemmel i psykiatriloven til, at sociale myndigheder og sundhedspersoner m.fl. uden samtykke kan drøfte patientens forhold, når det må anses for nødvendigt for at kunne indgå og følge op på overholdelsen af udskrivningssaftaler og koordinationsplaner. Disse udarbejdes i forbindelse med patientens udskrivelse som en koordineret indsats vedrørende de fortsatte behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

#### *Usikkerhed om hvad man må*

Sundhedspersoner på tværs af sektorerne kan være usikre på, hvilke data de har lov til at se. Bekymringen for uforvarende at komme til at se data, som man ikke har lov til at se, kan derfor afholde nogle fra at tilgå data. Usikkerheden kan både bunde i, at der er forskellig tolkning af lovgivningen på tværs af myndighederne, og at de enkelte sundhedspersoner ikke føler sig godt nok oplyst om, hvad de rent faktisk har lov til.

#### *Beskyttelse af medarbejdernes identitet*

Interessenterne har desuden fremhævet den manglende mulighed for sløring eller blokering af medarbejdernes navne som en barriere for brug af - og dermed deling af sundhedsoplysninger.

Hvis medarbejderne er bekymrede for truende, chikanerende eller voldelig adfærd fra en borger, kan det helt afholde dem fra at tilgå borgerens sundhedsoplysninger, så de dermed undgår, at borgeren får oplysninger om deres navn - for eksempel via logvisningen på sundhed.dk.

Interessenterne efterspørger hurtig handling af hensyn til medarbejdernes tryghed og sikkerhed.

#### **Barriereanalyse i sundhedsreformen**

I forbindelse med aftale om sundhedsreform i 2022, er det aftalt, at der skal gennemføres en analyse af de juridiske barrierer for datadeling, som både inkluderer problematikken om deling af data på tværs af sundhedslov og servicelov samt adresserer usikkerheden i forhold til fortolkningen af lovgivningen (se tekstboks). Barriereanalysen er igangsat i 2. kvartal 2023.

## Mulige løsninger

Som mulige løsninger blev det af interessenter og arbejdsgruppe foreslået at:

- Sammenskrive (dele af) sundhedsloven og serviceloven
- "Flytte" nogle ydelser fra servicelov til sundhedslovområdet.
- Problematikken om datadeling på tværs af sundhedsloven og serviceloven bør indgå som et tema i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde
- Oplyse medarbejderne bedre om, hvad de må i forhold til datadeling

Foruden ovenstående løsningsforslag fra interessenter og arbejdsgruppen, arbejder Danske Regioners bestyrelse for at finde en løsning til sløring af medarbejdernes navne i tilfælde, hvor det vurderes nødvendigt i forhold til medarbejdernes tryghed og sikkerhed.

### Sundhedsreform – barrierer for datadeling

*"Aftalepartierne er også enige om på baggrund af allerede udarbejdede afdækninger at analysere fortsatte barrierer for, at flere relevante oplysninger kan deles smidigt og sikkert på tværs af kommuner, regioner og almen praksis i takt med, at de digitale løsninger videreudvikles. Der skal herunder ses på barrierer og muligheder for at dele oplysninger på tværs af forskellige lovgivninger som servicelov og sundhedslov. Arbejdet skal ske i tæt samarbejde med regioner og kommuner, så der tages udgangspunkt i de barrierer for datadeling, som opleves i sundhedsvæsenet, og så der blandt parterne opnås en større sikkerhed for anvendelse af reglerne i praksis. Det skal give borgerne tryghed for både, hvem der har adgang til deres sundhedsdata, og at oplysningerne deles." – Aftale om sundhedsreform, maj 2022*

## Hvad kan man? - Praktiske og tekniske rammer for datadeling

I dette afsnit beskrives muligheder og begrænsninger for datadeling, som knytter sig til de praktiske og tekniske rammer for datadeling.

Kort fortalt deles der i vid udstrækning sundhedsdata i dag – både på tværs af regioner og på tværs af sektorer. Dog efterspørges der særligt: Mere datadeling fra almen praksis og kommunerne, mere tidstro opdatering af data samt en bedre brugervenlighed med mere intuitive og konteksttilpassede løsninger. Herudover er der bred enighed om, at der er behov for at "implementere i bund" for at udnytte de eksisterende løsninger til datadeling bedst muligt.



## Centrale løsninger til understøttelse af datadeling

### *Sundhedsjournalen*

I Sundhedsjournalen på sundhed.dk findes blandt andet: Journalnotater og epikriser fra alle offentlige sygehuse og et stigende antal privathospitaler, laboratoriesvar, billedbeskrivelser, oplysninger om lægemiddelallergi eller intolerance (Cave), hjemmemålinger, Fælles medicinkort (FMK), vaccinationer, aftaler og stamkort. Regionernes sundhedspersonale, praktiserende læger, speciallæger og privathospitaler har adgang til Sundhedsjournalen, ligesom kommunerne fra 2022 har haft mulighed for at etablere adgang via en knapløsning i deres eget fagsystem. Borgerne har haft adgang til Sundhedsjournalen på sundhed.dk fra den blev implementeret i 2013. Hvis man har en fuldmagt, kan man desuden se helbredsoplysninger for pårørende.

### *MedCom-kommunikation*

Samtlige sygehuse, laboratorier, kommuner, apoteker og ydere i praksissektoren anvender rutinemæssigt MedCom-kommunikation i det daglige samarbejde. MedComs standarder er indarbejdet i mere end 150 it-systemer, og der udveksles månedligt ca. 6,5 millioner MedCom-standarder mellem parterne – f.eks. henvisninger, genoptræningsplaner, fødselsanmeldelser, laboratoriesvar og beskeder om udskrivinger og indlæggelser. Meddelelserne sikrer overdragelse af patientansvaret i forbindelse med sektorovergange mellem praksissektor, kommuner og sygehuse og er derfor en væsentlig forudsætning for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen med effektive arbejdsgange.

### *Et Samlet Patientoverblik*

Et Samlet Patientoverblik omfatter i første omgang af en aftaleoversigt og et fælles stamkort. Aftaleoversigten giver borgere, pårørende (ved fuldmagt) og sundhedsfaglige på tværs af sundhedsvæsenet overblik over alle borgerens aftaler med aktører i sundhedsvæsenet. Det fælles stamkort giver borgeren mulighed for at indtaste stamoplysninger, som bliver tilgængelige for sundhedsfaglige. Aftaleoversigten og stamkortet forventes færdigimplementeret i 2023. I de kommende år er det aftalt, at Et Samlet Patientoverblik skal udbygges med patientens planer, som indeholder diagnoser, aktiviteter og mål.

### *Fælles Telemedicinsk Infrastruktur (FUT)*

FUT-infrastrukturen og de tilhørende apps understøtter muligheden for hjemmebehandling. Via den telemedicinske infrastruktur kan der deles data i realtid mellem aktører på tværs af sektorer – f.eks. spørgeskemaer og vitale data, såsom iltmålinger og blodtryk, som er indsamlet via udstyr i borgerens eget hjem. Sundhedspersoner på tværs af sektorer kan dermed holde øje med borgerens helbredstilstand og reagere, hvis der pludseligt er forværring. Derudover kan borgeren også selv følge sin egen udvikling ved hjælp af grafer og tabeller samt kommunikere med klinikerne ved hjælp af beskeder.

### *National Serviceplatform (NSP)*

Den Nationale serviceplatform (NSP) er en platform og grundlæggende infrastruktur, som gør det muligt at dele sundhedsdata på tværs af hele sundhedsvæsenet. NSP udstiller sundhedsdata fra mere end 40 forskellige kilder, fra en række stamdataregistre, som CPR-registret og autorisationsregistret, samt fra fællesoffentlige it-løsninger som det Fælles Medicinkort (FMK), Aftaleoversigt og Fælles Stamkort. NSP stiller endvidere en række sikkerhedsservices til rådighed for hele sundhedsvæsenet i forhold til adgang, autentificering og logning.

## Praktiske muligheder for datadeling i dag

Sundhedsvæsenet er i dag i vid udstrækning digitalt og deler i vid udstrækning data blandt andet via MedCom-kommunikation, FMK, Sundhedsjournalen på sundhed.dk og Et Samlet Patientoverblik.

Et af de bærende fundament for datadelingen i sundhedsvæsenet er Sundhedsjournalen på sundhed.dk. Sundhedsjournalen giver en samlet udstilling af sundhedsoplysninger for både sundhedspersoner, patienter og pårørende med fuldmagt – både på tværs af regioner og delvist på tværs af sektorer. Regionerne udstiller bl.a. journaldata fra sygehusene, mens der ikke findes journaloplysninger fra de praktiserende læger eller oplysninger fra kommunernes fagsystemer (foruden udvalgte aftaler).

I det følgende opridses datadelingen i sundhedsvæsenet i hovedtræk.

### *Sundhedspersonale på hospitalerne*

Er borgeren henvist af egen læge eller speciallæge, har hospitalet modtaget en række relevante oplysninger i henvisningen. Læger, sygeplejersker m.fl. kan se, indtaste og redigere oplysninger på patienter, som de har i aktuel behandling, i regionens egne systemer – herunder EPJ-systemet (elektronisk patientjournal). Sundhedspersonale kan desuden via Sundhedsjournalen på sundhed.dk se, men ikke redigere, data om patienten fra de øvrige regioner samt fra en række privathospitaler og speciallæger. Her kan ses både elektroniske patientjournaler, laboratoriesvar, medicin- og vaccinationsoplysninger, evt. hjemmemålinger fra telemedicinsk udstyr og allergier.

I Fælles Medicinkort (FMK) kan sygehusets personale se et overblik over patientens aktuelle medicin. Når borgeren udskrives, laves en epikrise (udskrivningsnotat), som sendes til patientens egen læge. I en epikrise fremgår der en række data f.eks. stamdata, anbefalinger til opfølgning, resume af behandlingsforløbet, patientaftaler, medicinoplysninger og -liste, forebyggende eller sundhedsfremmende plan samt overblik over ikke-afsluttede/planlagte undersøgelser og henvisninger. Til kommunerne sendes en advisering ("advis") om, at patienten er udskrevet. Nogle patienter har desuden behov for, at der laves genoptræningsplaner, rehabiliteringsplaner eller henvisninger til andre dele af sundhedsvæsenet.

### *Hjemmepleje, sygepleje, sociale tilbud, genoptræningsenheder m.fl. i kommunen*

Når en borger bliver udskrevet fra sygehuset, deles en række informationer fra sygehuset med kommunen, hvis borgeren har et forløb i kommunen. For eksempel modtager plejehjem eller hjemmepleje/sygepleje en plejeforløbsplan, melding om færdigbehandling og en udskrivningsrapport fra sygehuset. Undervejs i indlæggelsen kan kommunen, ligesom egen læge, kommunikere med sygehuset via såkaldte korrespondancemeddelelser. Personalet kan også se, hvilken medicin borgeren skal have via Fælles Medicinkort (FMK), som opdateres, så snart borgeren udskrives fra hospitalet. Hvis det er relevant, får kommunen tilsendt en genoptræningsplan med informationer om behandling/operation på hospitalet samt sygehusets vurdering af borgerens behov for genoptræning. Hvis der er tale om en fødsel, kan sundhedsplejersken se fødselsanmeldelsen.

Kommunerne har i 2022 fået mulighed for at tilgå Sundhedsjournalen via deres eget fagsystem. Dermed kan kommunale sundhedspersoner med en behandlingsrelation til patienten se de relevante patientoplysninger, som stilles til rådighed i Sundhedsjournalen. Det betyder, at kommunale sundhedspersoner får hurtigere og mere korrekt viden, samt at de kan igangsætte indsatsen for borgeren omgående. Det er dog ikke alle kommuner, der har implementeret adgangen fra eget system til Sundhedsjournalen.

### *Egen læge (almen praksis)*

Når en patient udskrives fra sygehuset, får egen læge som nævnt tilsendt en epikrise fra sygehuset. Lægen har adgang til patientens medicinstatus via Fælles Medicinkort (FMK), og lægen kan også selv ændre i patientens medicin på FMK. Hvis lægen har behov for at komme i kontakt med den afdeling, som patienten er behandlet på, kan lægen sende en korrespondancemeddelelse. Denne meddelelse skal besvares af sygehuset inden for tre dage. Lægen kan ligeledes se i epikrisen, om patienten er henvist til for eksempel speciallæge, fysioterapeut m.m. Derudover har egen læge mulighed for at tilgå journaloplysninger fra patientens kontakt med hospitalet i Sundhedsjournalen.

Almen praksis bruger deres eget praksissystem til at føre journal for patienternes behandling hos dem. Der kommer aktuelt ikke data direkte fra lægepraksissystemerne til Sundhedsjournalen, men almen praksis har en række indirekte dataleverancer. I Sundhedsjournalen kan man se, hvilken medicin de har ordineret til deres patienter via det Fælles Medicinkort (FMK). Dertil kan man se laboratoriesvar på prøver, som er bestilt af almen praksis og analyseret på et sygehuslaboratorium. Man kan ikke se journaloplysninger fra almen praksis i Sundhedsjournalen. Hvis en borger vil have indsigt i egen journal, kan borgeren bede om aktindsigt.

### *Borgeren selv*

Borgere i Danmark har en række muligheder for at se egne sundhedsdata via forskellige platforme. Den mest centrale dataudstilling fra sundhedsvæsenet til borgere er Sundhedsjournalen via sundhed.dk, som giver et sammenhængende overblik over borgerens sundhedsdata: Elektroniske patientjournaler på tværs af sygehuse, laboratoriesvar, medicin- og vaccinationsoplysninger, hjemmemålinger fra telemedicinsk udstyr, eventuelle lægemiddelallergier og beskrivelser af røntgenbilleder mm. Mange af disse oplysninger kan borgeren også tilgå igennem apps som MinSundhed, Min Læge eller i borgerrettede apps fra de enkelte regioner.

Borgeren har mulighed for at administrere andres adgang til deres sundhedsoplysninger på sundhed.dk. Det vil sige, at de kan privatmarkere eller spærre for deling af (visse) oplysninger. Det gælder for Medicinkortet (borgervisningen af FMK), journal fra sygehus, aftaler og stamkort.

### **Praktiske barrierer for datadeling**

Som tidligere beskrevet er det i vid udstrækning lovligt for sundhedspersoner at se og dele sundhedsdata som led i et aktuelt behandlingsforløb. Det er dog ikke altid praktisk muligt at dele eller tilgå alle relevante oplysninger – og nogle gange sker dette heller ikke på en nem, hurtig og brugervenlig måde.

### *Mere datadeling på tværs af sektorer*

Flere interessenter, herunder både repræsentanter fra de faglige organisationer og Danske Patienter, har i dialogen med arbejdsgruppen peget på, at det er en væsentlig barriere og et problem for datadelingen, at borgerne ikke har den samme indsigt i hvilken data, der er registreret hos for eksempel kommuner og almen praksis, som de har med data fra det øvrige sundhedsvæsen. Det blev i denne sammenhæng understreget, at patienterne gerne ser, at der deles flere data, og at det er en udfordring for borgernes tillid, at de ikke har denne indsigt i dag.

Det efterlyses desuden, at flere data deles mellem aktørerne i sundhedsvæsenet – Det er således en udfordring, at særligt data fra almen praksis og kommunerne, men også fra

speciallæger, fysioterapeuter m.fl. ikke fremgår på Sundhedsjournalen.

Der er dog et behov for at konkretisere, hvilke data der er relevante at dele, hvornår og på hvilken måde.

#### *Data fra almen praksis*

I arbejdsgruppens arbejde er det blevet pointeret, at der mangler deling af data fra almen praksis – særligt i form af journaloplysninger. Datadeling fra almen praksis forventes for eksempel at give værdi i akutte situationer, hvor en patient tilses i akutsystemet. Det gælder for eksempel i de situationer, hvor patienten har været til læge samme dag, men sundhedspersonalet på sygehuset ikke kan se, hvad den praktiserende læge har undersøgt eller gjort sig af tanker om patientens tilstand. Uden adgang til journaloplysningerne kan andre (sundhedspersoner, patienter eller pårørende med fuldmagt) heller ikke se den praktiserende læges begrundelser for eventuelle ændringer i behandlingen, for eksempel i patientens medicin.

PLO har tilkendegivet, at de i 2023 er klar til at dele diagnoser og alle de strukturerede data, de har til rådighed. De forventer også på sigt at dele prøvesvar på de prøver, som de foretager og analyserer lokalt i klinikken. Med overenskomsten med almen praksis (OK22) er det aftalt, at borgeren skal have nemmere adgang til egen journal, ligesom de øvrige sektorer skal have adgang til at se oplysninger fra almen praksis via "klinikens cockpit". Disse oplysninger har jf. OK22 til formål at skabe overblik og give beslutningsstøtte til den konkrete patientbehandling og sikre en dataplatform til populationsfremsøgninger af udvalgte patientgrupper.

#### *Data fra kommunen*

I forbindelse med arbejdsgruppens arbejde er det blevet tydeligt, at det er en udfordring, at almen praksis og sygehuset ikke har adgang til kommunernes data – nærmere bestemt borgeres sundhedsoplysninger og oplysninger om plejemæssige forhold. Sidstnævnte hører imidlertid under serviceloven, hvorfor der i første omgang primært er tale om en juridisk barriere (jf. tidligere kapitel). Disse kan være vigtige at have nem adgang til ved for eksempel akut indlæggelse fra plejehjem

Hvor kommunerne i 2022 har fået mulighed for nemt at tilgå oplysninger i Sundhedsjournalen via en knapadgang i eget system, afleveres der forsat ikke data "den anden vej" – fra kommunerne til sundhedsjournalen. Der udestår også et arbejde i forhold til at klarlægge præcist, hvilke eksisterende oplysninger fra kommunerne, som de øvrige aktører i sundhedsvæsenet kunne have gavn af at få indsigt i (og i hvilke situationer). I denne sammenhæng kan det være en udfordring, at kommunerne ikke nødvendigvis dokumenterer på det detaljeringsniveau, som efterspørges af de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Samtidig er der en klar opfattelse af, at der ikke skal produceres mere data/flere oplysninger alene med henblik på at dele det med de andre aktører. Dette er også i tråd med den eksisterende afbureaukratiseringsdagsorden - særligt på det kommunale område.

#### *Mere tidstro opdatering*

Arbejdsgruppen har identificeret en udfordring ved, at Sundhedsjournalen på sundhed.dk ikke opdateres oftere, end det er tilfældet i dag. Det har den konsekvens, at sundhedspersoner, patienter og pårørende ikke altid kan regne med, at oplysningerne i Sundhedsjournalen er retvisende. Blodprøvesvar opdateres i dag i realtid, mens e-journalen, dvs. journaloplysninger fra sygehus, som minimum opdateres én gang i døgnet og flere steder op til fire gange i døgnet.

### *Mere brugervenlige, intuitive løsninger*

Der er i arbejdsgruppen identificeret en udfordring ved, at der i udviklingen af de digitale løsninger ofte ikke er fokus nok på brugervenlighed (overblik) og effektive arbejdsgange (for mange "klik" i systemerne). Der bør desuden være opmærksomhed på, at data registreret i én kontekst ikke nødvendigvis er brugbar eller meningsfuld i en anden kontekst.

For eksempel er det oplevelsen, at Sundhedsjournalen ikke er brugervenlig nok. Dertil er Sundhedsjournalen for tidskrævende at anvende i en travl klinisk hverdag. Sundhedsjournalen udlever derfor ikke på nuværende tidspunkt sit potentiale for at blive anvendt som primær datadelingsplatform på tværs af regioner og sektorer.

Fra klinisk side efterspørges bl.a. en bedre søgefunktion, filtrering efter specialer og/eller diagnoser og forløb, tidslinjer over patientens forløb på tværs af sundhedsvæsenet m.m.

### *"Implementere i bund"*

Hos arbejdsgruppen og interessenterne er der bred enighed om, at det er en væsentlig barriere for datadeling, at de digitale løsninger/infrastruktur (fx Sundhedsjournalen) ikke er implementeret i bund – altså at de digitale løsninger ikke bruges i fuld udstrækning. Det har for eksempel den konsekvens, at klinikerne ikke anvender de digitale muligheder for datadeling – fordi de enten ikke kender løsningen, ikke ved, hvordan de skal bruge den, eller fordi den er implementeret uhensigtsmæssigt teknisk – det vil sige, at det er for ressource tungt at "kalde løsningen frem" og bruge den. Derved bliver det ikke muligt at udnytte de eksisterende løsninger optimalt. Der er således behov for at sikre, at personalet bliver bedre klædt på i forhold til, hvad de kan og må, når det kommer til datadeling, og hvordan løsningerne skal bruges optimalt. Dertil er der behov for lokalt at få ryddet ud og op i forældede arbejdsgange – for eksempel lokal fastholdelse af papirbårne arbejdsgange.



## Mulige løsninger

### *Videreudvikling af Sundhedsjournalen*

Måltrettet fokus på udvikling af sundhedsjournalen med henblik på:

- Tilførsel af data fra almen praksis og kommuner. Herunder er det relevant at afdække yderligere, hvilke data der vil være gavnlige at dele fra almen praksis og kommuner – til hvem og i hvilke situationer?
- Mere tidstro opdatering. Sundhedsjournalen kan opdateres hyppigere, så man kommer tættere på deling af sundhedsdata i realtid. Dette kræver, at den enkelte region prioriterer hyppigere opdatering af data fra egen EPJ til Sundhedsjournalen på sundhed.dk.
- Mere brugervenlig, intuitiv og kontekstafhængig visning.

Med ovenstående justeringer vurderer arbejdsgruppen, at Sundhedsjournalen har potentiale til i endnu højere grad end i dag at være en samlende platform for deling af sundhedsdata på tværs af regioner og sektorer.

### *Formidling*

En væsentlig forudsætning for datadeling i sundhedsvæsenet er, at datadelingsløsninger rent faktisk bliver anvendt. Det kræver, at både medarbejdere og borgere ved, hvad de må (jura), og hvad de kan (teknik/praktik), når det kommer til data-deling. Her er måltrettet formidling om de eksisterende muligheder vigtig.



<b>Bilag Titel:</b>	<b>Behandlingsrådets bemærkninger til forslag til analysetemaer for 2024</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Behandlingsrådets større analyser</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>14</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>5</b>

29. juni 2023

## Behandlingsrådets bemærkninger til forslag til analysetemaer for 2024

Nærværende notat indeholder Behandlingsrådets kommentarer til de indstillede forslag til analysetemaer, som regionerne har indstillet i forbindelse med indstillingsprocessen til Behandlingsrådets større analyser i 2024. Bemærkningerne er baseret på Rådets drøftelser af temaerne på rådsmøde den 22. juni 2023. Da Behandlingsrådet har modtaget færre indstillinger end de foregående år, har Rådet valgt at inddrage ikke-udvalgte temaer fra de foregående år i drøftelserne.

Rådets drøftelse af sagen har til formål at kvalificere beslutningsgrundlaget for Danske Regioners bestyrelse, og på den baggrund udpegede Rådet følgende overordnede anbefaling vedr. de indsendte forslag til analysetemaer: Rådet bemærker, at det er væsentligt, at temaerne, der udvælges, i betragteligt omfang kan medvirke til at skabe mere sundhed for pengene og dermed bidrage til at sikre, at Behandlingsrådets arbejde får væsentlig positiv indvirkning på sundhedsvæsenet. Derfor anbefaler Rådet, at der udvælges temaer, der har særligt fokus på stor patientvolumen, et tydeligt organisatorisk fokus eventuelt med mulighed for ressource- og arbejdskraftbesparende elementer samt temaer med potentiale for udbredelse til lignende områder.

Sekretariatets bemærkninger til de enkelte temaer har udgjort et væsentligt omdrejningspunkt for Rådets forståelse for og drøftelse af temaerne. Rådets drøftelse af temaerne fokuserede i høj grad på, hvilke temaer, Rådet ønsker at prioritere til udvælgelse, snarere end en systematisk gennemgang af hvert enkelt tema. Rådet har dog givet en bemærkning til hvert af de seks temaer, de har prioriteret højest. Derudover bemærker Rådet, at det for samtlige temaer gør sig gældende, at Behandlingsrådet har behov for at grave sig ned i og finjustere temaerne efter Danske Regioners bestyrelse har udvalgt de endelige 2-3 analysetemaer Behandlingsrådet skal arbejde med i 2024.

### Temaer, der prioriteres særligt højt af Rådet

Temaerne i denne kategori vægtes særlig højt af Rådet, fordi de imødekommer de ønsker, Rådet har til de større analyser og som indledningsvist blev beskrevet. Det er temaer med stor patient volumen og gode muligheder for optimeret ressourceforbrug og temaer, hvor Rådet finder, at der kan være potentiale for at udvide anbefalinger til andre områder, temaer der flytter patienter ud af sygehuse og temaer, hvor både patienter og sygehuse potentielt kan gavne af ændrede sagsgange.

- **Optimering af cancercontroller (tema 19 - 2023)**

Rådet bemærker, at sundhedsvæsenet generelt bruger mange ressourcer på at foretage kontroller, der ikke nødvendigvis er evidens for. Derfor er det relevant at se nærmere på, om de mange kontroller er en hensigtsmæssig prioritering, da det også bidrager til at fastholde patienten i en sygdomstilstand. Det er besluttet, at der skal laves en ny Kræftplan og Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for denne proces. Koordinering ift. denne proces er vigtig og Rådet ser, at Behandlingsrådets analyse på et udvalgt område evt. kan bruges som use-case i den forestående opgave hos Sundhedsstyrelsen. Temaet fordrer en hensigtsmæssig koordinering og emnet har behov for at blive tydeligt skåret til ift. rammerne for Behandlingsrådets analyser, der skal laves på 8-12 måneder.

- **Artroskopi ved knæ smerter (tema 11 - 2023)**

Rådet bemærker, at det er et område med en betydelig aktivitet, og der ses desuden et potentiale ved at se nærmere på evidensen bag den nuværende praksis sammenlignet med andre behandlingsmuligheder.

- **Potentialer i øget brug af Point-of-Care tests (Tema 5 - 2024)**

Rådet bemærker, at temaet rummer et potentiale for at aflaste de hårdt pressede akutmodtagelser og kan herudover evt. gavne det præhospitale beredskab. Rådet foreslår, at temaet skæres til i et samarbejde med fagfolk på området med henblik på, at analysen har fokus på de rette analyseemner inden for POCT.

- **Behandling af underarmsfraktur hos børn (Region H) (tema 6 - 2024)**

Rådet bemærker, at det er et relevant tema, der evt. kan forbedre forløbet for børn med underarmsfrakturer. I Canada har behandlingen foregået på lignende vis i mange år.

- **Virtual reality som smertelindring (tema 3 - 2023)**

Rådet bemærker, at VR-teknologi til distraktion fra forskellige smerteprovokerende procedurer allerede anvendes enkelte steder i Danmark, men at en national anvendelse af teknologien ikke er standardiseret. En analyse af VR-understøttet distraktion kan derfor ses som et supplement til en informeret stillingtagen til en teknologi som ellers kan risikere at blive implementeret usystematisk på tværs af landet.

- **Real-time hjerterytmemålere (tema 1 - 2024)**

Rådet bemærker, at løsningen kan have potentiale for at frigive tid hos det kliniske personale samtidig med, at der er potentiale for at øge behandlingskvaliteten gennem hurtigere diagnostik.

## **Relateret document 2/5**

**Dokument Navn:** **Bilag 1 - Samlede indstillinger af analysetemaer for 2024.pdf**

**Dokument Titel:** **Bilag 1 - Samlede indstillinger af analysetemaer for 2024**

**Dokument ID:** **1649587**

26. maj 2023

## Indstillede analysetemaer for 2024

Rækkefølgen på temaer er som følger:

#	Tema	Indstiller
1	Real-time hjerterytmemålere til diagnose for personer med mistanke om hjertearytmi	Odense Universitetshospital
2	Opgaveflytning fra ortopædkirurger til ESP-fysioterapeuter	Odense Universitetshospital
3	Myopibehandling i hospitalsregi	Region Hovedstaden
4	Blended Cognitive Behavioral Therapy og stepped care til behandling af psykiske lidelser	Region Hovedstaden
5	Potentialer i øget brug af Point-of-Care tests	Region Hovedstaden
6	Behandling af underarmsfraktur hos børn	Region Hovedstaden
7	Insulinpumpebehandling, closed-loop, AID	Region Midtjylland

## Forslag til Behandlingsrådets analysetema 2024:

Indstilller	<i>Odense Universitetshospital</i>
Tema 1	<i>Real-time hjerterytmemålere til diagnose for personer med mistanke om hjerterytmier.</i>
Temaets centrale element	<i>Kan real-time hjerterytmemålere erstatte post-monitoreringsmålere i den diagnostiske proces af hjerterytmier?</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Patienter med mistanke om hjerterytmier er traditionelt blevet undersøgt med ambulant Holtermonitorering og R-test, hvor patienter ambulant påsættes en EKG-måler der optager og gemmer hjerterytmien, bærer måleren hjemme i en varierende observationsperiode (fra få døgn til flere uger) hvorefter måleren returneres til analyse på hospitalet. Her har personalet gennemset hjerterytmemålingerne for arytmier efter endt observationsperiode (post-monitorering), og derefter iværksat en behandling hvis påkrævet.</i></p> <p><i>Som følge af perioder med lange ventelister til bl.a. den relativt ressourcetunge holtermonitorering har Odense Universitetshospitals (OUH) hjertemedicinske afdeling afsøgt forskellige muligheder for alternative teknologier og organiseringsformer til at udrede personer med mistanke om hjerterytmier.</i></p> <p><i>OUH's hjertemedicinske afdeling valgte en real-time, online løsning – Pocket-ECG, hvor EKG-målinger analyseres løbende ved at sende data direkte til et specialiseret udenlandsk datacenter. Datacentret analyserer data kontinuert og ved abnormale målinger fremsendes en akut rapport (evt. telefonopkald) til afdelingen, således der hurtigt kan iværksættes korrekt behandling for personens aktuelle hjerterytmeproblematik. Observeres der ikke hjerterytmeproblemer, fremsendes en slutrapport til afdelingen.</i></p> <p><i>OUH's hjertemedicinske afdeling har oplevet at dette har betydet kortere ventetider, hurtigere udredning (og dermed igangsættelse af behandling) for hjerterytmier og en ressourcefrigørelse for det kliniske personale, der tidligere manuelt har analyseret hjerterytmemålingerne.</i></p> <p><i>Det opleves dog samtidigt, at andre hjertemedicinske afdelinger i Danmark fortsat foretager traditionelle ambulante Holtermonitoreringer med manuel analyse efter observationsperioden, eller anvender andre løsninger og/eller organiseringsformer.</i></p> <p><i>Der er således behov for en analyserapport, der sammenligner realtime EKG-målere med traditionelle ambulante målinger med tidsforskudt analyse. Undersøgelsesspørgsmålene her kunne være følgende:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>- Klinisk effekt og sikkerhed:<ul style="list-style-type: none"><li><i>o Diagnostisk præcision af real-time hjerterytmemålinger versus postmonitoreringsmetoder.</i></li></ul></i></li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnostisk præcision af algoritmebaseret analyse versus manuel analyse af EKG-signaler hos patienter med mistanke om hjertearytmier</li> <li>○ Betyder real-time hjerterytmemålere tidligere diagnose end post-monitoreringsmetoder?</li> <li>- Patient: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Påvirker real-timemåling af hjerterytmier patienttilfreds- heden?</li> </ul> </li> <li>- Organisation: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvilke organiseringsformer anvendes til at ambulantlyt diagnostik af hjertearytmier?</li> <li>○ Hvilke organisatoriske konsekvenser kan realtime EKG-måling have?</li> </ul> </li> <li>- Økonomi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er det omkostningseffektivt at anvende realtime EKG-målinger kontra traditionel ambulantlyt holtermåling med efterfølgende manuel analyse?</li> </ul> </li> </ul>
<p>Beskriv patientpopulation</p>	<p>Patienter der skal mistænkes for hjertearytmi og skal have foretaget holtermåling eller R-test.</p> <p>I 2021 blev omtrent 3100 personer med mistanke om hjertearytmi undersøgt med holtermåling eller R-test på OUH.</p>
<p>Beskriv den teknologi/behandling eller patientforløb, som emnet omhandler (interventionen)</p>	<p>Real-time hjerterytmemåling af patienter med mistanke om hjertearytmier med analyse i datacentre.</p>
<p>Beskriv bedste, bredt implementerede alternativ til ovenstående (komparator)</p>	<p>Ambulant Holtermåling og R-test, hvor båndoptager påsættes ambulantlyt, bæres i hele observationsperioden hvorefter apparaturet returneres og analyseres på hospitalsafdelingen.</p>
<p>Beskriv potentialet for øget værdi</p>	<p>For patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kortere ventetider og svartider på undersøgelser</li> <li>• Tidligere igangsættelse af behandling ved hjerterytmeforstyrrelser (konkret effektmål: tid fra ambulantlytbesøg til diagnose)</li> </ul> <p>For organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcefrigørelse fra analysearbejde til andre kliniske opgaver</li> <li>• Opgaveforskydning så sygeplejersker frem for kardiologer kan sende svar ved normale EKG-målinger</li> <li>• Øget kompetenceniveau i sygeplejegruppen</li> </ul>

<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p><i>For OUH's løsning betales der en pris til analysecentret der varierer afhængig af måletype (Holtermåling og R-test) og varighed.</i></p> <p><i>Dette opvejes af ressourcefrigørelsen af personalet der tidligere har analyseret samtlige hjerterytmemålinger. Samtidig betyder opgaveforskydningen fra kardiologer til sygeplejersker også en ressourcefrigørelse af lægetid.</i></p> <p><i>I den aktuelle situation med rekrutteringsvanskeligheder er det attraktivt at kunne frigøre sygeplejersker fra analysearbejdet med hjerterytmemålinger til andre kliniske opgaver.</i></p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur, analyser af eller retningslinjer på området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p><i>MTV-rapport fra Canada:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Health Quality Ontario. Long-Term Continuous Ambulatory ECG Monitors and External Cardiac Loop Recorders for Cardiac Arrhythmia: A Health Technology Assessment. Ont Health Technol Assess Ser. 2017 Jan 31;17(1):1-56. PMID: 28194254; PMCID: PMC5300052.</i></li></ul> <p><i>Pocket-EKG:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Dziubiński M. PocketECG: a new continuous and real-time ambulatory arrhythmia diagnostic method. Cardiol J. 2011;18(4):454-60. PMID: 21769831.</i></li></ul> <p><i>Eksempel på anden real-time hjerterytmemåler:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Shen Q et al. A wearable real-time telemonitoring electrocardiogram device compared with traditional Holter monitoring. J Biomed Res. 2020 Dec 18;35(3):238-246. PMID: 33495426; PMCID: PMC8193711.</i></li></ul>
<p>Øvrige bemærkninger:</p>	<p>Forud for igangsættelse af Odense Universitetshospitals løsning har der været foretaget et større arbejde med udredning af juridiske problemstillinger (bl.a. GDPR) ved anvendelse af real-time hjerterytmemålere og analyse i centrale datacentre. Når forskellige mulige løsninger undersøges, bør der tages højde for at løsningerne kan implementeres i Danmark med de nuværende regler.</p>

## Forslag til Behandlingsrådets analysetema 2024:

Indstilller	<i>Odense Universitetshospital</i>
Tema 2	<i>Undersøgelse af hvorvidt uddelegering af opgaver til ESP-fysioterapeuter (Extended Scope Physiotherapy - fysioterapeuter med ekstra kompetencer) på offentlige danske sygehuse indenfor ortopædkirurgien kan afhjælpe kommende mangel på ortopædkirurger</i>
Temaets centrale element	<i>Kan ESP-fysioterapeuter overtage en del af ortopædkirurgernes arbejdsopgaver på danske hospitaler?</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>I de kommende år forventes det danske sundhedsvæsen at komme til at mangle ortopædkirurger, idet mange ortopædkirurger nærmer sig pensionsalderen. Medianalderen blandt ortopædkirurger med aktiv autorisation er aktuelt 57 år. Pensionsalderen er 67 år. Mange forventes derfor at forlade faget inden for en kort år-række, og da der samtidig ses en begrænset tilgang af nye ortopædkirurger til specialet, må det forventes, at der kan opstå mangel på ortopædkirurger. Det er derfor nødvendigt at se på muligheder for opgaveflytning til andre faggrupper.</i></p> <p><i>En mulighed er at flytte opgaver til ESP-fysioterapeuter, hvilket aktuelt foregår på flere danske hospitalsenheder. Her varetager de opgaver inden for bl.a. følgende subspecialerne skulder/albue, sportsskader, fod, knæ hofte, rygrad.:</i></p> <p><i>På den baggrund er det interessant at undersøge hvilke opgaver ESP-fysioterapeuterne kan overtage, hvilke opgaver der er belyst videnskabeligt og i hvilket omfang det vil aflaste de ortopædkirurgiske afdelinger – herunder de økonomiske konsekvenser heraf.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Ortopædkirurgiske patienter</i>
Beskriv den teknologi/behandling eller patientforløb, som emnet omhandler (interventionen)	<p><i>ESP-fysioterapeuter varetager en del af patientforløbet for ortopædkirurgiske patienter. Herunder fx forundersøgelser, kliniske undersøgelser, tolkning af røntgen, anlæggelse af UL-vejledt blokade, og henvisning til MR, CT, Røntgen og deltagelse i visitation.</i></p> <p><i>ESP-fysioterapeuternes opgaveportefølje varierer dog meget mellem hospitalsenhederne.</i></p>
Beskriv bedste, bredt implementerede alternativ til ovenstående (komparator)	<i>Behandling af ortopædkirurgiske patienter udelukkende foretaget af ortopædkirurger</i>
Beskriv potentialet for øget værdi	<ul style="list-style-type: none"><li><i>Ift det kliniske perspektiv tyder undersøgelser på at der er god overensstemmelse mellem opgaveløsningen mellem de to faggrupper, og at ESP-fysioterapeuterne kan tilføre ekstra kompetencer i patientbehandlingen.</i></li><li><i>I forhold til patientperspektivet kan de beskrevne ændringer medvirke til at mindske ventetiden.</i></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>I forhold til det organisatoriske perspektiv kan de beskrevne ændringer medvirke til at afhjælpe personalemangel og tilføje ekstra kompetencer, som kan bringes i spil i patientforløbet.</li> </ul>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Undersøgelser tyder på, at der kan være besparelser forbundet med opgaveflytningen, men dette bør undersøges i en dansk kontekst.        Fokus for denne indstilling er manglende personaleressourcer blandt ortopædkirurger, ikke økonomiske besparelser.</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur, analyser af eller retningslinjer på området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trøstrup J, Juhl CB, Mikkelsen LR. Effect of extended scope physiotherapists assessments in orthopaedic diagnostic setting: a systematic review. <i>Physiotherapy</i>. 2020 Sep;108:120-128. doi: 10.1016/j.physio.2017.08.004. Epub 2017 Aug 30. PMID: 32807362.</li> <li>Madsen MN et al. Inter-professional agreement and collaboration between extended scope physiotherapists and orthopaedic surgeons in an orthopaedic outpatient shoulder clinic - a mixed methods study. <i>BMC Musculoskelet Disord</i>. 2021 Jan 4;22(1):4. doi: 10.1186/s12891-020-03831-z. PMID: 33397350. <i>BMC Musculoskelet Disorders</i>. 2021 january.</li> <li>Olsen, CP, <i>Physiotherapy for minor musculoskeletal injuries in hospital emergency departments, PhD thesis, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, 2021</i></li> </ul>
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	<i>Region H, Rigshospitalet</i>
Tema 3	<i>Myopibehandling i hospitalsregi</i>
Temaets centrale element	<i>Skal der bruges hospitalsressourcer for at behandle nærsynede børn med briller og kontaktlinser?</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Nærsynethed (myopi) er i de langt, langt de fleste tilfælde en tilstand, som udvikler sig i barne- og ungdomsårene, som er ukompliceret, og kan korrigeres med briller og/eller kontaktlinser.</i></p> <p><i>Hos nogle mennesker udvikler myopien sig til højere grader, og disse tilfælde er der væsentligt øget risiko for synstruende komplikationer i form af degeneration af den centrale nethinde, nethindeløsning og grøn stær.</i></p> <p><i>I de senere år er der fremkommet behandlinger, som kan hæmme progressionen af myopi hos børn..Det vides ikke om de myope børn, hvor behandlingen virker, også er dem der udvikler de højere, og farlige, grader af myopi. Der er således ingen evidens for, at behandlingen vil reducere forekomsten af senkomplikationer til myopi,</i></p> <p><i>Der er i nogle regioner (Syd og Nord) oprettet hospitalsbaserede myopiklinikker med henblik på at tilbyde denne behandling i det offentlige sygehusvæsen. Behandlingen tilbydes også i privat optikerregi og hos enkelte øjenlæger.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<p><i>Nærsynede børn.</i></p> <p><i>Målgruppen for intervention mod myopiprogression er de nærsynede børn. Prævalensen af nærsynethed varierer med definitionen, men med den hyppigste definition (&lt;0.5 dioptri) så er ca 20% af danske børn/unge nærsynede, svarende til ca 140.000 børn i alderen 6-16 år.</i></p>
Beskriv den teknologi/behandling eller patientforløb, som emnet omhandler (interventionen)	<i>Behandling med specielle kontaktlinser eller briller eller lavdosis Atropin øjendråber. Interventionen består i at levere og kontrollere behandlingen, eventuelt i samarbejde med optikerbutikker.</i>
Beskriv bedste, bredt implementerede alternativ til ovenstående (komparator)	<i>Komparator er ingen behandling i hospitalsregi, men fortsat tilbud i optikerbutikker og hos praktiserende øjenlæger, d.v.s. i primær sektor.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi	<i>To danske randomiserede danske studier har undersøgt effekten af hhv øjendråber og kontaktlinser. Begge studier har vist, at progressionen af nærsynethed reduceres ved begge interventioner. Langtidseffekterne af behandlingen er i øjeblikket usikre. Vi ved således ikke, om behandlingen kan medføre en permanent reduktion i graden af myopi, eller om myopiprogressionen accelererer når behandlingen stoppes (rebound fænomen). Vi ved heller ikke om alle børn har gavn af behandlingen eller om kun nogle, og i så fald hvem, er respondenter.</i>

	<i>Hvis behandlingen kan medføre en klinisk betydende permanent reduktion i graden af myopi kan dette måske reducere forekomsten af oftalmologiske senkomplikationer til myopi, herunder makuladegeneration og nethindeløsning. Der er dog ingen evidens herfor i øjeblikket.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Populationen af myope børn er stor, og formodentligt også i Danmark stigende, ligesom den er globalt. Hvis hospitalerne overtager opgaven med at følge myopiudviklingen hos børn flytter det en opgave fra en i øjeblikket privat del af sundhedsvæsenet (optikerne) til hospitalerne, som i forvejen har svært ved at nå at behandle en stigende population af synstruede patienter med solide evidensbaserede behandlinger i forhold til en hypotetisk fremtidig gevinst ved myopi-begrænsende tiltag.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur, analyser af eller retningslinjer på området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Dansk litteratur Acta Ophthalmol.. 2023 Feb;101(1):e69-e80. doi: 10.1111/aos.15217. Epub 2022 Aug 8.. Acta Ophthalmol. . 2022 Mar;100(2):175-182. doi: 10.1111/aos.14911. Epub 2021 Jul 7.. Acta Ophthalmol. 2021 Mar;99(2):118-127. doi: 10.1111/aos.14562. Epub 2020 Aug 6 J Pers Med. 2023 Feb 14;13(2):325. doi: 10.3390/jpm13020325.</i>
Øvrige bemærkninger	<i>Der refereres her alene til behandling, som ikke er et led i kontrollerede kliniske undersøgelser.</i>

Indstilller	<i>Region Hovedstadens Psykiatri</i>						
Tema 4	<i>Blended Cognitive Behavioral Therapy (bCBT) og stepped care til behandling af psykiske lidelser</i>						
Temaets centrale element	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>For hvilke psykiatriske lidelser er der påvist evidens for effekt samt optimeret kapacitetsudnyttelse ved en stepped care tilgang?</i></li> <li>- <i>For hvilke psykiatriske lidelser er der påvist evidens for effekt samt optimeret kapacitetsudnyttelse ved blended cognitive behavioral therapy (bCBT)?</i></li> <li>- <i>Hvilken evidens er der for de to metoder i en dansk kontekst?</i></li> </ul>						
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Psykiske lidelser er hyppige og behandlingen af mennesker med psykiske lidelser er ikke på niveau med den behandling, der tilbydes mennesker med fysiske lidelser.</i></p> <p><i>Det adresseres tydeligt i det faglige oplæg til 10-års plan for psykiatri, der beskriver 37 anbefalinger for at opnå bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. En del af indsatserne handler om tidlig indsats/opsporing af psykisk sygdom samt om let tilgængelige tilbud (anbefaling 19, 11, 14, 15 og 24*).</i></p> <p><i>Tidlig indsats, opsporing og let tilgængelige tilbud er vigtigt for at forebygge udvikling af alvorligere sygdom. Samtidig er det afgørende, at organiseringen af tilbud tager højde for en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer, herunder en fornuftig og transparent målgruppeafgrænsning. Den hospitalsbaserede psykiatri har haft en meget markant stigning i antal af behandlede patienter. Der er et stort behov for at identificere modeller, der sikrer såvel tidlig og tilstrækkelig indsats som bedre udnyttelse af ressourcer, herunder hensigtsmæssig fordeling af opgaver mellem primær og sekundær sektor og kommuner.</i></p> <p><i>Stepped-care (trinvis tilpasning af behandlingsindsatser for personer med psykiske lidelser, der kan anvendes som en organiseringsmodel) og blended Cognitive Behavioral Therapy (bCBT) (kombination af internetbaseret terapi og face-to-face psykoterapi*) er mulige organiseringer for at understøtte et tilpasset og tilstrækkeligt niveau af behandling.</i></p> <p><i>*Behandlingsrådet har en igangværende analyse vedr. internetbaseret terapi til voksne med let til moderat depression:</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Analysespørgsmål: Bør guidet internetbaseret terapi anvendes som behandling af voksne med let til moderat depression?</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4b4b9b; color: white;"> <th style="text-align: left; padding: 2px;">PICOS</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Uddybning</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Population</td> <td style="padding: 2px;">Voksne (≥ 18 år) med symptomer på let til moderat depression.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Eksklusionskriterier: OCD, PTSD, psykoselidelser, somatoforme lidelser, autismespektrum lidelser, demens, alvorlige fysiske lidelser, IQ &lt;70, personlighedsforstyrrelser, akut øget selvmordsrisiko, misbrug, spiseforstyrrelser.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p><i>For patientgrupper med alvorligere symptomer og større behov for kontakt med behandler, er bCBT en mere intensiv men mulighed, men samtidig ressourcebesparende i forhold til klassisk psykoterapi.</i></p>	PICOS	Uddybning	Population	Voksne (≥ 18 år) med symptomer på let til moderat depression.	Eksklusionskriterier: OCD, PTSD, psykoselidelser, somatoforme lidelser, autismespektrum lidelser, demens, alvorlige fysiske lidelser, IQ <70, personlighedsforstyrrelser, akut øget selvmordsrisiko, misbrug, spiseforstyrrelser.	
PICOS	Uddybning						
Population	Voksne (≥ 18 år) med symptomer på let til moderat depression.						
Eksklusionskriterier: OCD, PTSD, psykoselidelser, somatoforme lidelser, autismespektrum lidelser, demens, alvorlige fysiske lidelser, IQ <70, personlighedsforstyrrelser, akut øget selvmordsrisiko, misbrug, spiseforstyrrelser.							

<p>Beskriv patientpopulation</p>	<p><b>Stepped care</b> er for voksne primært undersøgt/anvendt til lidelser, der behandles i både primær og sekundær sektor. Det vil typisk være ikke-psykotiske lidelser som angst, depression, tvangslidelser, PTSD.</p> <p>Stepped care anvendes i den engelske IAPT model (Improved Access to Psychological Therapies), der blev introduceret i 2015 markant at styrke evidensbaseret samtalebehandling til mennesker med depression og angst. Indsatsen krævede store økonomiske ressourcer, men beregninger viste, at færre sygedage mm mere end opvejede det. Indsatsen inkluderede systematik i stepped-care behandling og anvendelse af psykolog-studerende til samtalebehandling. (<a href="https://www.mhm.org.uk/pages/faqs/category/stepped-care">https://www.mhm.org.uk/pages/faqs/category/stepped-care</a>)</p> <p>I en dansk kontekst er stepped care tilgangen undersøgt i en collaborative care model i projektet Collabri</p> <p>Stepped care er også anvendt til børn og unge i forbindelse med symptomer på angst, depression eller adfærdsvanskeligheder, fx</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mind my mind ( <a href="https://psykiatrifonden.dk/goer-vi/projekter-kam-pagner/mind-my-mind/hvad-er-mind-my-mind?gclid=Cj0KCQjwIumhBhCIARIsABO6p-wA6BlbhC6lcR8LPDuJn-5zsRADOtugz_Jb7xc14HuY2-5etckprqUaAus1EALw_wcB">https://psykiatrifonden.dk/goer-vi/projekter-kam-pagner/mind-my-mind/hvad-er-mind-my-mind?gclid=Cj0KCQjwIumhBhCIARIsABO6p-wA6BlbhC6lcR8LPDuJn-5zsRADOtugz_Jb7xc14HuY2-5etckprqUaAus1EALw_wcB</a>)</li> <li>- Cool-kids programmet (<a href="https://vidensportal.dk/boern-og-unge/boern-med-angst/indsatser/cool-kidschilled-angstprogram-for-boern-og-unge">https://vidensportal.dk/boern-og-unge/boern-med-angst/indsatser/cool-kidschilled-angstprogram-for-boern-og-unge</a>)</li> </ul> <p><b>Blended care</b> er undersøgt til forskellige lidelser, men i forskelligt omfang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stærkest evidens med samme eller bedre effekt af bCBT behandling ift. depression og angst hos voksne, men også OCD ptt., PTSD og nogle få studier på psykoseområdet har vist potentiale.</li> <li>- Særligt unge har også vist at være åbne overfor bCBT (ikke så mange studier med børn).</li> </ul> <p>Der er få studier med stærkt design, der har påvist ressourcebesparelsen ved blended care, men alle har hypotesen, at modellen vil spare ressourcer.</p>
<p>Beskriv den teknologi/behandling eller patientforløb, som emnet omhandler (interventionen)</p>	<p><b>Blended cognitive behavioral therapy (bCBT):</b> et tilbud der indeholder delvist en internetbaseret behandlings- og edukationskomponent i kombination med fremmøde i ambulatoriet. Ofte er setup ca 50/50.</p> <p><b>Stepped care:</b> Model hvor behandling intensiveres trinvist med den mindst indgribende, mindst omkostningstunge og lettest tilgængelige indsats som trin 1. Hvis effekten på dette trin er utilstrækkelig, visiteres patienten videre til trin 2 og så fremdeles. "Stepped care"-modellen sammentænker ydelseernes indbyrdes organisering med ydelseernes art. Hvert trin omfatter en udøvende instans, diagnosticering og vurdering af patientens lidelse, vanskeligheder og problemer samt relevante interventionsmetoder. På hvert trin introduceres nye behandlingsinstanser og/eller -metoder. Et højere behandlingstrin forudsætter som hovedregel, at de forrige niveauer har været tilbudt og/eller forsøgt, men i nogle tilfælde kan en person henvises direkte til mere intensive behandlingsniveauer</p>



	(definition fra Referenceprogram for angst, SST, 2007: <a href="https://www.sst.dk/~media/63928C3E9D2845D19A0A0783AAB92CD8.ashx">https://www.sst.dk/~media/63928C3E9D2845D19A0A0783AAB92CD8.ashx</a> )
Beskriv bedste, bredt implementerede alternativ til ovenstående (komparator)	<p>Alternativer afhænger på nuværende tidspunkt af sværhedsgrad af lidelsen, visitation og organisering.</p> <p>Typisk vil det være forløb hos egen læge, privat praktiserende psykiater, privat praktiserende psykolog eller forløb i hospitalspsykiatrien: pakkeforløb (<a href="https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/pakkeforloeb">https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/pakkeforloeb</a>) eller evt. forløb i psykiatrisk ambulatorium eller endda specialfunktionafer, hvis lidelsens kompleksitetsgrad er høj.</p>
Beskriv potentialet for øget værdi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ift det kliniske perspektiv</i> Med fokus på den hospitalsbaserede psykiatri: bedre afgrænsning målgruppen. Dermed flere ressourcer til de mest syge. Samtidig med, at der eksisterer et lettilgængeligt tilbud af høj kvalitet til andre patientgrupper</li> <li>• <i>Ift patientperspektivet</i> Rettidig hjælp og transparens i forhold til behandlingstilbud. Ved bCBT større fleksibilitet, så behandling ikke altid kræver fremmøde. Mulighed for at "repetere" de internetbaserede sessioner, og dermed "booste" effekt ved behov (når det passer ind i patientens liv).</li> <li>• <i>Ift det organisatoriske perspektiv</i> Større kapacitet Bedre målgruppeafgrænsning og dermed mere differentieret tilbud, der sikrer at hospitalsressourcer anvendes mere hensigtsmæssigt</li> </ul>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	Primært, at de i forvejen knappe økonomiske og personalemæssige ressourcer kan anvendes hensigtsmæssigt mhp at sikre sundhed til flere.
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur, analyser af eller retningslinjer på området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p><b>bCBT:</b> der er vedhæftet en liste over noget af den eksisterende litteratur</p> <p><b>Stepped care:</b> Den engelske IAPT model: <a href="https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/improving-access-to-psychological-therapies-iapt-programme">https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/improving-access-to-psychological-therapies-iapt-programme</a>.</p> <p>Nice 2011: Commissioning stepped care for people ved common mental health disorders: <a href="https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/commissioning-stepped-care-for-people-with-mental-health-disorders.pdf">https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/commissioning-stepped-care-for-people-with-mental-health-disorders.pdf</a></p> <p>Epløv et al: Collaborative care ved angst og depression. Ugeskr Læger 2022;184</p>
Øvrige bemærkninger	











































Indstiller	<i>Region Hovedstadens Akutberedskab</i>
Tema 5	<i>Potentialer i øget brug af Point-of-Care tests ifm. PHV (præhospital visitationsenhed)</i>
Temaets centrale element	<i>Vil brugen af Point-of-Care tests ifm. PHV kunne øge andelen af patienter, der kan behandles (sikkert) i hjemmet for simple infektioner og derved undgå unødige kontakter i akutmodtagelserne og dermed aflaste hospitalerne?</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Flere regioner har, i de seneste år, etableret eller opskaleret brugen af PHV, hvor den sundhedsfaglige hjælp kommer ud til borgeren, i stedet for at borgeren kommer ind på hospitalet f.eks. via en ambulance.</i></p> <p><i>I Region Hovedstaden består de præhospital visitationsenheder af en paramediciner, der kører ud til borgere i tilfælde, hvor den sundhedsfaglige visitator på 1-1-2 Vagtcentralen ellers ville have sendt en akut ambulance (B-kørsel). Brugen af PHV giver dermed mulighed for en mere kvalificeret sundhedsfaglig vurdering af borgerens behov, da paramedicineren fysisk kan tilse borgeren. Ligeledes kan nævnes Region Hovedstadens tiltag med hjemmebesøg af en læge fra Akuttefonen 1813, som kører til borgere med almen medicinske problemstillinger i vagttid, som et eksempel på brug af PHV.</i></p> <p><i>De ovenstående tilbud har alle til formål at sikre et borgernært tilbud af høj faglig kvalitet, hvor det samtidig er erfaret at tilbuddene kan forebygge unødige indlæggelser på hospitalerne. Det øgede fokus på PHV-funktioner skal ses i lyset af et sundhedsvæsen, som aktuelt og i de kommende år, ser ind i udfordringer afledt af den demografiske udvikling med flere ældre og mindre årgange i den erhvervsaktive alder, hvilket udfordrer rekrutteringen til sundhedsvæsenet. Regeringens nyligt lancerede akutpakke indeholder i den forbindelse også direkte et element, som sigter mod aflastning af akutmodtagelserne.</i></p> <p><i>Set i dette lys finder Region Hovedstadens Akutberedskab det relevant at undersøge potentialerne i øget/mere kvalificeret brug af Point-of-Care tests i udgående funktioner, som nævnt i ovenstående eksempler. Formålet ved øget brug af Point of Care tests skal findes i, at de sundhedsfaglige personer i de udgående funktioner med større sikkerhed, hurtighed og præcision kan afdække om borgeren har tegn på alvorlig sygdom, og deraf vurdere behovet for hospitalsindbringelse.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<p><i>Målgruppen er borgere, som har tilstande eller befinder sig i situationer, hvor det er vanskeligt for dem selv at indbringe sig til akutte sundhedstilbud, og hvor et PHV-tilbud er at foretrække.</i></p> <p><i>Dette kan for eksempel være ældre borgere med urinvejsinfektion eller lettere lungebetændelse, som kræver antibiotika. Her kunne en kombination af POC-test med CRP/leukocytter/urin-stix være vejledende for opstarten af behandlingen.</i></p> <p><i>Det kunne også være ældre dehydrerede patienter, hvor simpel væskebehandling kunne iværksættes i hjemmet forudgået af POC-test med Laktat/Kreatininmåling.</i></p>

	<p><i>Hos den ældre svækkede patient med diabetes og anden infektionssygdom kunne en måling med Ketoner være vejledende for om patienten kunne forblive hjemme og behandles med fx antibiotika / væske.</i></p> <p><i>Endvidere kunne en videreudvikling af konceptet være anvendelse af POC-UL også betegnet POCUS, hvor ultralyd af lunger (FLUS) kunne differentiere mellem lungesygdom (pneumoni) eller pleuravæske. Med den nye teknologi indenfor ultralyd og AI (artificiel intelligens) kunne dette være støtte til beslutningstagningen i dialog med en kardiolog på sygehus, som i stil med telemedicinsk EKG-vurdering, så kunne telemedicinsk UL vurdering bidrage til en korrekt visitation af patienter med fx AMI eller afklaring af hjerteinsufficiens versus lungesygdom. Dette kunne kombineres med måling af troponiner og Pro-BNP til afklaring af akut/kronisk hjerte- / lungesvigt.</i></p>
<p>Beskriv den teknologi/behandling eller patientforløb, som emnet omhandler (interventionen)</p>	<p><i>Point-of-Care test som udstyr fra fx Aidian med StatStrip LAC/Ket/Kreatinin/eGFR og QuikRead go system til hurtig CRP.</i></p> <p><i>Det kan f.eks. være udstyr til måling af infektionstal, laktat, kreatinin, ketoner eller hjerte- lungeenzym markører. Det kan endvidere være medicotekniske apparaturer til eksempelvis ultralydsscanning med AI.</i></p>
<p>Beskriv bedste, bredt implementerede alternativ til ovenstående (komparator)</p>	<p><i>Flere af de nævnte PHV-funktioner anvender allerede i dag eksisterende Point-of-Care tests (CRP), som kan fungere som komparator for vurdering af potentialet i kommende apparater.</i></p>
<p>Beskriv potentialet for øget værdi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ift. det kliniske perspektiv: Mere præcist Point-of-Care testudstyr forventes at kunne bidrage til højere vurderingen af borgerens behov i PHV-funktioner, så borgere kan få behandling på rette niveau og dermed eksempelvis medvirke til forebyggelse af unødige indlæggelser.</i></li> <li>• <i>Ift. patientperspektivet Bedre muligheder for vurdering af borgerens behov i PHV-funktionen forventes at medvirke til, at flere borgere kan hjælpes i eget hjem eller evt. tilbud i primærsektoren frem for indlæggelse på et hospital, som ofte ikke er nødvendigt. Dermed vil flere borgere opleve et nært og trygt tilbud i eget hjem.</i></li> <li>• <i>Ift. det organisatoriske perspektiv Færre unødvendige indlæggelser og ambulancekørsler vil frigøre knappe personaleressourcer i det samlede sundhedsvæsen.</i></li> </ul> <p><i>Effektmål kunne fx være antallet af akutte ambulancekørsler (b-kørsler), antal forbyggelige indlæggelser, antal gen-kald på adressen, indlæggelse indenfor 72 timer efter PHV-vurdering.</i></p>
<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p><i>Der vil forventeligt være besparelser at hente såfremt forbedret Point-of-Care teknologier vil kunne forebygge unødvendige indlæggelser, der lægger beslag</i></p>

# Behandlingsrådet

	<p>på personaleressourcer i afdelingerne, såvel som på støttefunktioner som laboratorier mv.</p> <p>Dertil kan der regnes på besparelser ift. sparede ambulancekørsler.</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur, analyser af eller retningslinjer på området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>Evaluering af PVE i Region Midt fra 2022: <a href="https://www.rm.dk/api/NewES-DHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5Cdagsordener%5CUdvalg_for_naere_sund%202022%5C08-11-2022%5CAaben_dagsorden&amp;appendixId=356233">https://www.rm.dk/api/NewES-DHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5Cdagsordener%5CUdvalg_for_naere_sund%202022%5C08-11-2022%5CAaben_dagsorden&amp;appendixId=356233</a></p> <p>"Den fremskudte præhospitale indsats" fra 2018 – udarbejdet i Region Midt: <a href="https://www.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5CDagsordener%5CHospitalsudvalget%202018%5C08-10-2018%5CAaben_dagsorden&amp;appendixId=214427">https://www.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5CDagsordener%5CHospitalsudvalget%202018%5C08-10-2018%5CAaben_dagsorden&amp;appendixId=214427</a></p>
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	<p>Amager Hvidovre Hospital, Region Hovedstaden</p> <p>Børne- og ungeafdelingen</p> <p>Overlæge Chen Zhan</p>
Tema 6	<p>Behandling af underarmsfrakturer hos børn</p>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan tidligere sunde og raske børn (ASA1) med underarmsfraktur reponeres under procedural/moderat sedation i Akutmodtagelserne frem for på operationsgangen uden forudgående faste?</li> <li>• Kan børnene bedøves sikkert og tilstrækkeligt til proceduren? Hvilke kombinationer af analgesi og sedation kan bruges? Hvilke bivirkninger kan der forventes? Det er essentielt med tilstrækkelig analgesi, og den procedurale/moderate sedation kræver personale, der er certificeret/trænet i dette samt mulighed for anæstesiologisk back-up</li> <li>• Er det faglige resultat tilfredsstillende (mængden af børn der ved kontrol alligevel skal have lavet reponering med K-tråde på operationsgangen)? Man vil hos børn oftest acceptere reponeringer med selv en betydelig vinkling som fagligt tilfredsstillende outcome</li> <li>• Er børnene og familierne tilfredse med forløbet?</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Mange steder i verden (herunder i Nordamerika) bliver børn med underarmsfrakturer behandlet direkte i Akutmodtagelsen med lukket reponering og gipsning under procedural sedation uden forudgående faste.</p> <p>I dag bliver børn med underarmsfrakturer som udgangspunkt indlagt, går på orlov, venter (ofte flere dage) på operation på operationsgangen, bliver opereret og får ofte indsat osteosyntesemateriale, der efterflg. skal fjernes med ekstra frygt og smerter forbundet med fjernelsen.</p>
Beskriv patientpopulation	<p>Amager Hvidovre Hospital, ca. 250 børn årligt. På landsplan 2.000-2.500 børn årligt</p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kortere og hurtigere forløb for børn og familier med underarmsfrakturer uden så mange kontakter til hospitalet (i tråd med Region H's målsætning om at være Børnenes Region)</li> <li>• Færre børn får lavet invasiv reponering af fraktur, hvor der også skal fjernes osteosyntese-materiale efterflg. – fagligt ligeså forsvarligt med lukket reponering og cirkulær gipsning</li> <li>• Færre børn og familier får aflyst/udskudt procedurer, hvortil de faster og skal forberede sig mentalt</li> </ul>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalet sparer operations-lejer på indgreb, der ikke behøver at blive foretaget på operationsgang</li> <li>• Samfundsmæssigt tabes færre arbejdsdage pga. forældres tid på hospitalsbesøg og -kontakter</li> </ul>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette	<p><a href="#">A Randomized Comparison of Nitrous Oxide Plus Hematoma Block Versus Ketamine Plus Midazolam for Emergency Department Forearm Fracture Reduction in Children   Pediatrics   American Academy of Pediatrics (aap.org)</a></p>

<p>er tilfældet, angives disse.</p>	<p><a href="#">Procedural sedation and analgesia for reduction of distal forearm fractures in the paediatric emergency department: A clinical survey - Schofield - 2013 - Emergency Medicine Australasia - Wiley Online Library</a></p> <p><a href="#">Feasibility of a reduction protocol in the emergency department for diaphyseal forearm fractures in children - ScienceDirect</a></p> <p><a href="#">Association of Preprocedural Fasting With Outcomes of Emergency Department Sedation in Children   Anesthesiology   JAMA Pediatrics   JAMA Network</a></p> <p><a href="#">Risk Factors for Adverse Events in Emergency Department Procedural Sedation for Children   Anesthesiology   JAMA Pediatrics   JAMA Network</a></p> <p><a href="#">Clinical Practice Guideline for Emergency Department Ketamine Dissociative Sedation: 2011 Update - ScienceDirect</a></p> <p><b>Presse:</b> <a href="#">Hospitalets besked til Emilie: Vi har ikke tid – Ekstra Bladet</a></p>										
<p>Øvrige bemærkninger</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="608 893 660 920">I dag</th> <th data-bbox="1193 893 1362 920">Det endelige mål</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 931 778 1368"> <p><b>DAG 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Barn brækker arm</li> <li> Skadestue <small>Ses af skadelæge</small></li> <li> Gipses</li> <li> Indlægges på børneafd. <small>Ses af børnelæge + anæstesi</small></li> <li> Går hjem på orlov <small>Venter i X dage på operation, evt. aflyses og faster forgæves</small></li> </ul> </td> <td data-bbox="1118 931 1406 1368"> <p><b>DAG 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Barn brækker arm</li> <li> Skadestue <small>Ses af skadelæge</small></li> <li> Smertedækkes og stabiliseres</li> <li> Procedure samme dag <small>Lukket reponering og cirkulær gipsning ved erfaren ort.kir. i Akutmodtagelsen i Ketofol-rus ved anæstesen (ikke-fastende)</small></li> <li> Opvågning i Akutmodtagelsen</li> <li> Udskrives <small>Ses til ort.kir. amb. kontrol</small></li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1384 778 1435"> <ul style="list-style-type: none"> <li> Kommer til operation <small>Ofte med K-tråde</small></li> </ul> </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1514 778 1559"> <ul style="list-style-type: none"> <li> Børneafd. til opvågning</li> </ul> </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1574 778 1637"> <ul style="list-style-type: none"> <li> Udskrives <small>Ses til ort.kir. amb. kontrol og fjernelse af K-tråde</small></li> </ul> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	I dag	Det endelige mål	<p><b>DAG 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Barn brækker arm</li> <li> Skadestue <small>Ses af skadelæge</small></li> <li> Gipses</li> <li> Indlægges på børneafd. <small>Ses af børnelæge + anæstesi</small></li> <li> Går hjem på orlov <small>Venter i X dage på operation, evt. aflyses og faster forgæves</small></li> </ul>	<p><b>DAG 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Barn brækker arm</li> <li> Skadestue <small>Ses af skadelæge</small></li> <li> Smertedækkes og stabiliseres</li> <li> Procedure samme dag <small>Lukket reponering og cirkulær gipsning ved erfaren ort.kir. i Akutmodtagelsen i Ketofol-rus ved anæstesen (ikke-fastende)</small></li> <li> Opvågning i Akutmodtagelsen</li> <li> Udskrives <small>Ses til ort.kir. amb. kontrol</small></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li> Kommer til operation <small>Ofte med K-tråde</small></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li> Børneafd. til opvågning</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li> Udskrives <small>Ses til ort.kir. amb. kontrol og fjernelse af K-tråde</small></li> </ul>	
I dag	Det endelige mål										
<p><b>DAG 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Barn brækker arm</li> <li> Skadestue <small>Ses af skadelæge</small></li> <li> Gipses</li> <li> Indlægges på børneafd. <small>Ses af børnelæge + anæstesi</small></li> <li> Går hjem på orlov <small>Venter i X dage på operation, evt. aflyses og faster forgæves</small></li> </ul>	<p><b>DAG 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Barn brækker arm</li> <li> Skadestue <small>Ses af skadelæge</small></li> <li> Smertedækkes og stabiliseres</li> <li> Procedure samme dag <small>Lukket reponering og cirkulær gipsning ved erfaren ort.kir. i Akutmodtagelsen i Ketofol-rus ved anæstesen (ikke-fastende)</small></li> <li> Opvågning i Akutmodtagelsen</li> <li> Udskrives <small>Ses til ort.kir. amb. kontrol</small></li> </ul>										
<ul style="list-style-type: none"> <li> Kommer til operation <small>Ofte med K-tråde</small></li> </ul>											
<ul style="list-style-type: none"> <li> Børneafd. til opvågning</li> </ul>											
<ul style="list-style-type: none"> <li> Udskrives <small>Ses til ort.kir. amb. kontrol og fjernelse af K-tråde</small></li> </ul>											

# Behandlingsrådet

Indstilller	<i>SDCA, AUH, Region Midtjylland</i>
Tema 7	<i>Insulinpumpebehandling, closed-loop, AID</i>
Temaets centrale element	<i>Hvilke patienter med type 1 diabetes bør tilbydes behandling med AID?</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Med den seneste udvikling inden for sensor-insulinpumpebehandling er der set meget stor behandlingseffekt vurderet på glykæmisk status (time-in-range og HbA1c), hvilket forventes at have en stor betydning for både akutte og kroniske komplikationer til diabetes.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Patienter med type 1 diabetes</i>
Beskriv den teknologi/behandling eller patientforløb, som emnet omhandler (interventionen)	<i>Sensor-insulinpumpesystem med closed-loop=automatic-insulin-delivery (AID). Patienter i denne behandling indgår i de sædvanlige patientforløb for type 1 diabetes.</i>
Beskriv bedste, bredt implementerede alternativ til ovenstående (komparator)	<i>Den nuværende diabetesteknologiske behandling består i sensorbaseret glukosemålere til alle børn, og til alle voksne med diabetes. Behandlingsrådet har netop afgjort at sensorbaseret glukosemålere skal tilbydes som behandlingsredskab til alle voksne med type 1 diabetes. Derudover tilbydes insulinpumpebehandling og sensor-insulinpumpebehandling på et lavere integrationsniveau. I forhold til sidstnævnte er der heller ikke generelle eller veldefinerede indikationer, og området håndteres formentlig med betydelige regionale og nationale forskelle. Alternativet til sensor-pumpebehandling er fingerprik til blodglukosemåling+insulinpen eller sensorbaseret glukosemåler+insulinpen.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi	<i>Udviklingen inden for diabetesteknologi er optimeret betydeligt inden for det seneste par år og efterspørgslen både fra patienter og klinikere er større end det er muligt at imødekomme. Der er set meget store behandlingsmæssige effekter, også for patienter, som tidligere har været svære at hjælpe med diabetesteknologi, hvilket giver helt nye perspektiver ift at undgå komplicerede diabetesforløb. Børnefamilier får en større tryghed og større hjælp til behandling af børn med diabetes. Samfundsmæssigt forventes mindre belastning med reduceret sygelighed og sygemelding.  <i>Konkrete effektmål vil være HbA1c, time-in-range, patienttilfredshed, og på lang sigt udvikling af senkomplikationer.</i></i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Behandling med AID er på nuværende tidspunkt dyr, men samme pris som øvrige integrerede sensor-pumpesystemer, men efterspørgslen er større grundet betydelig bedre behandlingseffekt. Fremtidige teknologiudbud vil vise om selve udgiften til teknologien kan reduceres. Der kræves fortsat forløb i diabetesambulatorier. Uvist om en del fremmøder på sigt kan undværes eller kan konverteres til virtuelle konsultationer. Der er adgang til data fra AID på platforme. Der er behov for undervisning og oplæring både af patienter og personale. Dette er også tilfældet på nuværende tidspunkt.</i>



<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur, analyser af eller retningslinjer på området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p><i>Randomized Trial of Closed-Loop Control In Very Young Children with Type 1 Diabetes. Ware et al. N Engl J Med. 2022 Jan 20;386(3):209-219.</i></p> <p><i>Real-world performance of the MiniMed™ 780G advanced hybrid closed loop system in Latin America: substantial improvement in glycemic control with each technology iteration of the MiniMed™ automated insulin delivery system. Grassi et al. Diabetes Obes Metab. 2023 Feb 15</i></p> <p><i>Real world use of hybrid-closed loop in children and young people with type 1 diabetes mellitus-a National Health Service pilot initiative in England Ng et al. Diabet Med. 2023 Feb;40(2):e15015.</i></p> <p><i>MiniMed 780G Six-Month Use in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: Clinical Targets and Predictors of Optimal Glucose Control. Lombardo et al. Diabetes Technol Ther 2023 Mar 3. doi: 10.1089/dia.2022.0491.</i></p> <p>Anbefalinger fra ISPAD:  <a href="https://cdn.ymaws.com/www.ispad.org/resource/resmgr/consensus_guidelines_2018_/guidelines2022/Ch_17_Pediatric_Diabetes_-_2.pdf">https://cdn.ymaws.com/www.ispad.org/resource/resmgr/consensus_guidelines_2018_/guidelines2022/Ch_17_Pediatric_Diabetes_-_2.pdf</a></p> <p>Derudover har NICE en rapport i høring, hvor AID anbefales til voksne med HbA1c omkring 64 mmol/mol og ved graviditet.</p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	



**Relateret document 3/5**

**Dokument Navn:** Bilag 2 - Sekretariatets bemærkninger til analysetemaer for 2024.pdf

**Dokument Titel:** Bilag 2 - Sekretariatets bemærkninger til analysetemaer for 2024

**Dokument ID:** 1649588

6. juni 2023

## Sekretariatets bemærkninger til de indstillede analyse-temaer for 2024

Analysetema	Sekretariatets bemærkninger til de indsendte analyse-temaer
<p><b>Tema 1:</b></p> <p><b>'Real-time hjerterytmemålere til diagnose for personer med mistanke om hjerterytmie'</b></p> <p><b>Indstiller:</b> OUH</p>	<p><b>Resume af analysetemaet</b></p> <p>Dette analysetema centrerer sig om ambulante EKG-målere, som muliggør analyse i realtid, og denne teknologis potentiale til at erstatte traditionelle ambulante EKG-målere til diagnostik af patienter med mistanke om hjerterytmie. Ambulant overvågning af hjerterytmien med EKG-måleudstyr, som patienter kan gå med hjemme, kaldes også Holtermonitorering eller R-test. Fælles for monitoreringsmetoderne er, at de er ambulante og optager hjerterytmien til analyse mhp. udredning af eventuel hjerterytmie.</p> <p><b>Litteratur og evidens</b></p> <p>Indstillingen er afgrænset til én teknologi i interventionsgruppen (Medicalgorithmics Pocket-ECG). Sekretariatet har foretaget en søgning efter andre EKG-monitoreringsteknologier, som kan foretage realtime analyse og bemærker, at denne gruppe forventeligt er lille, eftersom søgningen frembragte én yderligere realtime EKG-monitor 'ScottCares TeleSense ambulante hjerterytmie monitor'. De ambulante EKG-monitører, der udvikles i dag, optager fortsat EKG offline og uploader EKG-målingen i et krypteret cloud system og analyseres af AI og kvalitetskontrolleres af specialiserede klinikere. Der findes adskillige offline ambulante EKG-målere.</p> <p>HTA rapporter (ikke realtid EKG-måler):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. NICE rapport MTG52 2020 som evaluerer ét produkt (iRhythm Zio XT) til ambulant hjerterytmemåling til diagnostik af hjerterytmier. NICE konklusion: Evidens vedr. diagnostisk nøjagtighed viser, at softwarealgoritmen klarer sig godt ift. at genkende arytmier. Påvirkning på omkostninger, ressourcer og langtidskonsekvenser vedr. brugen af udstyret er usikker grundet begrænset evidensgrundlag.</li><li>2. <a href="#">Ontario HTA 2017</a> evaluerer external loop recorders med long-term continuous ECG monitors og konkluderer, at evidensgrundlag er lille, er af dårlig kvalitet, og at deres meta-analyse ikke finder effektforskelle mellem de to typer af ambulante hjerterovervågningsmetoder. Derudover fandt de ingen omkostningseffektivitet studier eller cost-utility studier på området. Det er dog uklart, om denne HTA inkluderer realtid ambulante EKG målere.</li></ol>

	<p>3. <a href="#">HAYES (USA) 2014 iRhythm Zio Patch til langvarig ambulant hjerterytme monitorering</a></p> <p>Rapport er ikke tilgængelig. De undersøger diagnostisk nøjagtighed af Zio Patch ved symptomatiske og asymptomatiske patienter, teknologiens sikkerhed, og om informationen fra Zio forbedrer klinisk beslutningstagning og patientoutcomes.</p> <p>Sekretariatet har fundet et systematisk review fra 2021, som omhandler 'nye diagnostiske og omkostningseffektive måder at identificere asymptomatisk atrieflimren på mhp. Forebyggelse af blodprop i hjernen'. Atrieflimren er en ofte forekommende, alvorlig hjertearytmi og dette review konkluderer, at nyere ambulante EKG-målere såsom Zio Patch har vist at forebygge en større andel af slagtilfælde, og er omkostningseffektiv sammenlignet med konventionel holtermonitorering, baseret på 5-årig BIA. Studiet konkluderer, at der fortsat mangler evidens ift. at undersøge teknologiernes sensitivitet, specificitet, effekter af tidligere diagnose og patienttilfredshed.</p> <p><b>Analyseteknisk forventede potentiale</b></p> <p>Analysen vil forventeligt skulle indeholde et centralt fokus på Organisatoriske implikationer, idet teknologien fordrer større organisatoriske ændringer, herunder bl.a. omorganisering af nuværende arbejdsgange og opgavefordelinger. Der kan potentielt være patientrelevante gevinster i form af kortere tid til igangsættelse af behandling, og ulemper i form af at skulle oplade og skifte batteri på enheden.</p> <p><b>Sekretariatets faglige vurdering</b></p> <p>Det vurderes, at evidensgrundlaget inden for området generelt er begrænset, og det derfor kan være svært at udarbejde en analyse, der har tilstrækkeligt evidens bag. Forventningen er særligt, at der er begrænset evidens til at understøtte perspektivet Klinisk effekt og sikkerhed. På baggrund af ekspertudsagn fra kardiolog i Region Syddanmark vurderes det, at de ambulante EKG-målere rent teknisk er ens og dermed burde måle det samme. Der kan være forskel ift. hvad der lagres af målinger, analytikerens kompetencer og tid til diagnose. Interventionsgruppen kan dog muligvis indeholde både realtime og ikke-realtime, hvor komparator kan være klassisk holtermonitorsudstyr, da man trods potentiel klinisk ligestilling på tværs af alternativerne, forventer forskel indenfor de øvrige perspektiver. Belysning af de øvrige tre perspektiver vil kræve indsamling af empiri.</p>
<p><b>Tema 2:</b></p> <p>'Opgaveflytning fra ortopædkirurger til ESP-fysioterapeuter'</p> <p><b>Indstiller:</b></p> <p>OUH</p>	<p><b>Resume af analysetemaet</b></p> <p>Dette analysetema omhandler opgaveflytning fra ortopædkirurger til ESP-fysioterapeuter (extended scope physiotherapy – specialiserede fysioterapeuter) med henblik på at afhjælpe en potentiel kommende mangel på ortopædkirurger. En analyse vil fokusere på de forskellige organiseringer af et patientforløb, og den vil derfor i høj grad have fokus på det organisatoriske. Indstiller finder det interessant at undersøge, hvilke opgaver ESP-fysioterapeuter kan overtage. Efter drøftelse med indstiller er det præciseret, at fysioterapeuterne i høj grad arbejder med diagnostik og henvisning, hvorfor dette kunne være en mulig afgrænsning af analysen. En analyse vil derfor ligeledes kigge på diagnostisk overensstemmelse mellem fysioterapeut og ortopædkirurg. Derudover kan der være relevant med en afgrænsning ift. et subspeciale inden for ortopædkirurgien (f.eks. skulder, knæ, hofte).</p>

	<p><b>Litteratur og evidens</b></p> <p>Der foreligger en rapport fra et konsulentfirma fra 2016, som bl.a. undersøger om en fysioterapeutisk undersøgelse og udredning kan give en sundhedsøkonomisk gevinst. Rapporten finder, at studier vedr. extended scope physiotherapists særligt er lavet inden for speciallægepraksis f.eks. ortopædkirurgien, samt at det er sikkert at lade fysioterapeuter udrede og diagnosticere sammenlignet med læger. Derudover fremgår af rapporten, at der ved direkte adgang til en fysioterapeut er reducerede omkostninger i form af f.eks. færre scanninger.</p> <p>Der findes flere studier, der omhandler extended scope physiotherapy inden for ortopædkirurgien. Et systematisk review fra 2020 undersøger bl.a. diagnostisk overensstemmelse mellem ESP-fysioterapeuter og ortopædkirurger, patienttilfredshed og omkostninger forbundet med den diagnostiske vurdering. I reviewet konkluderes, at det kan være fordelagtigt, at ESP-fysioterapeuter foretager den diagnostiske vurdering i en ortopædkirurgisk kontekst. Derudover finder reviewet, at de inkluderede studiers metodologiske kvalitet var lav. Et andet studie undersøger samarbejdet mellem ESP-fysioterapeuter og ortopædkirurger og finder bl.a. at tæt kommunikation understøtter et godt samarbejde.</p> <p><b>Analysetemaets forventede potentiale</b></p> <p>Analysen forventes at have fokus på det organisatoriske samt økonomiske ved opgaveflytningen. Den forventede gevinst er at sikre tilstrækkelig arbejdskraft til ortopædkirurgiske opgaver. Dog kan der være visse ulemper for ortopædkirurgerne, hvilket vil være relevante at afdække i analysen. Derudover kan der potentielt være en mindsket ventetid for patienterne, samt en økonomisk besparelse forbundet med opgaveflytningen, hvilket indstiller dog tydeliggør ikke er fokus for analysetemaet.</p> <p><b>Sekretariatets faglige vurdering</b></p> <p>Det vurderes at være muligt at lave en analyse vedr. opgaveflytning til ESP-fysioterapeuter, såfremt den afgrænses til f.eks. diagnostik, hvor der på nuværende tidspunkt eksisterer evidens. Sekretariatet bemærker dog, at det eventuelt kunne være relevant at undersøge det i mindre skala f.eks. i en evaluering. Sekretariatet gør endvidere opmærksom på, at der kan være variation i fysioterapeuternes kompetencer, da kompetencerne tillæres lokalt, hvorfor danske fysioterapeuter ligeledes kan adskille sig fra litteraturen. Det forventes, at der skal indhentes ny empiri inden for de Organisatoriske implikationer.</p>
<p><b>Tema 3:</b></p> <p><b>'Myopibehandling i hospitalsregi'</b></p> <p><b>Indstiller:</b> Region H, Rigshospitalet</p>	<p><b>Resume af analysetemaet</b></p> <p>Det indsendte analysetema omhandler behandling af nærsynethed (myopi) hos børn i hospitalsregi. Behandlingen består enten af specielle kontaktlinser, briller eller lavdosis atropin øjendråber. Alternativt til behandlingen er ingen behandling i hospitalsregi, men i stedet behandling hos optiker, øjenlæge eller praktiserende læge. Analysetemaet har primært fokus på flytning af opgaven til hospitalsregi. Efter kontakt til indstiller er analysetemaet afgrænset til at omhandle effekten af de forskellige alternativer, og ikke placeringen af behandlingen. Derudover bør der afklares, om atropin øjendråber skal være en del af analysen, hvilket potentielt vil kræve et samarbejde med Medicinrådet.</p>

	<p><b>Litteratur og evidens</b></p> <p>CADTH har i 2021 udgivet en HTA vedr. linser og briller til forebyggelse af forværring af nærsynethed hos børn. Derudover har Dansk Oftalmologisk Selskab udgivet en retningslinje, der vedrører forebyggelse af myopi-progression hos børn. Både HTA-rapporten og retningslinjen indeholder en række forskellige behandlinger f.eks. Ortho-K linser og lavdosis atropin. I retningslinjen konkluderes det, at atropin giver den største effekt efterfulgt af Ortho-K linser. Et systematisk review og metaanalyse fra 2023 finder, at farmakologiske og optiske behandlinger muligvis forsinker udviklingen af nærsynethed. Af reviewet fremgår det, at Ortho-K linser er den mest effektive optiske behandling. Evidensen på området er dog primært med kort opfølgningstid (et år). Primærstudier på området er hovedsageligt foretaget i Asien. Der findes dog studier, som er foretaget i vestlige lande bl.a. Danmark, herunder et RCT-studie, som undersøger anvendelse af Ortho-K linser hos børn. Indstillen beskriver dog, at langtidsvirkningerne er relativt uafklarede, samt at der er erfaring med, at når behandlingen stoppes, accelerer udviklingen af myopi (rebound effekt). Indstillen bemærker også, at patientpopulationen i de kliniske studier inkluderer børn med svag myopi (-0,5), som forventeligt ikke udvikler patologisk myopi. Forhåbningen er, at den samme effekt kan overføres til børn med svær myopi, og derved reducere udviklingen i patologisk myopi.</p> <p><b>Analysesemaets forventede potentiale</b></p> <p>Den forventede gevinst ved behandlingen er, at udviklingen af nærsynethed reduceres, men som beskrevet er langtidseffekterne usikre. Behandlingen er på nuværende tidspunkt et tilbud enkelte steder i hospitalsregi. Indstillen ønsker at få afdækket effekten af behandlingsmulighederne inden behandlingen bliver en mulighed i hospitalsregi til rask, men nærsynede børn (mere udbredt opgaveglidning fra øjenlægepraksis, optiker eller egen læge til sekundærsektoren). Dette indstilles, da indstillen vurderer evidensen som usikker, samt at det vil være en stor patientgruppe at skulle behandle i hospitalsregi, hvilket vil være forbundet med væsentlige omkostninger, hvorfor det er væsentligt at få effekten tilstrækkeligt belyst forud for en eventuel implementering.</p> <p><b>Sekretariatets faglige vurdering</b></p> <p>Sekretariatet vurderer, at analysen kan gennemføres med udgangspunkt i den eksisterende evidens, hvis der afgrænses til at undersøge effekten af forskellige alternativer til forebyggelse af forværring af nærsynethed ved børn. Det vil potentielt være relevant at indsamle empiri inden for f.eks. patientperspektivet.</p>
<p><b>Tema 4:</b></p> <p><b>'Blended Cognitive Behavioral Therapy og stepped care til behandling af psykiske lidelser'</b></p> <p><b>Indstillen:</b> Region Hovedstadens Psykiatri</p>	<p><b>Resume af analysesemaet</b></p> <p>Det indsendte analysesema omhandler blended cognitive behavioral therapy (BCBT) og stepped care til behandling af psykiske lidelser, f.eks. angst og depression. Efter drøftelse med indstillen er analysesemaet afgrænset til BCBT til patienter med moderat til svær depression. BCBT er en kombination af internetbaseret terapi og face-to-face terapi. Sekretariatet bemærker, at BCBT skal opfattes som et koncept og paraplybetegnelse for forskellige interventioner, som anvender en kombination af internetbaseret terapi og face-to-face terapi, hvorfor det ikke er muligt at identificere én intervention, som evalueres gennem en eventuel analyse. Standardforløbet for patienter med moderat til svær depression vil typisk foregå ved egen læge, privat praktiserende</p>

	<p>psykiater eller psykolog eller i hospitalspsykiatrien. Den relevante komparator for BCBT kan dog potentielt være 'venteliste', hvis der forventes mangel på ressourcer til aktiv behandling, eller 'standardforløbet' som beskrevet, hvis der er umiddelbar adgang til denne. Sekretariatet bemærker i denne sammenhæng, at den komparative effekt af BCBT er betinget af, hvad interventionen sammenlignes med, hvilket bør specificeres ved en eventuel analysespecifikation.</p> <p>Det er væsentligt at bemærke, at Behandlingsrådet på nuværende tidspunkt er i gang med en analyse vedr. guidet, internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til behandling af voksne med let eller moderat depression.</p> <p><b>Litteratur og evidens</b></p> <p>Der findes flere studier vedr. BCBT til patienter med depression, herunder også evidens af dansk oprindelse. Da BCBT er en paraplybetegnelse for interventioner der i praksis er gennemført forskelligartet, forventer sekretariatet en høj heterogenitet i evidensen.</p> <p><b>Analysetemaets forventede potentiale</b></p> <p>Sekretariatet bemærker, at da BCBT ikke refererer til én intervention, men et koncept, kan det blive udfordrende at beskrive de organisatoriske implikationer af anvendelse af BCBT i praksis, da BCBT-forløb kan være forskelligt organiseret. Denne udfordring vil gå igen i forbindelse med belysning af det sundhedsøkonomiske perspektiv. For begge disse perspektiver, kan det derfor blive nødvendigt at antage rammer for, hvordan BCBT gennemføres i den danske kontekst, hvor Rådets anbefaling efterfølgende vil være informeret med udgangspunkt i disse antagelser. Sekretariatet forventer, at det kan blive nødvendigt at indsamle empiri vedr. patientperspektivet, samt organisatoriske implikationer. Efter kontakt med indstillen vurderes det særligt relevant at belyse behandleres accept og anvendelse af BCBT med fokus på eventuelle faglige og kulturelle barrierer, der måtte være i relation til en eventuel implementering en dansk kontekst i forbindelse med belysning af de organisatoriske implikationer.</p> <p><b>Sekretariatets faglige vurdering</b></p> <p>Sekretariatet vurderer, at en analyse vedrørende BCBT til behandling af patienter med moderat til svær depression ligger inden for Behandlingsrådets genstandsfelt og metoderamme og derfor er mulig, men også udfordrende.</p>
<p><b>Tema 5:</b></p> <p><b>'Potentialer i øget brug af Point-of-Care tests'</b></p> <p><b>Indstillen:</b> Region Hovedstadens Akutberedskab</p>	<p><b>Resume af analysetemaet</b></p> <p>Det indsendte analysetema omhandler øget brug af point-of-care tests i forbindelse med præhospital visitation. Point-of-care tests anvendes ifm. at en sundhedsfaglig medarbejder (f.eks. paramediciner) kommer ud til borgeren. Testen har til formål at hjælpe medarbejderen med at afdække om der er behov for en hospitalsindlæggelse. Analysetemaet er relativt bredt, men efter kontakt til indstillen er det afgrænset til at vedrøre point-of-care tests til måling af laktat, der blandt andet anvendes ved mistanke om sepsis. Denne afgrænsning er valgt, da indstillen ser det største potentiale her.</p> <p><b>Litteratur og evidens</b></p>

Der eksisterer en del litteratur vedr. point-of-care tests til måling af laktat. NICE har i 2015 udgivet en medtech innovation briefing, som omhandler et specifikt produkt til laktatmåling. Rapporten finder bl.a. at laktatmålingen var præcis ift. beslutningstagen sammenlignet med laboratorietests. Der er endvidere publiceret et systematisk review i 2017, som undersøger patientrelevante effektmål ved brug af point-of-care laktatmåling. Flere af studierne, der er inkluderet i reviewet, er foretaget i en skadestue, og reviewet konkluderer, at der mangler evidens for laktatmåling i den primære sektor. Dertil konstateres, at den eksisterende evidens viser, at point-of-care måling af laktat er associeret med en tendens mod en reduceret dødelighed på hospitalet. Derudover findes der flere primærstudier, som undersøger måling af laktat. Studierne er dog ikke nødvendigvis i en præhospital kontekst.

Der eksisterer også litteratur vedr. point-of-care tests fra Danmark. Dansk Selskab for Klinisk Biokemi har i 2020 udgivet en rapport vedr. implementering af point-of-care tests både på og uden for hospitalet. Der fremgår en række opmærksomhedspunkter, når point-of-care udstyr implementeres forskellige steder. Region Midtjylland har i oktober 2022 udgivet en rapport angående Præhospital Visitationenhed (PVE), hvori det fremgår, at PVE i prøveperiode har været udstyret med ekstra måleudstyr bl.a. point-of-care test til måling af laktat. I rapporten fremgår, at brugen af point-of-care ikke er færdigevalueret på nuværende tidspunkt. Endvidere er Region Syddanmark i gang med et projekt, hvor de ønsker at belyse den prognostiske værdi af laktatmåling analyseret præhospitalt. Patienter fra Region Syddanmark sammenlignes med præhospitalt patienter fra Region Nordjylland. Studiet forventes færdigt i 2024.

### **Analyssetemaets forventede potentiale**

Formålet med øget brug af point-of-care tests er hurtigere og mere præcis afdækning af borgerens tilstand og igangsættelse af behandling i hjemmet for derved at undgå unødvendige hospitalskontakter. Dette kan have gavnlige effekter for patienten, såvel som sundhedsøkonomiske konsekvenser, hvis det ved hjælp af point-of-care tests er muligt at ændre behovet for fysisk hospitalskontakt (f.eks. til akutafdelinger og lægevagt) med tilhørende transport, mv.

### **Sekretariatets faglige vurdering**

Sekretariatet vurderer det muligt at belyse præcisionen af laktatmåling via point-of-care tests overfor laboratorietest i relation til den kliniske effekt og sikkerhed af interventionen. Sekretariatet vurderer dog også at, en større analyse af laktatmåling som beslutningsstøtteværktøj i den præhospitalt kontekst, er kompleks, da interventionen skal analyseres i sammenhæng med den nuværende henvisningspraksis og reglerne herfor. I tillæg afhænger henvisning af patienten forventeligt ikke udelukkende af måling af laktat, men patientens samlede tilstand, (eventuelt også vurderet vha. andre biomarkører). Derved er det muligt, at laktatmålingen ikke vil kunne stå alene, hvorfor henvisning alligevel bliver nødvendig. Dette beror på en individuel vurdering af den enkelte patient.

Sekretariatet vurderer derfor, at denne analyse vil være udfordret af Behandlingsrådets nuværende metoderamme. Det kan overvejes, om en sådan type analyse er placeret

	<p>hensigtsmæssigt hos Behandlingsrådet, eller om det er relevant med yderligere afprøvning i regionerne, jf. det igangværende projekt i Region Syddanmark.</p>
<p><b>Tema 6:</b></p> <p><b>'Behandling af underarmsfraktur hos børn'</b></p> <p><b>Indstilller:</b> Amager Hvidovre Hospital, Region Hovedstaden</p>	<p><b>Resume af analysetemaet</b></p> <p>Analysetemaet vedrører behandling af børn med underarmsfraktur. Den nuværende behandling foregår på en operationsstue typisk som invasiv reponering, hvor indstiller i analysetemaet forslår behandling i akutmodtagelsen med moderat bedøvelse og lukket reponering. Der fremgår en række potentielle fokusområder for analysetemaet bl.a. bedøvelse af børnene. Denne del vurderes ikke at være inden for Behandlingsrådets genstandsfelt. Efter drøftelse med indstiller er temaet afgrænset til lukket reponering i akutmodtagelse sammenlignet med invasiv reponering på en operationsstue. En analyse af dette vil både have en klinisk og en organisatorisk dimension, og kræver et stort fokus på de organisatoriske påvirkninger ved omplaceringen af opgaven.</p> <p><b>Litteratur og evidens</b></p> <p>Vejledninger til behandling af underarmsfraktur hos børn fremgår flere steder, bl.a. Lægehåndbogen på sundhed.dk, samt retningslinjer for f.eks. Regionshospitalet Gødstrup og Region Nordjylland. Derudover har Dansk Børneortopædisk Selskab udgivet en kort klinisk retningslinje vedr. behandling af distale metafysære radiusfrakturer hos børn. I den kliniske retningslinje fremgår bl.a. hvornår konservativ behandling anbefales, samt hvilke kriterier, der skal være til stede for at reposition anbefales. Efter drøftelse med indstiller er det blevet tydeligt, at vinklen på frakturen er afgørende for, om den kræver operation, eller om det kan behandles i akutmodtagelsen. Derudover har indstiller gjort opmærksom på, at reponering i akutmodtagelsen foregår enkelte steder i Danmark, men at det langt overvejende foregår på en operationsstue.</p> <p>Der er identificeret litteratur vedr. lukket reponering hos børn i skadestuen. Det er dog uklart hvor meget litteratur, der eksisterer på området, samt om det er komparativt. Derudover eksisterer der studier, som undersøger lukket reponering sammenlignet med åben. Der er bl.a. udgivet et review vedr. interventioner til behandling af håndledsfrakturer hos børn. I reviewet undersøges bl.a. kirurgisk fiksering efterfulgt af gipsning sammenlignet med gipsning efter lukket reponering. Studierne, der indgår i reviewet, er dog ikke nødvendigvis foretaget i en skadestue, hvilket kan have en betydning for en potentiel analyse.</p> <p><b>Analysetemaets forventede gevinster</b></p> <p>De potentielle gevinster er særligt patientrelaterede. Behandlingen med lukket reponering kan potentielt medføre kortere og hurtigere forløb for børn og deres familie. Derudover vil det potentielt kunne medføre en besparelse, da der ikke skal anvendes operationsstuer og forældre kan have færre fraværsdage fra arbejde hvor sidstnævnte dog ikke er et aspekt, der kan blive belyst ved en eventuel analyse i Behandlingsrådet, jf. Behandlingsrådets metoderamme og -vejledning for større analyser.</p> <p><b>Sekretariatets faglige vurdering</b></p> <p>Sekretariatet vurderer, at en analyse inden for temaet kan gennemføres, såfremt temaet afgrænses til eksempelvis lukket reponering overfor invasiv. Sekretariatet bemærker, at der vil være en væsentlig organisatorisk påvirkning forbundet med en</p>



	<p>eventuel omorganisering af behandlingen af underarmsfrakturer iht. indstillingen. Det forventes at være svært at belyse emnet informativt, da lokale implikationer af en omorganisering i høj grad vil afhænge af det enkelte behandlingssted personalesammensætning, tilgængelige kompetencer, fysiske indretning, mv. En samlet, meningsfuld analyse af organisatoriske implikationer kan derfor blive udfordret. Dette vil ligeledes have en påvirkning på det sundhedsøkonomiske perspektiv, som også forventes svært at belyse informativt og meningsfuldt. Ved udarbejdelsen af en potentiel analyse forventer sekretariatet, at der skal indsamles ny empiri vedr. patientperspektivet samt organisatoriske Implikationer.</p>
<p><b>Tema 7:</b></p> <p><b>'Insulinpumpebehandling, closed-loop, AID'</b></p> <p><b>Indstilller:</b> Region Midtjylland</p>	<p><b>Resume af analysetemaet</b></p> <p>Det indsendte analysetema omhandler behandling af patienter med type 1 diabetes med automated insulin delivery (AID), der udgøres af et sensor-insulinpumpesystem med Hybrid closed-loop (HCL). Den nuværende diabetesteknologiske behandling består i sensorbaserede glukosemålere (CGM) til børn og voksne med type-1 diabetes jf. Behandlingsrådets anbefaling vedrørende sensorbaserede glukosemålere. Derudover tilbydes insulinpumpebehandling (CSII) og sensor-insulinpumpebehandling på et lavere integrationsniveau. Alternativet til sensor-pumpebehandling er fingerprik til blodglukosemåling og insulinpen til insulininfusion.</p> <p><b>Litteratur og evidens</b></p> <p>NICE (National Institute for health and Care Excellence) har udført en analyse af AID til patienter, som ikke er velregulerede på trods af brugen af enkeltstående diabetesteknologi, for eksempel sensor eller pumpe. Analysen fra NICE udspringer i at NICE tentativt anbefaler AID-systemer til patienter, der behandles med en eller flere diabetesteknologier, herunder sensorbaseret glukosemåler, insulinpumpe eller begge dele, som ikke opnår en tilstrækkelig effekt heraf på deres langtidsblodsukker (HbA1C over 64 mmol/mol), samt til gravide. På baggrund af en cost-utility analyse estimerer NICE omkostningseffektiviteten af AID til £179k (DKK1.534.000) per QALY, sammenlignet med CGM+CSII. Jf. anbefalingen fra NICE afhænger en anbefaling af AID-systemer derfor af, at der skal forhandles en rabataftale med producenter af AID-teknologier og NHS England.</p> <p>NICE identificerer igennem deres systematiske litteratursøgning 11 RCT'er, og der eksisterer forventeligt et antal observationelle studier udover dette. Studierne varierer i opfølgningstid (12u til 6m), studiepopulation (spædbørn til ældre) og størrelse. Internationale guidelines fra ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) anbefaler AID-systemer til unge med diabetes, på baggrund af positive effekter på HbA1c, time in range (TIR) og livskvalitet.</p> <p>Der er set store behandlingsmæssige effekter af AID, også for patienter, som tidligere har været svære at hjælpe med diabetesteknologi. Dette er bl.a. vurderet på glykæmisk status (time-in-range og HbA1c), hvilket forventes at have en stor betydning for både akutte og kroniske komplikationer til diabetes. I tillæg hertil kan automatisering af diabetesbehandling potentielt mindske diabetes distress hos patienterne. Det er uvist, om en del fremmøder på sigt kan undværes eller kan konverteres til virtuelle konsultationer, på baggrund af den øgede datamængde, der indsamles med AID-systemer.</p> <p><b>Analysetemaets forventede potentiale</b></p>

En analyse af anvendelsen af AID til behandling af patienter med type-1 diabetes kan bidrage til at give klarhed og evidensbaserede anbefalinger vedr. ibrugtagning af et nyt behandlingsredskab i et hurtigt udviklende sygdomsområde.

**Sekretariatets faglige vurdering**

Analysen vurderes mulig at udføre på baggrund af den evidens, der foreligger på teknologiens kliniske effekt og sikkerhed. Dog er den eksisterende litteratur fsva. klinisk effekt og sikkerhed heterogen, og det vides dermed ikke for hvilke subgrupper af den bredere T1DM population, der meningsfuldt kan drages konklusioner om effekten af AID. Det forventes at være nødvendigt at indsamle empiri vedr. patientperspektivet, samt organisatoriske implikationer. Der er opmærksomhed på, at en stor del af den eksisterende evidens for AID omfatter behandling af børn og unge.

### **Relateret document 4/5**

**Dokument Navn:** Bilag 3 - Skema over alle ikke-udvalgte analysetemaer for 2023 og 2022.pdf

**Dokument Titel:** Bilag 3 - Skema over alle ikke-udvalgte analysetemaer for 2023 og 2022

**Dokument ID:** 1649589

6. juni 2023

## Oversigt over ikke-udvalgte indstillinger af analysetemaer for 2023 og 2022

Grundet det relativt lave antal indstillinger af analysetemaer i 2023 har sekretariatet udarbejdet en samlet oversigt over alle ikke-udvalgte indstillinger for 2023 og 2022, der kan fungere som supplement til indstillingerne for i år, hvis det viser sig relevant. I oversigten er der foretaget en opdeling og en prioritering af temaerne, der tager udgangspunkt i sekretariatets vurdering og den drøftelse, der var i Rådet, da temaerne første gang blev drøftet.

### 2023

#	Tema	Forslagsstiller	Eventuelle bemærkninger
Temaer med høj prioritet			
3	Virtual reality (VR) som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter	Sydvestjysk Sygehus	Vil eventuelt kunne gennemføres som evaluering.
11	Artroskopi ved smerter	Region Nordjylland	Vil eventuelt kunne gennemføres som evaluering.
19	<i>Optimering af cancerkontroller</i>	Regionshospitalet Gødstrup	
Temaer, der kan besvares			
1	Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på operationspatienter med anæstesivarighed > 2 timer	Sydvestjysk Sygehus	Vil eventuelt kunne gennemføres som evaluering.
4	Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk	Region Syddanmark på vegne af Regionerne	

	behandling ved fysisk fremmøde		
6	Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer	Region Syddanmark på vegne af Regionerne	
8	Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer)	Aarhus Universitetshospital	Er i gang med at blive en evaluering
10	Kredsløbsmonitorering / estimering af minutvolumen	Region Nordjylland	Vil eventuelt kunne gennemføres som evaluering.
Temaer, der mangler afgrænsning			
2	Klinisk anvendelse af 3D teknologier	Aarhus Universitetshospital	Vil eventuelt kunne gennemføres som evaluering.
7	Omstilling af fremtidens kontrol af lunge-syge patienter	Aarhus Universitetshospital	Er på tegnebrættet til at blive gennemført som evaluering
13	<i>Behandling af patienter med kroniske smerter</i>	Region Sjælland	
14	<i>Udvikling af det radiologiske område</i>	Region Sjælland	
Temaer med særlige opmærksomhedspunkter			
16	Prænatal genetisk diagnostik	Region Hovedstaden	
20	<i>Differentiering af pakkeforløb</i>	Regionshospitalet Gødstrup	
Temaer, der falder uden for genstandsfeltet			
9	Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande ved at man i sygehusbaseret psykiatri	Region Nordjylland	

	iværksætter og monitorerer initial farmakologisk behandling af hjertekar-risikofaktorer.		
15	Antikoagulation	Region Midtjylland	
18	Bivirkninger til immunterapi	Region Hovedstaden	

## 2022

#	Tema	Forslagsstiller	Eventuelle bemærkninger
Temaer med høj prioritet			
5	Systematisk monitorering af patienters vitalparametre med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom	Region Syddanmark	
6	Klimaterapi til patienter med psoriasis	Region Syddanmark	
8	Diagnostik og behandling af infektionskirurgiske tilstande	Rigshospitalet	
Temaer, der kan besvares			
7	Tinnitus	Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland	
11	Forebyggelse af synstruende tilstande hos børn i risiko for at blive svært nærsynede.	Sygehus Lillebælt	Er genindstillet som myopibehandling i 2023
Temaer, der mangler afgrænsning			
3	Ernæring og måltider til indlagte patienter	Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland	
5	Systematisk monitorering af patienters vitalparametre med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom	Region Syddanmark	
9	Udvikling af det radiologiske område	Sjællands Universitetshospital	
10	Behandling af patienter med kroniske smerter	Sjællands Universitetshospital	
Temaer med særlige opmærksomhedspunkter			

Temaer, der falder uden for genstandsfeltet			

### **Relateret document 5/5**

**Dokument Navn:** bilag 5 - Analysetemaer og bemærkninger for 2023.pdf

**Dokument Titel:** bilag 5 - Analysetemaer og bemærkninger for 2023

**Dokument ID:** 1649590



## Indstillede analysetemaer for 2023

Rækkefølgen på temaer er som følger:

#	Tema	Indstiller
1	Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på	Sydvestjysk sygehus
2	Klinisk anvendelse af 3D teknologier	Aarhus Universitetshospital
3	Virtual reality (VR) som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter	Sydvestjysk Sygehus
4	Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde	Region Syddanmark på vegne af Regionerne
5	Internetbaseret terapi - evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling	Region Syddanmark på vegne af Regionerne
6	Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer	Region Syddanmark på vegne af Regionerne
7	Omstilling af fremtidens kontrol af lungesyge patienter	Aarhus Universitetshospital
8	Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer)	Aarhus Universitetshospital
9	Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande ved at man i sygehusbaseret psykiatri iværksætter og monitorerer initial farmakologisk behandling af hjertekar-risikofaktorer.	Region Nordjylland
10	Kredsløbsmonitorering / estimering af minutvolumen	Region Nordjylland
11	Artroskopi ved smerter	Region Nordjylland
12	Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) til KOLpatienter	Region Midtjylland
13	Behandling af patienter med kroniske smerter	Region Sjælland
14	Udvikling af det radiologiske område	Region Sjælland

<b>15</b>	Antikoagulation	Region Midtjylland
<b>16</b>	Prænatal genetisk diagnostik	Region Hovedstaden
<b>17</b>	Søvnendoskopi og søvnapnø	Rigshospitalet og Regionshospitalet Gødstrup
<b>18</b>	Bivirkninger til immunterapi	Region Hovedstaden
<b>19</b>	Optimering af cancerkontroller	Regionshospitalet Gødstrup
<b>20</b>	Differentiering af pakkeforløb	Regionshospitalet Gødstrup

Indstiller	<i>Afdeling for Bedøvelse og Intensiv, Sydvestjysk Sygehus (SVS), Region Syddanmark</i>
Tema 1	<i>Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på operationspatienter med anæstesivarighed &gt; 2 timer</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Forslag til fokusområder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sammenligning af forskellige målemetoder til måling af temperatur hos operationspatienter med fokus på valide måleværdier og positive patientoplevelser.</i></li> <li>• <i>Sammenligning af omkostningseffektivitet på tværs af valide målemetoder.</i></li> <li>• <i>Fokus på metoder til at forebygge varmetab samt sikre varmevedligeholdelse, da ikke alle patienter med mindre varmetab (35-36°) ønsker at blive varmet op.</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Forekomsten af utilsigtet varmetab (hypotermi) er en meget hyppig forekommende komplikation blandt operationspatienter, således vil 70-90% af disse patienter ankomme hypotermie til opvågningen hvis tilstanden ikke forebygges. Det fremgår også af Dansk Anæstesi Database (årsrapport 2020) at andelen af anæstesier med varighed &gt;2 timer, hvor patienten havde hypotermi ved afslutning ligger langt over standarden på 5%. Således ligger andelen på 11,7% og ingen af regionerne opfylder standarden. Ligeledes fremgår det af årsrapporten, at der ikke er registreret temperaturmålinger på mere end 30.000 operative forløb, svarende til 31% af de registrerede anæstesiforløb på over 2 timers varighed. Det fremgår af DAD, at der bør igangsættes et målrettet arbejde, lokalt, regionalt og nationalt, for at sikre at patienter har normal temperatur under invasive procedure.</i></p> <p><i>På Bedøvelse og Intensiv, SVS ligger man i 2022 også på et gennemsnit på 11,6%, hvor patienten havde hypotermi og man har her igangsat et arbejde lokalt, hvor man har analyseret data på knap 300 operationspatienter. Resultaterne viser, at der generelt bør være langt større fokus på måling af temperatur, men som det også fremgår af litteraturen (Pedersen M. C; 2009) er temperaturmåling et kontroversielt område, som ofte er baseret på holdninger fremfor viden, hvilket afspejles i de mange forskellige målemetoder, som anvendes til denne patientpopulation.</i></p> <p><i>Der mangler således systematisk viden om bedste målemetode til operationspatienter med fokus på omkostningseffektivitet og patientoplevelser samt fokus på at forebygge varmetab og sikre varmevedligeholdelse. Det er særligt vigtigt, at der findes en løsning på temperaturmonitorering og opretholdelse af normal temperatur på patienter i blok, spinal og lokal anæstesi. Disse patienter er vågne og ønsker ikke at varmes mere op, end de finder komfortabelt heller ikke selv om der måles en temperatur på mindre end 36 grader. Disse patienter tæller også med i det samlede datasæt til DAD.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Operationspatienter med anæstesivarighed &gt; 2 timer.</i>

	<i>På Afdeling for Bedøvelse og Intensiv drejer dette sig om 3450 patienter årligt.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Systematisk og valid måling af temperatur på operationspatienter samt fokus på at forebygge varmetab blandt operationspatienter i lokal og generel anæstesi er centralt for patienterne. Forebyggelse af hypotermi kan reducere antallet af postoperative komplikationer såsom sårinfektion, nedsat sårheling og kulderystelser.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Temperaturmåling udført via blærekateter anses som en af de mest præcise målemetoder. Denne målemetode anvendes på SVS, men metoden er omkostningstung og er samtidig ikke anvendelig til alle operationspatienter. Således er det også ønsket, at en analyse fra Behandlingsrådet vil kunne give anbefalinger til bedste målemetode, som kan anvendes til en stor andel af populationen og som samtidig er omkostningseffektiv og tilfredsstillende for patienterne.</i></p> <p><i>Ligeledes medfører hypotermi postoperative komplikationer og set i et økonomisk perspektiv vil forebyggelse af hypotermi således være en økonomisk gevinst.</i></p> <p><i>Analysen på afdeling for Bedøvelse og Intensiv, SVS har et stort potentiale for opskalering, da udfordring med forskellig målemetoder og utilsigtet varmetab er en generel udfordring på tværs af alle regionerne</i></p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p><i>Pedersen MC. Den kolde postoperative patient. Sygeplejersken 2009; (13):40-49.</i></p> <p><i>Smith R, Woldike PM, Linneberg A. Methods of first-choice for clinical temperature measurement in Danish hospital wards. Ugeskr.Laeger 2008 May 26;170(22):1930-3.</i></p> <p><i>Kimberger O, Cohen D, Illievich U, Lenhardt R. Temporal artery versus bladder thermometry during perioperative and intensive care unit monitoring. Anesth.Analg. 2007 Oct;105(4):1042-7.</i></p>
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	Aarhus Universitetshospital
Tema 2	Klinisk anvendelse af 3D teknologier
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse af økonomisk-, behandlingsmæssig og organisatorisk effekt ved anvendelse af klinisk 3D print.</li> <li>• Analyse effekt ved en række fremtidige anvendelsesområder mht intelligent ekspedering af 3D print aktiviteter.</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Anvendelse af 3D teknologier i sundhedsvæsenet har over den seneste år-række været under stor forandring. Flere hospitaler har i dag egne 3D faciliteter, som anvendes i en lang række scenarier fra uddannelse til operationsbordet. Disse initiativer beror ofte på "græsrodsbevægelser" og en klinisk intuition om at 3D teknologier bidrager positivt til behandlingen af patienter. Dette er i høj grad underbygget af forskningen. Der findes dog ikke et fyldestgørende billede af hvilke konkrete og afledte effekter anvendelsen tilvejebringer.</p> <p>En større analyse som nærværende vil i høj grad kunne fungere som et værktøj til at belyse den fulde effekt af anvendelsen, og dermed have et konkret værktøj til at fastlægge den organisatoriske struktur på et passende niveau.</p>
Beskriv patientpopulation	I øjeblikket ses en meget broget patient population af kirurgiske patienter der har gavn af 3D print centeret, AUHs aktiviteter. I 2021 blev i alt 8 specialer betjent og over 130 patienter blev der leveret til. Dette er i et år med Corona og sygeplejersker. Uden disse udfordringer haves indikationer på langt højere anvendelsesgrad lokalt på hospitalet. Der ud over har andre af landets hospitaler inden for de seneste år taget lignende 3D initiativer. En større analyse som denne ville således komme til gavn nationalt.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Det ses ret entydigt i den videnskabelige litteratur, at 3D print har en positiv effekt på behandlingen af patienterne. En større analyse som denne ville hjælpe til at sikre at 3D anvendes intelligent, hvor det giver mest mulig effekt og at den gradvise udvidelse sker på et konsolideret grundlag.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	Den videnskabelige litteratur samt egne erfaringer viser at anvendelsen af 3D print giver anledning til signifikant kortere operationstider, kortere indlægningsstider og færre re-operationer. Fra et økonomisk synspunkt er dette tre meget store punkter. Det præcise omfang kendes dog ikke.
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ballard DH et al. Medical 3D Printing Cost-Savings in Orthopedic and Maxillofacial Surgery: Cost Analysis of Operating Room Time Saved with 3D Printed Anatomic Models and Surgical Guides. Acad Radiol. 2020;27(8):1103-1113.</li> <li>• Mazzola F et al. Time and cost-analysis of virtual surgical planning for head and neck reconstruction: A matched pair analysis. Oral Oncol. 2020 Jan;100:104491.</li> </ul>
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	<i>Region Syddanmark - på forslag fra Sydvestjysk Sygehus</i>
Tema 3	<i>Virtual reality (VR) som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Effekt af VR som metode til distraktion fra smertefulde procedurer hos børn og unge, sammenlignet med andre metoder til distraktion fra smertefulde procedurer – stratificeret på demografi, smertefulde procedurer og forskellige former for VR (effekt kan måles med smertevurderingsredskaber eller patientoplevelt smerte/pårørendeoplevelt smerte)</i></li> <li>• <i>Er der nogle kontraindikationer ift. anvendelsen af VR som smertelindring?</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Børn bliver i sundhedsvæsenet udsat for procedurer som er smertefulde og angstprovokerende.</i></p> <p><i>Smertefulde procedurer – særligt de tilbagevendende smertefulde procedurer - giver en risiko for, at barnet kan udvikle en kronisk spændingstilstand der kan forstærke smerterne og forårsage kroniske smerter.</i></p> <p><i>Non-farmakologisk smertebehandling er en essentiel del af smertelindring til børn og unge og en række af de faglige anbefalinger retter sig mod distraktion / afledning fra den smertefulde procedurer. Flere studier peger på, at VR som non-farmakologisk smertelindring til børn og unge har et stort potentiale og eks. kan have samme smertelindrende effekt som hvis en specialuddannet sygeplejerske skulle aflede barnets opmærksomhed.</i></p> <p><i>Den nationale vejledning for akutte smerter hos børn peger også på "elektroniske spil" som metode til afledning af børn i alderen 6-18 år<sup>1</sup>, men der er fortsat en række uklarheder omkring brugen af VR som bør være på plads før metoden implementeres bredt.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter. Procedure-relaterede smerter omfatter – men er ikke begrænset til – stikprocedurer, anlæggelse af sonde, rensning og suturering af sår og behandling af brandsår.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>Ubehandlede smerte og angst hos børn/unge kan have vidtrækkende konsekvenser langt ind i voksenalderen, og det er essentielt at smerter og angst forebygges og behandles.</i></p> <p><i>Særligt er det relevant for den større gruppe af kronisk syge børn og unge der jævnligt får foretaget smertefulde procedurer, eks. børn og unge med gigt og blødersygdomme som ofte går til blodprøvekontrol.</i></p> <p><i>Det er afgørende, at metoden til smertelindring (herunder distraktion) er i overensstemmelse med evidensen på området, således at børn og unge smertelindres bedst muligt ud fra den viden der er på området.</i></p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Der kan være omkostninger forbundet med at anskaffe VR udstyr med en stk. pris på 5000 kr. pr. brille, uden abonnement. Tilbud fra firma på 26.000 kr./år for 2 briller med software. Der er behov for at få undersøgt forholdet mellem anskaffelsesprisen og effekten af VR som metode til smertelindring.</i>

# Behandlingsrådet

<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p><i>Recent Applications of Virtual Reality for the Management of Pain in Burn and Pediatric Patients.</i> Ang SP, Montuori M, Trimba Y, Maldari N, Patel D, Chen QC. <i>Curr Pain Headache Rep.</i> 2021 Jan 14;25(1):4. doi: 10.1007/s11916-020-00917-0. PMID: 33443603 Review.</p> <p><i>Use of virtual reality in the supportive care management of paediatric patients with cancer.</i> Yap KY, Koh DWH, Lee VSJ, Wong LL. <i>Lancet Child Adolesc Health.</i> 2020 Dec;4(12):899-908. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30240-6. PMID: 33217359 Review.</p> <p><i>Use of Virtual Reality for minor procedures in the Emergency Department: A scoping review.</i> McCahill RJ, Nagle C, Clarke P. <i>Australas Emerg Care.</i> 2021 Sep;24(3):174-178. doi: 10.1016/j.auec.2020.06.006. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32718907 Review.</p> <p><i>Immersive Virtual Reality for Pediatric Procedural Pain</i> Walther-Larsen, S, Petersen, T, Friis, SM, Aagaard, G, Drivenes, B &amp; Opstrup, P 2019. <i>Hospital pediatrics</i>, bind 9, nr. 7, s. 501-507. <a href="https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0249">https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0249</a></p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	

---

<sup>1</sup> [akutte-smerter-hos-boern-jan2019.pdf \(rigshospitalet.dk\)](#)

# Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling: Telepsykiatrisk Center  
Dato: 22. februar 2022  
Udarbejdet af: Lisbeth Thisted  
E-mail: lta@rsyd.dk  
Telefon: 2979 6434

## Oplæg til temaer til behandlingsrådet

Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark anbefaler, at Behandlingsrådet analyserer følgende teknologier, som aktuelt bruges i psykiatrisk behandling:

1. Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde
2. Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling
3. Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer

Baggrund:

Temaerne er blevet drøftet og godkendt på møde i Lægedirektør Forum den 9. februar 2022. I Lægedirektør Forum deltager de lægelige psykiatridirektører fra alle fem regioner. Temaerne har efterfølgende været udsendt til de øvrige regioner med mulighed for at indgive bemærkninger forud for indsendelse.

Region Syddanmark foreslås som indstiller på vegne af alle 5 regioner.



## Psykiatrien i Region Syddanmark

Indstiller	<i>Region Syddanmark – på forslag fra Lægedirektør Forum</i>
Tema 4	<i>Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde.</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ambulant psykiatri</i></li> <li>• <i>Døgnpsykiatri</i></li> <li>• <i>Akutpsykiatri</i></li> <li>• <i>Psykiatri i udgående funktioner</i></li> </ul> <p><i>For alle fokusområder er både voksenpsykiatri og børne- og ungepsykiatri relevant.</i></p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Psykiatrien har under Covid-19 fået flere erfaringer med at anvende videokonsultationer i patientforløb. Alle regionspsykiatrier har målsætninger om at op til 30 % af ambulante kontakter foregår digitalt. Der mangler imidlertid systematisk viden om sammenhængen mellem brugen af videokonsultation i psykiatrien og effekten på patientoplevelset kvalitet, omkostningseffektivitet samt den optimale organisering af indsatser.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Videokonsultation har relevans for alle diagnoseområder, men vil altid kræve en faglig vurdering af behandleren i samråd med patienten. Videokonsultation anvendes i dag især til behandlingssamtaler, opfølgingsmøder, gruppeterapi, netværksmøder og undervisning. I mange typer af patientforløb peger både patienter, behandlere og forskning på et mix af video og fysisk fremmøde som det mest optimale.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>De positive gevinster ved at anvende videokonsultation omfatter fleksibilitet og sammenhæng i behandlingsforløb, øget adgang til specialiseret behandling uafhængig af geografisk lokalitet, mindre transporttid for borgeren, færre udeblivelser og afbud. Intern evaluering i Psykiatrien i Region Syddanmark peger på, at langt størstedelen af de patienter, som har haft en videokonsultation ønsker at benytte sig af det igen.</i></p> <p><i>De negative effekter omfatter risiko for tekniske problemer, fx dårlig kvalitet af billede og lyd, som kan forstyrre behandlingen og forringe behandlingsudbytte. Det kan også være sværere for behandleren at vurdere det nonverbale og etablere relation over video.</i></p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Øget anvendelse af videokonsultation har potentiale til at forbedre ressourceanvendelse i psykiatrien, da både behandlere og patienter sparer tid på transport. I visse typer af behandlingsforløb giver det også mulighed for at lave nye aftaler med kort varsel, hvis fx et hul i kalenderen opstår</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Der findes omfattende international forskning i klinisk effekt ved anvendelse af videokonsultation, men yderst begrænset viden i en dansk kontekst og i særdeleshed manglende viden om den sundhedsøkonomiske effekt ved omlægning af fysiske fremmøder til videokontakt.</i>
Øvrige bemærkninger	<i>Øget brug af videokonsultation forudsætter gode digitale kompetencer hos behandlere. Patienternes kompetencer er også vigtige, men de kan også</i>

## Psykatrien i Region Syddanmark

	<p><i>understøttes af behandler samt teknisk support.</i></p> <p><i>Undersøgelse af omkostningseffektivitet ved anvendelse af videokonsultation er også relevant inden for somatikken.</i></p>
--	--

# Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling: Telepsykiatrisk Center  
Dato: 22. februar 2022  
Udarbejdet af: Lisbeth Thisted  
E-mail: lta@rsyd.dk  
Telefon: 2979 6434

## Oplæg til temaer til behandlingsrådet

Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark anbefaler, at Behandlingsrådet analyserer følgende teknologier, som aktuelt bruges i psykiatrisk behandling:

1. Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde
2. Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling
3. Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer

Baggrund:

Temaerne er blevet drøftet og godkendt på møde i Lægedirektør Forum den 9. februar 2022. I Lægedirektør Forum deltager de lægelige psykiatridirektører fra alle fem regioner. Temaerne har efterfølgende været udsendt til de øvrige regioner med mulighed for at indgive bemærkninger forud for indsendelse.

Region Syddanmark foreslås som indstiller på vegne af alle 5 regioner.

## Psykiatrien i Region Syddanmark

Indstiller	<i>Region Syddanmark - på forslag fra Lægedirektør Forum</i>
Tema 5	<i>Internetbaseret terapi – evidensbaseret kognitiv adfærdsterapi, hvor patienten støttes i egen behandling via online behandlingsprogram.</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Det landsdækkende behandlingstilbud Internetpsykiatrien tilbyder nu evidensbaserede forløb for let til moderat angst og depression, støttet af psykologer ved bl.a. forsamtaler. Dette tilbud har potentiale for at hjælpe mange flere borgere inden for målgruppen, end det aktuelt gør. Dette kræver dog bl.a. øget kendskab samt en bredere forankring hos og formidling fra relevante aktører, fx almen praksis, sundhedshuse, kommunale tilbud, sundhed.dk og i fremtiden hos fx sundhedsklynger og nærhospitaler.</i></li> <li>• <i>Der er et uforløst potentiale ift. at sikre Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til alle relevante patientgrupper. Aktuelt findes der ikke et dansk evidensbaseret behandlingsprogram for bl.a. OCD, PTSD, spiseforstyrrelser samt børn og unge. Aktuelt udvikler Region Syddanmark et angsttilbud målrettet unge samt ikke støttede behandlingsprogrammer målrettet forebyggelse samt lette symptomer på angst og depression.</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Internetbaseret terapi viser potentiale til at blive en hjørnesteen i fremtidens psykiatri. Ud over det fællesregionale tilbud Internetpsykiatrien har Region Midtjylland lanceret internetbaseret behandling af helbredsangst i hele landet, og Region Hovedstaden tester et online behandlingsprogram i deres ambulante behandling målrettet selvskadende 13-17årige. Både dansk og international forskning peger på et enorm potentiale for at tilbyde behandlingen til endnu flere borgere og endnu flere målgrupper. En analyse fra Behandlingsrådet vil understøtte udviklingen ved at skabe tydelighed omkring internetbaseret terapier behandlings- og omkostningseffektivitet.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Aktuelt venter tusindvis af både børn, unge og voksne med lette til moderate symptomer på angst, depression, OCD, spiseforstyrrelser i mange uger og måneder på at få et relevant offentligt behandlingstilbud. En meget stor andel af disse har både motivationen og kompetencerne til at modtage online behandling via et tilbud som Internetpsykiatrien. På bagkant af COVID-19-pandemien er det blevet tydeligt, at digitale tilbud er relevante for et endnu større flertal af danskerne end først antaget.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>For patienterne er den oplevede værdi især:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hurtigere adgang til relevant evidensbaseret behandling.</i></li> <li>• <i>Adgang til kvalitetssikret kognitiv adfærdsterapi for borgere i hele landet.</i></li> <li>• <i>Oplevet nærhed til sundhedsvæsenet, da behandlingen kan ske fra hjemmet eller hvor borgeren ellers tilgår internet.</i></li> </ul>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi rummer et betydeligt potentiale for opskalering, da de tilknyttede behandlere kun deltager aktivt ved forsamtale, løbende sparring over beskeder samt afsluttende samtaler.</i></p> <p><i>Derudover sker behandlingen asynkront ved patientens egen indsats. Helt ikke støttede behandlingsforløb via automatiserede</i></p>

## Psykiatrien i Region Syddanmark

	<i>behandlingsprogrammer som forebyggelse og behandling af lette symptomer viser også et stort potentiale – disse er aktuelt under udvikling og afprøvning i Region Syddanmark for målgrupperne angst, depression og BED (spiseforstyrrelse).</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Der findes betydelig international forskning i effekten af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi. I dansk kontekst er der især forsket i effekten af Internetpsykiatriens tilbud, hvor den vigtigste litteratur bl.a. er:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Mathiasen et al. (2018)</i></li><li>• <i>Titov et al. (2018).</i></li></ul> <i>Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark kan kontaktes for formidling af yderligere forskningsresultater og litteratur.</i>
Øvrige bemærkninger	

# Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling: Telepsykiatrisk Center  
Dato: 22. februar 2022  
Udarbejdet af: Lisbeth Thisted  
E-mail: lta@rsyd.dk  
Telefon: 2979 6434

## Oplæg til temaer til behandlingsrådet

Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark anbefaler, at Behandlingsrådet analyserer følgende teknologier, som aktuelt bruges i psykiatrisk behandling:

1. Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde
2. Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling
3. Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer

Baggrund:

Temaerne er blevet drøftet og godkendt på møde i Lægedirektør Forum den 9. februar 2022. I Lægedirektør Forum deltager de lægelige psykiatridirektører fra alle fem regioner. Temaerne har efterfølgende været udsendt til de øvrige regioner med mulighed for at indgive bemærkninger forud for indsendelse.

Region Syddanmark foreslås som indstiller på vegne af alle 5 regioner.

## Psykiatrien i Region Syddanmark

Indstiller	<i>Region Syddanmark - på forslag fra Lægedirektør Forum</i>
Tema 6	<b>Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer</b>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Eksponeringsterapi via virtual reality har vist et stort veldokumenteret potentiale i behandlingen af særligt angstlidelser og PTSD.</i></li> <li>• <i>Aktuel dansk forskning i den innovative behandling kaldet avatarterapi peger på et hidtil ukendt potentiale i behandlingen af hørelshallucinationer hos patienter med skizofreni</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Eksponeringsterapi vha. virtual reality (VR) er nu en veldokumenteret behandlingsform for en række angstlidelser og PTSD. Flere studier viser også tegn på effektiv behandling af depression, spiseforstyrrelser og skizofreni, fx det innovative danske Challenge-forskningsprojekt, hvor anvendelsen af avatarterapi testes i behandlingen af hørelshallucinationer hos patienter med skizofreni. I øjeblikket viser de fleste studier dog, at terapi med VR-udstyr "kun" har samme behandlingseffekt som traditionel eksponeringsterapi. Derfor bliver økonomi formentlig en vigtig parameter for i hvilken grad og for hvilke målgrupper VR-baseret terapi bør tages i brug. VR-baseret terapi tyder på at give ressourcebesparelser for både behandler og patient, imens der muligvis er større compliance hos fx visse angstpatienter pga. øget tryghed under behandlingen. Endelig er VR-udstyr allerede i brug i en række danske psykiatridelinger som understøttelse af mindfulness træning og meningsfuld aktivitet for indlagte patienter.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Patienter i ambulant behandling for angstlidelser eller PTSD. Her muliggøres behandlerstøttet eksponeringsterapi på nye måder ved hjælp af VR. Patienter med skizofreni og oplevet hørelshallucinationer, kan sandsynligvis modtage et helt ny behandlingsform, som er meget krævende, men også viser stort potentiale i forskning ift. at hjælpe patienter, som tidligere ikke har fået relevant behandling af deres hallucinationer.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Angst og PTSD-patienter kan sammen med deres behandler og alene få helt nye muligheder for at arbejde systematisk med eksponering inden for trygge rammer hos behandleren eller i eget hjem. Patienter med skizofreni og hørelshallucinationer kan potentielt modtage hel eller delvis behandling for deres meget invaliderende symptomer via en unik terapiform, som tidligere ikke eksisterede.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Det er uklart, hvor stor besparelsen er, når behandleren tager VR i brug i forbindelse med eksponeringsterapi. Men det er veldokumenteret, at terapien er virkningsfuld for patienterne. Og det er sandsynligt, at der er effektiviseringer at hente, eksempelvis ift. transporttid og øget adgang til tilbud om behandling.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur	<i>Der findes både danske og international forskning i effekten af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi.</i>

## Psykatrien i Region Syddanmark

eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark kan kontaktes for formidling af yderligere forskningsresultater og litteratur.</i>
Øvrige bemærkninger	



# Behandlingsrådet

Indstiller	Lungesygdomme, AUH, Region Midtjylland
Tema 7	Omstilling af fremtidens kontrol af lungesyge patienter
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"><li>- hvordan kontrolleres den kronisk lungesyge patient i hjemmet. Hvordan sikres lungefunktionsmålinger inkl. diffusionsmåling derhjemme?</li><li>- hvordan sikrer vi en bedre ressourceudnyttelse, kronikeren vs. den nyhenviste lungepatient?</li><li>- hvordan sikrer vi tryghed og viden blandt patienterne?</li></ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Vi ser ind i en fremtid med flere ældre, flere kronikere og færre i den arbejdsdygtige alder. Der er derfor behov for en måde at differentiere vores kontrol af svært lungesyge patienter. Dette kunne ske med egen målinger af lungefunktion, funktionsniveau, iltmætning etc., så at vi kan undlade at se de stabile patienter og koncentrere os om de patienter, der oplever forværring.</p> <p>Ydermere kan den indsigt patienterne får ved selvkontrol, benyttes til en næsten daglig overvågning, således, at vi får mulighed for nemmere at gribe tidligt ind ved en forværring.</p>
Beskriv patientpopulation	Patienter med lungesygdom. Vi ønsker i første omgang at arbejde med patienter med interstitiel lungesygdom, da de er en stor patientgruppe i Lungesygdomme, AUH, og deres kontrol er ressourcekrævende. Vi er bevidste om at opsamle erfaring til at kunne overføre denne til andre grupper af lungepatienter, her kan nævnes astma og KOL patienter, som begge er meget store patientgrupper på landsplan.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>Vi ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt.</p> <p>Involvering af patienten i udarbejdelse af forskellige løsninger og brug af sundhedsteknologi</p> <p>Patienter får stor indsigt i egen sygdom, og tryghed ved faste og hyppige egenmålinger.</p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Der frigives tid i lungemedicinsk afdeling til at se rette patient på rette tidspunkt, og håndtere en forværring bedst muligt.</p> <p>Der frigives tid til at se nyhenviste patienter inden for udredningsretten, hvor vi i dag har måneders ventetid.</p> <p>Samlet set bruges vores tid mere fornuftigt.</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>Enkelte studier har vist, at hjemme-monitorering af patienter med interstitielle lungesygdomme er muligt, men at der forsat resterer mange udfordringer</p> <p>Althobiani MA, Evans RA, Alqahtani JS, et al. Home monitoring of physiology and symptoms to detect interstitial lung disease exacerbations and progression: a systematic review. ERJ open Res [Internet]. 2021;7. Available from:</p>

	<p><a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34938799">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34938799</a>.</p> <p>Ambrosino N, Fracchia C. The role of tele-medicine in patients with respiratory diseases. <i>Expert Rev Respir Med</i> [Internet]. 2017;11:893–900. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28942692">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28942692</a>.</p> <p>Marcoux V, Wang M, Burgoyne SJ, et al. Mobile Health Monitoring in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. <i>Ann Am Thorac Soc</i> [Internet]. 2019;16:1327–1329. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31242394">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31242394</a>.</p> <p>Maher TM, Corte TJ, Fischer A, et al. Pirfenidone in patients with unclassifiable progressive fibrosing interstitial lung disease: a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 2 trial. <i>Lancet Respir Med</i> [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28];8:147–157. Available from: <a href="https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(19)30341-8/abstract">https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(19)30341-8/abstract</a>.</p> <p>Moor CC, Mostard RLM, Grutters JC, et al. Home Monitoring in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. A Randomized Controlled Trial. <i>Am J Respir Crit Care Med</i> [Internet]. 2020;202:393–401. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32325005">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32325005</a>.</p>
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	Aarhus Universitetshospital
Tema 8	Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer)
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At afdække effektiviteten af PVP</li> <li>- Afgrænsning af patientpopulation, hvor der er indikation for PVP</li> <li>- Afklaring af tidsperspektiv for udførelse af PVP ved indikation</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>osteoporose kan forårsage sammenfald af ryghvirvler. omkring 50 af sammenfaldene er smertefrie, men ved de resterende vil patienterne opleve smerter i varierende grad fra mildere selvlimiterende forløb til invaliderende og eller langvarige smerter, der øger sygelighed, dødelighed, medicinforbrug og afhængigheden af hjælp fra andre. Incidensen af sammenfald i lænden er ikke kendt, da en del er asymptomatiske men skønnes til ca. 10.000 pr. år. ca. 200 pr. år er opgjort med diagnosekoder og er dermed formentlig symptomatiske men i varierende grader (1).</p> <p>Perkutan vertebroplastik er en behandling, hvor der under røntgengennemlysning indsprøjtes cement i en sammenfaldet ryghvirvel mhp at stabilisere denne. Behandlingen anvendes alene på smerteindikation.</p> <p>Midlertid er det kontroversielt, hvilke patienter der har gavn af behandlingen. Der er således lavet lodtrækningsstudier der både viser en gavnlig eller ingen effekt på smerter og livskvalitet og det samme gælder meta-analyser (samlet analyse af flere studier), hvor nogen viser en effekt (2) og andre ikke gør (3). De divergerende resultater afhænger formentlig af inklusionskriterierne i studierne samt af om PVP sammenlignes med standardbehandling (smertestillende medicin) eller et såkaldt sham-indgreb hvor patienterne instrumenteres som ved PVP men blot ikke får sprøjtet cement ind. Derudover kan timingen af behandlingen i forhold til sammenfaldets opståen spille en rolle.</p> <p>PVP tilbydes i dag på hospitaler i alle regioner, men med baggrund i ovenstående er det meget varierende fra region til region, hvilke patienter, der tilbydes behandlingen, og hvilke lægespecialer, der kan henvise til PVP.</p>
Beskriv patientpopulation	<p>Patienter med osteoporotiske rygsammenfald (vertebrale frakturer) der har behov for længerevarende behandling med stærk smertestillende medicin og eller indlæggelse eller ikke tåler stærk smertestillende medicin. Størrelsen af denne population er ikke velkendt men vil være en lille del af de 200 symptomatiske sammenfald på et år. På AOU er der ca 125 henvendelser pr. år grundet sammenfald hos borgere &gt; 55 år hvoraf 5 resulterer i en indlæggelse af kortere eller længere varighed. AOU's patientgrundlag er ca. 400.000 borgere.</p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>En afklaring af hos hvilke patienter, PVP vil medføre klinisk relevant smertelindring og hos hvilke patienter dette ikke kan forventes, vil betyde at PVP vil kunne tilbydes med langt større præcision end tilfældet er i dag.</p>

<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p>En MTV fra Sundhedsstyrelsen om PVP fra 2010 (4) indeholder en økonomisk analyse der baserer sig på et dansk studie (5) gennemført fra 2001-2008, hvor PVP er sammenlignet med standardbehandling (korset og smertestillende medicin). Analysen viser en økonomisk gevinst på knap 15.000kr. pr. patient primært grundet et afkortet indlæggelsesforløb og muligt nedsat behov for hjemmehjælp. Lignende resultater er fundet i en nylig meta-analyse (6).</p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Abtahi et al. Osteoporos Int. 2019 Nov;30(11):2217-2223.</li> <li>2) Buchbinder et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov 6;11(11)</li> <li>3) Ramos-Bossini et al. Eur Radiol. 2021 Nov;31(11):8542-8553</li> <li>4) <a href="#">Perkutan-vertebroplastik-som-behandling-af-smertefulde-osteoporotiske-rygfrakturer.ashx (sst.dk)</a></li> <li>5) Rousing et al. Spine (Phila Pa 1976). 2009 Jun 1;34(13):1349-54</li> <li>6) Pron et al. Spine J. 2022 Mar 5;S1529-9430(22)00093-6.</li> </ol>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	<p>PVP bruges også ved maligne læsioner. Denne henvendelse drejer sig udelukkende om non-maligne osteoporotiske sammenfald.</p>

Indstiller	<i>Psykiatrien i Region Nordjylland</i>
Tema 9	Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande ved at man i sygehusbaseret psykiatri iværksætter og monitorerer initial farmakologisk behandling af hjertekar-risikofaktorer.
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Kan der laves en algoritme som beslutningsstøtte til opstart af behandling af hyppige bivirkninger af hjerte-kar mæssig betydning hos patienter med svære psykiatriske tilstande?</i></p> <p><i>Kan en sådan algoritme gøres obligatorisk at anvende ligesom screening for hjerte-kar risikofaktorer ved patienter i antipsykotisk behandling</i></p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Patienter med svære psykiatriske tilstande har en forventet levetid der er 15-20 år kortere end det observerede i almenbefolkningen. Naturlig død, herunder primært hjerte-kar-sygdom, er den hyppigste dødsårsag i denne patientgruppe. Der er iværksat obligatorisk screening hos patienter i antipsykotisk behandling for hjerte-kar risikofaktorer, men disse patienter henvises ofte til egen læge for at få iværksat medicinsk behandling af disse risikofaktorer. Patienterne er oftest delvist marginaliserede og har ofte et nedsat funktionsniveau, hvilket øger risikoen for at de ikke får iværksat behandling.</i></p> <p><i>Data viser at en person med svær psykiatrisk sygdom har en højere grundlæggende risiko for hjerte-kar-sygdom, og man bør derfor iværksætte behandling på et tidligere tidspunkt.</i></p> <p><i>Patienter med svære psykiatriske tilstande følges ofte i specialiserede behandlingsteams i sygehuspsykiatrien og hvis man konsekvent iværksatte medicinsk behandling af hjerte-kar risikofaktorer kunne dette have væsentlig betydning for mindskelse af overdødelighed.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Patienter med de sværeste psykiatriske tilstande (F2,F3, F6)</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Patienter ville kunne få iværksat en medicinsk behandling som potentielt kunne forbedre livslængde og mindske risiko for hjerte-kar-sygdom. Herved kunne man på sigt mindske behandlingsbehovet for somatiske sygdomme i patientgruppen.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Der skal afsættes ressourcer til udarbejdelse og opdatering af en algoritme for beslutningsstøtte i forhold til opstart af medicinsk behandling af overvægt, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk og rygning. Denne algoritme skal formodentligt være delvist pragmatisk baseret da data på den specifikke population ikke findes.</i></p> <p><i>Der er tidligere lavet randomiserede forsøg i Danmark der viser at man ikke kan gennemføre livsstilsændringer der medfører ændringer i hjerte-kar risikofaktorer på trods af betydelig støtte, i en gruppe af patienter med svær psykiatrisk tilstand (F2).</i></p>

# Behandlingsrådet

	<p><i>Der ventes ikke betydeligere omkostninger forbundet med iværksættelse af den medicinske behandling i psykiatrisk kontekst, da det allerede nu er standard praksis at screene for disse. Opstart af medicinsk behandling der mindsker disse risikofaktorer vurderes at medføre begrænset øget tidsanvendelse.</i></p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>M Solmi, J Fiedorowicz, L Poddighe, M Delogu, M Alessandro, A Hoye, IH Heiberg, B Stubbs, L Smith, H Larsson, R Attar, RE Nielsen, S Cortese, JI Shin, P Fusar-Poli, J Firth, LN Yatham, A Carvalho, DJ Castle, M Seeman, CU Correll. Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. <i>Am Jour Psych.</i> 2021 Sep 1;178(9):793-803.</p> <p>Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. <i>Nat Rev Cardiol</i> 2020; 18 (2): 136-145</p> <p>RE Nielsen, P Kugathasan, S Straszek, SE Jensen, RW Licht. Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? <i>Int Bipolar Disord</i> 2019; 7: 2</p> <p>RE Nielsen, RW Licht. Could we do more? <i>Bipolar Disord</i> 2018 Dec; 20(8): 683-684</p> <p>The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. Helene Speyer, Hans Christian Brix Nørgaard, Merete Birk, Mette Karlsen, Ane Storch Jakobsen, Kamilla Pedersen, Carsten Hjorthøj, Charlotta Pisinger, Christian Gluud, Ole Mors, Jesper Krogh, Merete Nordentoft. <i>World Psychiatry</i> 2016;15:155–165</p>
Øvrige bemærkninger	<p><i>Kommer gerne og laver præsentation eller oplæg til diskussion omhandlende emnet.</i></p>

Indstilller	Anæstesi- og Intensivafdelingen, Aalborg Universitetshospital
Tema 10	Kredsløbsmonitorering / estimering af minutvolumen
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	
Angiv motivation for indstilling af temaet	Antallet af ældre og antallet af ældre med kroniske sygdomme (komorbiditet) er stadig stigende. Det betyder, at kompleksiteten af patienter, som indlægges på hospital til såvel planlagte behandlinger som til behandling for akut opstået sygdom er kraftigt stigende. De kritisk syge patienter, som har behov for større kirurgiske indgreb, så som hjertekirurgi, mavetarm kirurgi og traume kirurgi eller som har behov for behandling på intensiv afdeling for sepsis (blodforgiftning), organsvigt, efter større kirurgi og traumer, eller anden livstruende sygdom er ressourcekrævende. Hos den kritisk syge patient skal iltforsyningen til alle kroppens celler sikres og her spiller en monitorering af kredsløbet en central rolle med måling af hjertets minutvolumen (cardiac output). Den gyldne standard for bestemmelse af hjertets minutvolumen er en invasiv måling via et kateter placeret i højre hjertehalvdel (i arterie pulmonalis). Denne kalibrerede metode giver de bedst validerende og mest præcise kontinuerlige målinger, som kan sikre en rettidig behandling og hurtig optimering af kredsløbet. Der findes flere kalibrerede og ikke-kalibrerede metoder på markedet, som dog ikke lever op til standardkravene om præcision, overensstemmelse med faktuelle mål for cardiac output og mulighed for følge ændringer over tid hos den kritisk syge patient. Optimal kredsløbsmonitorering kan sikre rettidig behandling af de mest kritisk syge voksne patienter, som indlægges på hospital, uanset alder og dermed potentielt nedsætte indlæggelsesvarigheden og mindste sygelighed og dødelighed.
Beskriv patientpopulation	Kritiske syge patienter, som indlægges planlagt eller akut, hvor kredsløbsmonitorering er indiceret under operation og ved behandling på intensiv afdeling. Det drejer sig om 6000 til 8000 patienter årligt.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	I takt med tiltagende ældre befolkning med stigende sygdoms kompleksitet øges behov for kredsløbsmonitorering. Udgiften til ekstra apparatur vil sikre optimal og rettidig behandling af de mest kritisk syge voksne patienter, som indlægges på hospital.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	Der kan sende særskilt apparaturplan med økonomiske beregninger af udskiftning af vores eksisterende kredsløbsmonitorerings apparatur, som er nedbrudstruet samt tillægsplan over hvilke ekstra kredsløbsmonitoreringer der bør anskaffes ved optimal monitorering af alle patienter.
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, Beale R, Bakker J, Hofer C, Jaeschke R, Mebazaa A, Pinsky MR, Teboul JL, Vincent JL, Rhodes A. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 2014 Dec;40(12):1795-815.</li> <li>2. Vejledning til perioperativ væskebehandling Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin Udvalget for Anæstesi og Perioperativ Medicin 2022</li> <li>3. Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, Cariou A, Cronberg T, Friberg H, Genbrugge C, Haywood K, Lilja G, Moolaert VRM, Nikolaou N,</li> </ol>

	<p>Olasveengen TM, Skrifvars MB, Taccone F, Soar J. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: postresuscitation care. <i>Intensive Care Med.</i> 2021 Apr;47(4):369-421.</p> <p>4. Biais M, Pearse R. Perioperative haemodynamic therapy: Why are recommendations not being adopted? <i>Anaesthesia Critical Care &amp; Pain Medicine</i>, 2019; 8(1): 5-7</p> <p>5. VanDyck TJ, Pinsky MR. Hemodynamic monitoring in cardiogenic shock. <i>Curr Opin Crit Care.</i> 2021 Aug 1;27(4):454-459</p> <p>6. Saugel B, Vincent JL, Cardiac output monitoring: how to choose the optimal method for the individual patient. <i>Curr Opin Crit Care</i> 2018, 24:165-172.</p> <p>7. Kaufmann T, Van der Horst I, Scheeren TWL. This is your toolkit in hemodynamic monitoring. <i>Curr Opin Crit Care</i> 2020; 26:303 – 312</p>
Øvrige bemærkninger	Ingen



Indstilller	Aalborg Universitetshospital
Tema 11	Artroskopi af knæ pga. vedvarende smerte og manglende effekt af træning
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende effekt af knæ artroskopi</li> <li>• Manglende effekt af træning</li> <li>• Det er ikke afklaret hvilke patienter der har effekt af knæ artroskopi og i hvor høj grad</li> <li>• Det er ikke afklaret om alle patienter får den korrekte træning.</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Der bliver foretaget en større mængde knæ artroskopi pga. vedvarende smerter og manglende effekt af træning. Det er patienter i alderen over 40 år med større eller mindre grad af degenerative menisk forandringer. Der er som regel normalt bevægeudslag i knæleddet og samtidig fund af degenerative forandringer i menisken ved artroskopien og der foretages en større eller mindre grad af menisk resektion. Ikke alle har effekt af artroskopi hvor den degenererede del af menisken fjernes. Årsagen til den manglende effekt er uklar. Et helt friskt systematisk review af 16 randomiserede studier konkluderer (1):” <i>Arthroscopic surgery provides little or no clinically important benefit in pain or function, probably does not provide clinically important benefits in knee-specific quality of life, and may not improve treatment success compared with a placebo procedure. It may lead to little or no difference, or a slight increase, in serious and total adverse events compared to control, but the evidence is of low certainty. Whether or not arthroscopic surgery results in slightly more subsequent knee surgery (replacement or osteotomy) compared to control remains unresolved.</i>”</p> <p>Det er vist i flere studier at specifik neuro-muskulær træning er effektiv overfor knæsmerte på degenerativ basis (2,3,4). Aktuelt er et igangværende studie ved at undersøge om der er effekt af artroskopisk menisk resektion overfor træning hos yngre uden degenerative forandringer (5).</p>
Beskriv patientpopulation	Midaldrende til ældre > 40 år med mere end 3 måneder knæsmerte
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Vælge den korrekte behandling og undgå unødigt artroskopisk kirurgisk behandling
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>I et review af 9 kohorte studier oplyses at 10-års udgiften for knæ menisk artroskopi 31528 \$ og for non-operativ 25006 \$ (6). Et andet studie viste betydelig mindre udgift ved træning overfor arthroscopy (-1803 EUR), men afhængig af villigheden til at betale for ydelsen (7).</p> <p>Med mere end 18000 knæ artroskopier i Danmark om året er der et stort potentiale for reducere sundhedsmkostningerne (8).</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur	1. O'Connor D, Johnston RV, Brignardello-Petersen R, Poolman RW, Cyril S, Vandvik PO, Buchbinder R. Arthroscopic surgery for

<p>eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p>degenerative knee disease (osteoarthritis including degenerative meniscal tears). Cochrane Database Syst Rev. 2022 Mar 3;3(3):CD014328.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Grønne DT, Roos EM, Ibsen R, Kjellberg J, Skou ST. Cost-effectiveness of an 8-week supervised education and exercise therapy programme for knee and hip osteoarthritis: a pre-post analysis of 16 255 patients participating in Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D). BMJ Open. 2021 Dec 13;11(12):e049541</li> <li>3. Skou ST, Roos EM, Simonsen O, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Rasmussen S. The efficacy of non-surgical treatment on pain and sensitization in patients with knee osteoarthritis: a pre-defined ancillary analysis from a randomized controlled trial. Osteoarthritis Cartilage. 2016 Jan;24(1):108-16.</li> <li>4. Skou ST, Rasmussen S, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Simonsen O, Roos EM. The efficacy of 12 weeks non-surgical treatment for patients not eligible for total knee replacement: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. Osteoarthritis Cartilage. 2015 Sep;23(9):1465-75.</li> <li>5. Skou ST, Lind M, Hölmich P, Jensen HP, Jensen C, Afzal M, Jørgensen U, Thorlund JB. Study protocol for a randomised controlled trial of meniscal surgery compared with exercise and patient education for treatment of meniscal tears in young adults. BMJ Open. 2017 Aug 21;7(8):e017436.</li> <li>6. Faucett SC, Geisler BP, Chahla J, Krych AJ, Kurzweil PR, Garner AM, Liu S, LaPrade RF, Pietzsch JB. Meniscus Root Repair vs Meniscectomy or Nonoperative Management to Prevent Knee Osteoarthritis After Medial Meniscus Root Tears: Clinical and Economic Effectiveness. Am J Sports Med. 2019 Mar;47(3):762-769</li> <li>7. an de Graaf VA, van Dongen JM, Willigenburg NW, Noorduyn JCA, Butter IK, de Gast A, Saris DBF, van Tulder MW, Poolman RW; ESCAPE Research Group. How do the costs of physical therapy and arthroscopic partial meniscectomy compare? A trial-based economic evaluation of two treatments in patients with meniscal tears alongside the ESCAPE study. Br J Sports Med. 2020 May;54(9):538-545</li> <li>8. Hare KB, Vinther JH, Lohmander LS, Thorlund JB. Large regional differences in incidence of arthroscopic meniscal procedures in the public and private sector in Denmark. BMJ Open. 2015 Feb 24;5(2)</li> </ol>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	<p>Ingen</p>

# Behandlingsrådet

Indstiller	<i>Region Midtjylland</i>
Tema 12	<i>Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) til KOL-patienter</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Forslag til eventuelle fokusområder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Anvendelse af Hjemme-NIV til patienter med forhøjet dagstids-CO2-niveau.</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Der er en skærpet opmærksomhed på KOL-patienter med forhøjet dagstids-CO2-niveau. Disse patienter kan profitere af natlig hjemme-NIV-behandling, idet det kan øge tiden til næste indlæggelse, reducere antallet af exacerbationer samt har positiv betydning for dødeligheden i denne patientgruppe. Ved brug af hjemme-NIV forventes antallet af akutte indlæggelser desuden at falde en smule (konkret forventes et fald på 40 indlæggelser i Region Midtjylland).</i></p> <p><i>Behandlingen har potentiale for at øge patienternes livskvalitet, den øger patienternes vågenhed i dagtid og har potentiale for at øge deres kognitive evner og muligheder.</i></p> <p><i>Der er en øget sandsynlighed for at exacerbationer kan behandles i hjemmet, hvor man nu kan give såvel steroid, antibiotisk behandling samt ændre på NIV indstillingerne, når modstanden i luftvejene stiger ved en exacerbation. Disse muligheder kan reducere antal indlæggelser og mortalitet for patienterne.</i></p> <p><i>Der er dog en bekymring for, om dette modsvarer udgifterne ved behandlingen.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<p><i>KOL patienter med dagtidshyperkapni. .</i></p> <p><i>I Region Midtjylland forventes der at være tale om ca. 200 nyhenviste patienter årligt.</i></p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>Patienternes risiko for en akut indlæggelse forventes at falde. Behandling med hjemme-NIV vil kunne øge trygheden hos den enkelte patient.</i></p> <p><i>Det forventes derudover, at antallet af akutte indlæggelser vil falde en smule (konkret forventes et fald på 40 indlæggelser i Region Midtjylland).</i></p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Behandling med hjemme-NIV til en udvidet patientgruppe forventes i Region Midtjylland at medføre udgifter på 2,1 – 2,2 mio. kr. årligt til udstyr. Ved et forventet antal nyhenviste patienter på 200 svarer det til en udgift på ca. 10.587 kr. pr. patient.</i></p> <p><i>Herudover kommer øgede personaleressourcer på særligt lungemedicinske afdelinger, og i mindre grad i Respirationscenter Vest.</i></p> <p><i>Pr. patient forventes følgende forbrug ift. personaleressourcer:</i></p> <p><b><i>Patientforløb i regi af RCV (pr. patient – i RM 5-10 patienter årligt)</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>1 døgn indlæggelse til opstart af Hjemme-NIV (0,5 sygeplejerske)</i></li> <li>• <i>Efter 3 måneder: Kontrol med 1 døgn indlæggelse (0,5 sygeplejerske)</i></li> <li>• <i>1 årlig kontrol; enten læge + sygeplejerske ambulant eller via PRO (patientrapporterede data)</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ad hoc masketilpasning ved plejepersonale; ca. 0,5 – 1 time, 1 gang årligt.</i></li> </ul> <p><b>Patientforløb i Lungemedicinsk regi (pr. patient – i RM 190-195 patienter årligt)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>1 døgn indlæggelse til opstart af Hjemme-NIV (0,5 sygeplejerske).</i></li> <li>• <i>Efter 3 måneder: Ambulant kontrol (læge og sygeplejerske) – i forbindelse med øvrig KOL- eller iltkontrol, evt. i hjemmet. Ca. 25 % af patienterne vil kræve en nats indlæggelse som kontrol af NIV-behandlingen</i></li> <li>• <i>1 årlig kontrol: enten læge + sygeplejerske ambulant eller via PRO (patientrapporterede data)</i></li> <li>• <i>Ad hoc masketilpasning ved plejepersonale; ca. 0,5 – 1 time, 1 gang årligt.</i></li> </ul> <p><i>Der forventes en mindre fald i akutte indlæggelser. Det forventes dog ikke at føre til et markbart fald i udgifter i akutafdelingerne.</i></p> <p><i>KOL-patienter kan optage en seng, mens de afventer overflytning til Respirationscenter. Ved at den enkelte lungemedicinske afdeling selv kan opstarte behandlingen, kan sengedage i den situation reduceres.</i></p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p><i>Der henvises til retningslinje fra Dansk Selskab for Lungemedicin vedrørende KOL – LT-NIV (Hjemme NIV), som kan ses her: <a href="https://lungemedicin.dk/kol-lt-niv-hjemme-niv/">https://lungemedicin.dk/kol-lt-niv-hjemme-niv/</a></i></p> <p><i>Derudover:</i></p> <p><i>Thomas Köhnlein, Wolfram Windisch et. al. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicenter, randomized, controlled clinical trial. The Lancet, Vol 2, No. 9, p698-705, sept. 2014</i></p> <p><i>Patrick B. Murphy et. al. Effect of Home Noninvasive Ventilation With Oxygen Therapy vs Oxygen Therapy Alone on Hospital Readmission or Death After an Acute COPD Exacerbation JAMA. 2017;317(21):2177-2186. doi:10.1001/jama.2017.4451</i></p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	

# Behandlingsrådet

Indstiller	<i>Sjællands Universitetshospital, Region Sjælland</i>
Tema 13	<i>Behandling af patienter med kroniske smerter</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ikke-farmakologisk behandling</i></li> <li>• <i>Psykens sammenhæng til oplevelsen af fysisk smerte.</i></li> <li>• <i>Afstigmatisering</i></li> <li>• <i>Forebyggelse af ledsagesymptomer, som fx depression, ængstelse, søvnforstyrrelser, isolation, nedsat aktivitetsniveau, dårlig hukommelse, mistet livsglæde, håbløshed mm.</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Patienter med kroniske smerter findes både på det medicinske og det kirurgiske område og indenfor alle specialer. Kroniske smerter kan være både en social, fysisk og psykisk belastning. Patienter med kroniske smerter har i varierende grad behov for både sygehusbehandling og behandling hos praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger. Kroniske smertepatienter har endvidere et stort forbrug af medicin.</i></p> <p><i>Samtidig oplever patienter med kroniske smerter, at deres situation er meget indgribende i forhold til både deres privatliv og deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Det betyder derfor også, at patienter med kroniske smerter også har behov for kommunale tilbud og økonomisk støtte.</i></p> <p><i>I Region Sjælland er der bl.a. udover de almindelige afdelinger også etableret Center for Funktionelle Lidelser, en tværfaglig smerteklinik og et rygcenter.</i></p> <p><i>Det vil derfor være interessant at lave en analyse, der viser, <u>om</u> og <u>hvordan</u> man med de rette ikke-farmakologiske forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringstilbud kan samarbejde om at give øget livskvalitet til patienter med kroniske smerte samt opnå en økonomisk besparelse både i sundhedsvæsenet og kommunalt regi – på tværs af patientgrupper og specialer.</i></p>
Beskriv den overordnede patientpopulation	<i>Kroniske smertepatienter er en stor patientgruppe – Sundhedsstyrelsen vurderer, at 1,3 mio. personer i Danmark har hyppigt tilbagevendende eller kroniske smerter, altså at mere end hver 5. dansker lever med kroniske smerter.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bedre livskvalitet</i></li> <li>• <i>Bevare tilknytning til arbejdsmarkedet</i></li> <li>• <i>Mindre medicinforbrug</i></li> <li>• <i>Færre kontakter til sundhedsvæsenet</i></li> <li>• <i>Afstigmatisering i omverdenen</i></li> <li>• <i>Sammenhængende patientforløb</i></li> </ul>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Der bør ses på mulighederne for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Færre kontakter til sundhedsvæsenet</i></li> <li>• <i>Større grad af selvforsørgelse</i></li> <li>• <i>Mindre medicinforbrug</i></li> </ul>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser	-

af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	<i>Sjællands Universitetshospital. Region Sjælland</i>																		
Tema 14	<i>Udvikling af det radiologiske område</i>																		
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Organisering af billedbeskrivelse</i></li> <li>• <i>Anvendelse af AI</i></li> <li>• <i>Manglende personaleressourcer</i></li> <li>• <i>Øget produktion / Øget efterspørgsel pga. ændringer i retningslinjer for andre behandlinger</i></li> </ul>																		
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Indenfor det radiologiske område er der et fremtidigt markant øget behov for flere ydelser kombineret med, at specialet mangler personaleressourcer med de rette kompetencer. Der er derfor behov for at se på udvikling og anvendelse af ny teknologi, fx ved anvendelse af AI. Samtidig skal de tilstedeværende ressourcer bruges hensigtsmæssigt, og organisering i beskriver-hubs kan overvejes som en mulighed.</i></p> <p><i>Region Sjælland etablerer pr. 1. januar 2022 den største radiologiske afdeling i Danmark med en afdelingsledelse forankret på Sjællands Universitetshospital med drift på 6 sygehus-matrikler samt et mindre antal sundhedscentre mv.</i></p> <p><i>Samtidig er det radiologiske område en god case på, hvordan de parakliniske specialer hele tiden skal producere mere for at understøtte de øvrige afdelingers produktion, fx kan ændrede opfølgingsprogrammer vedr. kræft betyde færre kontrolsamtaler, som i stedet erstattes af en skanning.</i></p> <p><i>Der er også stor forskel på, om indgangsvinklen til radiologiske undersøgelser er:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vi laver det, der bliver bestilt af andre afdelinger</i></li> <li>• <i>Vi tager aktivt stilling til, om denne undersøgelse er relevant og nødvendig</i></li> </ul>																		
Beskriv den overordnede patientpopulation	<p><b>Radiologiske procedurer på de radiologiske afdelinger i Region Sjælland</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalitet</th> <th>2014</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT-skanninger</td> <td>89.124</td> <td>157.801</td> </tr> <tr> <td>MR-skanninger</td> <td>34.547</td> <td>52.997</td> </tr> <tr> <td>Røntgenundersøgelser</td> <td>401.353</td> <td>370.955</td> </tr> <tr> <td>Ultralyds-undersøgelser</td> <td>79.760</td> <td>72.009</td> </tr> <tr> <td><b>I alt</b></td> <td><b>604.784</b></td> <td><b>653.762</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Dertil kommer udenregional aktivitet samt aktivitet i privat regi.</i></p>	Modalitet	2014	2020	CT-skanninger	89.124	157.801	MR-skanninger	34.547	52.997	Røntgenundersøgelser	401.353	370.955	Ultralyds-undersøgelser	79.760	72.009	<b>I alt</b>	<b>604.784</b>	<b>653.762</b>
Modalitet	2014	2020																	
CT-skanninger	89.124	157.801																	
MR-skanninger	34.547	52.997																	
Røntgenundersøgelser	401.353	370.955																	
Ultralyds-undersøgelser	79.760	72.009																	
<b>I alt</b>	<b>604.784</b>	<b>653.762</b>																	
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Det sikres, at patienterne fortsat kan få de relevante og nødvendige radiologiske undersøgelser uden unødigt ventetid.</i>																		
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Region Sjælland har i foråret 2021 analyseret det fremtidige behov på det radiologiske område i regionen. Fremskrivningen viser:</i>																		

*I Region Sjælland er den samlede aktivitet i radiologien fra 2014 til 2020 vokset 8,1%. Der har dog været stor forskel i aktivitetsudviklingen for de enkelte modaliteter og casemixet – det vil sige ydelseernes ressourcetyngte i forhold til hinanden - har ændret sig over årene. Der har været stor vækst indenfor CT-skanninger (77,1%) og MR-skanninger (53,4%), mens der har været et fald indenfor ultralyd (-9,7%) og røntgen (-7,6%).*

*Fremskrives aktiviteten frem til 2025 med den demografiske vækst baseret på Danmarks Statistiks befolkningsprognose, vil der alt andet lige være en stigning i antallet af procedurer på 4,9%. Det er ikke som i mange andre specialer demografien, der driver stigningen, men derimod de diagnostiske muligheder. Man kan se på to fremskrivningsmodeller: i) Ved en lineær fremskrivning baseret på udviklingen fra 2014 til 2020 estimeres en samlet stigning på 9,3% i 2025, igen med den største stigning inden for CT og MR, mens røntgen er faldende. Udbudsrestriktionen i form af det tilgængelige produktionsapparat (personale og skannerkapacitet) ligger implicit i denne model. ii) Ved en fremskrivningsmodel baseret på bud fra klinisk personale fra det radiologiske speciale tilnærmes en mere efterspørgselsdrevet fremskrivning. Udviklingen i antallet af procedurer estimeres med denne fremskrivningsmodel til 20 %, hvilket er højere end ved den lineære fremskrivning, primært som følge af en forventning om et mindre fald i røntgen og ultralyd, nye kliniske retningslinjer og eksisterende rekrutteringsudfordringer samt korrektion for Covid-19-effekten på produktionen af flere procedureområder.*

*En stigning i antallet af radiologiske ydelser og en fortsat omlægning af produktionen til mere ressourcekrævende procedurer (fra konventionel radiologi til CT og MR) vil i de kommende år betyde et øget pres på radiologiens ressourcer. Dette synliggøres ved, at casemix-justerede aktivitetsfremskrivningen. Selvom radiologien historisk har formået at absorbere store aktivitetsstigninger inden for den samme økonomiske ramme, vil der ud fra en alt andet lige betragtning – det vil sige en forudsætning om, at teknologi og produktivitet forbliver uændret – være et øget ressourcebehov frem mod 2025 på 4,8% ved den demografiske modelfremskrivning, 13,9% ved den lineære modelfremskrivning og 29,4% ved modelfremskrivningen baseret på klinikernes bud.*

*Ud af 63 normerede speciallægestillinger i Region Sjællands radiologi er hver tredje stilling ubesat, svarende til ca. 18 stillinger. For de kommende år forventes, ifølge Sundhedsstyrelsens Lægeprognose, en nettotilgang af speciallæger til radiologiområdet i Region Sjælland på anslået 9-14 speciallæger.*

*Aldersfordelingen af de ansatte radiologiske speciallæger i Region Sjælland giver umiddelbart ikke anledning til bekymring for en særlig pensionspukkel inden 2025. Dog viser fremskrivningen, at der forventes et stigende ressourcebehov de kommende år, hvilket understreger et behov for en helt særlig fastholdelses- og rekrutteringsindsats for området.*



# Behandlingsrådet

Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	Aarhus Universitetshospital, Region Midt
Tema 15	AK behandling for Atrieflimren
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	Fokus på Indikation ud fra kun én risiko-score Fokus på overlevelses-gevinst Fokus på livskvalitet Fokus på unødvendig AK/NOAK-behandling Fokus på blødningskomplikationer
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>129.000 patienter i DK har diagnosen Atrieflimren. Den medicinske behandling af disse har været centreret omkring ganske få præparater og har ikke ændret sig nævneværdigt de sidste 20 år. Behandling sigter efter at bedre pts symptomer med rytmestabiliserende medicin og forebygge stroke/blodpropper med AK/NOAK-behandling. Dette hovedsagligt baseret på Europæiske guidelines, som Dansk Cardiologisk Selskabs arbejdsgrupper har endorset.</p> <p>I disse guidelines (og i arbejdsgruppern under DCS) er der ikke redegjort for nogen overlevelses gevinst ved AK/NOAK-behandling. Der er ej heller redegjort for ved hvilken grænseværdig på risiko-score der er indikation for AK/NOAK-behandling. Der er ikke redegjort på livskvalitetsgevinster eller hvilken pris der er pr. behandlet patient-år.</p>
Beskriv patientpopulation	129.000 patienter på landsplan kan få en mere optimal behandling, med mindre risici for blødningskomplikationer og bedre mulighed for at tage en fælles beslutning med behandler på et mere oplyst grundlag. Tillige sparet udgifter til unødvendig behandling samt færre udgifter til blødningskomplikationer.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Patienter har ret til information om sin sygdom samt om behandlingsmuligheder. Og denne skal være mere detaljeret såfrem det indebærer hyppige eller alvorlige komplikationer. Patienter kan bedre tage en oplyst beslutning om behandlingen og måske undgå en unødvendig udgift.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Af de patienter som er nydiagnosticeret inden for et år er der ca.3.300, som har CHADS-VasC 0 og 1, og hvor der er opstartet AK/NOAK-behandling uden at der er klar indikation for det. En DDD på ca 20 kr for NOAK vil betyde en unødvendig udgift på (3300x265x20kr) 17.940.000 kr. Derudover kommer også udgifter til blødningskomplikationerne.</p> <p>Ud af de 129.000 patienter i Danmark med atrieflimren er der ca. 42.000 patienter med CHADS-VasC score på 0 og 1 (hvor der ikke er indikation for</p>

	AK/NOAK-behandling). Hvis alle disse er i NOAK-behandling er der en unødvendig udgift på over 300.000.000 kr.
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>Databasen for atrieflimren i Danmark Årsrapport 2021 <a href="#">105045_atrieflimren_aarsrapport-2021.pdf (sundhed.dk)</a></p> <p>2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC</p>
Øvrige bemærkninger	

Indstillere	<p><i>Angiv navn på region eller hospital</i></p> <p>Rigshospitalet (RH)</p>
Tema 16	<p><i>Angiv det temaet for indstillingen</i></p> <p>Forbedret prænatal genetisk diagnostik</p>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Her opstilles et eller flere konkrete forslag til eventuelle fokusområder, der kan være relevante at analysere.</i></p> <p>Indenfor prænatal genetisk diagnostik har RH fra 1/1 2020 cytogenetisk karyotyping som standard kromosomanalyse med Kromosomal Micarray (CMA).</p> <p>RH har indført sekventering: Exom (Whole Exome Sequencing) eller helgenom (Whole Genome Sequencing/WGS) som diagnostisk tilbud i udvalgte tilfælde, hvor CMA ikke har påvist årsagen til formodet genetisk sygdom hos fostret.</p> <p>Endeligt er et tilbud om Non-Invasiv Prænatal Test (NIPT) blevet indført gennem den nylige revision af SST's retningslinjer for fosterdiagnostik.</p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Motivationen skal belyse temaets relevans i forhold til Behandlingsrådets formål om at bidrage til mere sundhed for pengene og højere kvalitet og effektivitet i leveringen af sundhedsydelser. Motivationens argumentation kan f.eks. udspringe af indstillers egne erfaringer i forhold til området.</i></p> <p>Genetisk diagnostik har på relativt få år gennemgået en enorm udvikling, både hvad angår teknologi, fortolkning, viden om sygdomsfremkaldende tilstande og svarhastighed. Dette har nu fået stor betydning indenfor fosterdiagnostik, idet standardundersøgelsen ved mistanke om/øget risiko for genetisk sygdom hos fostret, der i mange år har været cytogenetisk undersøgelse, nu er erstattet af en række andre undersøgelser.</p> <p>Først og fremmest er cytogenetik (alm. karyotype) som standardundersøgelse helt erstattet af kromosomal microarray (CMA). Det skyldes for det første, at opløsningsevnen vedrørende kromosomale forandringer (hvor god er metoden til at diagnosticere små, sygdomsfremkaldende forandringer) ved CMA 200 gange bedre end ved alm. karyotyping. For det andet er svarhastigheden ved CMA reduceret til 1/3 i forhold til alm. karyotyping. Begge faktorer er af meget stor betydning for prænatal diagnostik.</p> <p>Med CMA kan, afhængigt af indikation, påvises sygdomsfremkaldende genetiske afvigelser hos 5-10 % af de undersøgte, der har en normal standard kromosomanomali (diagnostisk gain - ref: <a href="https://www.dfms.dk/s/kromosom_mikro_array-2018-Final-rundsendt_090118.pdf">https://www.dfms.dk/s/kromosom_mikro_array-2018-Final-rundsendt_090118.pdf</a>).</p> <p>Da mange af disse undersøgelser udføres tæt på grænsen for, hvornår der i Danmark kan bevilges abort på grund af sygdom hos fostret, er den hurtigere svartid med CMA helt afgørende. Men selv med CMA vil man hos ca. 60% af parrene, hvor der er fundet misdannelser hos fostret ikke kunne påvise en genetisk årsag. Dette er blevet ændret med muligheden for at foretage prænatale genomiske undersøgelser med sekventering - Exom (Whole Exome Sequencing) eller helgenom (Whole Genome Sequencing/WGS). WES/WGS vil</p>

	<p>afhængigt af indikationen påvise den genetiske årsag hos yderligere 10-20% af de par, hvor udredning med CMA har været normal (diagnostisk gain - ref: 10.1111/1471-0528.16533).</p> <p>Endeligt blev det med sundhedsstyrelsens revision af retningslinjerne for fosterdiagnostik i 2017 besluttet, at de gravide, der tilbydes invasiv diagnostisk undersøgelse (moderkageprøve/CVS eller fostervandsprøve/AC) som alternativ, skal tilbydes Non-Invasiv Prænatal Test (NIPT) - en blodprøve fra den gravide, hvor man identificerer DNA-fragmenter fra moderkagen, og med &gt;99% sikkerhed kan identificere Trisomi 21/Down syndrom hos fostret, og med lavere sikkerhed enkelte andre Trisomi kromosomsygdomme. Metoden kan dog ikke identificere en lang række sjældnere kromosomanomaler, hvorfor kun omkring 22% af de gravide i Danmark vælger denne undersøgelse - men mange af disse er gravide, der på grund af abortrisikoen ellers ville fravælge en test.</p>																										
<p>Beskriv patientpopulation</p>	<p><i>Beskrivelse af hvilke borgere eller patienter analysetemaet vedrører.</i></p> <p>Gravide.</p> <p>På baggrund af nedenstående tal vedr. diagnostiske indgreb:</p> <table border="1" data-bbox="470 952 917 1182"> <thead> <tr> <th colspan="2">Antal analyser 2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CMA-fostre</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td>CMA-forældre</td> <td>334</td> </tr> <tr> <td>Alm karyotype (dyrkning)</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>NIPT</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>WES (Exom)</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table> <p>er der i samarbejde med KGA beregnet følgende antal analyser:</p> <table border="1" data-bbox="470 1265 933 1518"> <thead> <tr> <th>Indgreb 2020</th> <th>Antal gravde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amnio single &gt;= U19</td> <td>157</td> </tr> <tr> <td>Amnio single &lt; U19</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Amnio flerlinger &gt;= U19</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Amnio flerlinger &lt; U19</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CVS singletons</td> <td>310</td> </tr> <tr> <td>CVS flerlinger</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table>	Antal analyser 2020		CMA-fostre	554	CMA-forældre	334	Alm karyotype (dyrkning)	50	NIPT	96	WES (Exom)	40	Indgreb 2020	Antal gravde	Amnio single >= U19	157	Amnio single < U19	15	Amnio flerlinger >= U19	10	Amnio flerlinger < U19	3	CVS singletons	310	CVS flerlinger	23
Antal analyser 2020																											
CMA-fostre	554																										
CMA-forældre	334																										
Alm karyotype (dyrkning)	50																										
NIPT	96																										
WES (Exom)	40																										
Indgreb 2020	Antal gravde																										
Amnio single >= U19	157																										
Amnio single < U19	15																										
Amnio flerlinger >= U19	10																										
Amnio flerlinger < U19	3																										
CVS singletons	310																										
CVS flerlinger	23																										
<p>Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne</p>	<p><i>Her kan indstiller beskrive, hvordan ændringer indenfor det undersøgte område kan have betydning for den værdi, der skabes for patienter i forbindelse med deres kontakt til sundhedsvæsnet.</i></p> <p>Forbedrede muligheder for påvisning af genetisk årsag til identificerede misdannelser hos fostret.</p> <p>Med CMA vil man hos ca. 60% af parrene, hvor der er fundet misdannelser hos fostret ikke kunne påvise en genetisk årsag. Dette er blevet ændret med muligheden for at foretage prænatale genomiske undersøgelser med sekventering - Exom (Whole Exome Sequencing) eller helgenom (Whole Genome Sequencing/WGS). WES/WGS vil afhængigt af indikationen påvise den genetiske</p>																										

	<p>årsag hos yderligere 10-20% af de par, hvor udredning med CMA har været normal (diagnostisk gain - ref: 10.1111/1471-0528.16533).</p>																																
<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p><i>Her har indstiller mulighed for at beskrive de væsentligste økonomiske betragtninger for området, f.eks. hvis indstiller mener, at der er et potentiale for at forbedre ressourcetræk.</i></p> <p>Omkostningerne for RH til de nævnte genetiske analyser vil på baggrund af tallene angivet under "beskrivelse af patientpopulationen" ovenfor, og tal oplyst af KGA være:</p> <table border="1" data-bbox="472 622 1279 981"> <thead> <tr> <th>Astraia tal vedr analyser</th> <th>2020</th> <th>A kr:</th> <th>I alt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CMA-fostre</td> <td>554</td> <td>6800</td> <td>3767200</td> </tr> <tr> <td>CMA-forældre</td> <td>334</td> <td>3500</td> <td>1169000</td> </tr> <tr> <td>Alm karyotype (dyrkning)</td> <td>50</td> <td>5800</td> <td>290000</td> </tr> <tr> <td>NIPT</td> <td>96</td> <td>4200</td> <td>403200</td> </tr> <tr> <td>WES (Exom)</td> <td>40</td> <td>21000</td> <td>840000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>I alt</b></td> <td></td> <td><b>6469400</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>De ekstra udgifter på KGA til præ/posttest rådgivning er ikke medregnet i ovenstående.</p> <p>Besparelsen ved ændrede tilbud og diagnostiske muligheder indenfor et område der inkluderer reproduktive valg, herunder muligheden for at afbryde graviditeten, er af oplagte etiske grunde vanskelige, hvis ikke umulige, at angive. På baggrund af 15 års erfaringer med, hvad de danske gravide vælger i situationer, hvor der diagnosticeres alvorlig genetisk sygdom hos deres kommende barn, er det sandsynligt, at hovedparten af de par, der i kraft af den stærkt forbedret diagnostik kommer i denne situation, vil vælge at afbryde graviditeten. Udenlandske beregninger tyder på, at udgifterne forbundet med livslangt alvorligt syge børn langt overstiger de øgede udgifter til forbedret prænatal diagnostik - men det er ikke derfor at forbedret diagnostik skal tilbydes.</p>	Astraia tal vedr analyser	2020	A kr:	I alt	CMA-fostre	554	6800	3767200	CMA-forældre	334	3500	1169000	Alm karyotype (dyrkning)	50	5800	290000	NIPT	96	4200	403200	WES (Exom)	40	21000	840000						<b>I alt</b>		<b>6469400</b>
Astraia tal vedr analyser	2020	A kr:	I alt																														
CMA-fostre	554	6800	3767200																														
CMA-forældre	334	3500	1169000																														
Alm karyotype (dyrkning)	50	5800	290000																														
NIPT	96	4200	403200																														
WES (Exom)	40	21000	840000																														
	<b>I alt</b>		<b>6469400</b>																														
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p><i>Hvis der allerede eksisterer litteratur, der belyser problematikker indenfor det indstillede tema, kan indstiller angive disse her.</i></p> <p>Forslaget - eller dele af forslaget - anvendes i forskellige variationer i en række lande.</p> <p>I Holland tilbydes alle gravide nu NIPT som den primære undersøgelsesmetode (et meget dyrt og ineffektivt tilbud - set med danske øjne).</p> <p>I USA ligger en ny national anbefaling fra det videnskabelige selskab i 2020 om, at alle gravide - uanset risiko - tilbydes enten invasiv diagnostik med CVS eller AC - med efterfølgende CMA, eller NIPT (Ref: 10.1097/AOG.0000000000004084).</p>																																

# Behandlingsrådet

	<p>I Israel får ca. 20% af alle gravide foretaget CVS eller AC med CMA (personlig meddelelse Amihood Singer, artikel under udarbejdelse)</p> <p>I Frankrig, Tyskland og England anvendes forskellige strategier med tilbud om risikovurdering som i Danmark, og efterfølgende CMA eller NIPT.</p> <p>Mange – inkl. alle ovennævnte - lande anvender i stigende grad WES/WGS i udvalgte tilfælde, hvor CMA ikke har givet en diagnose på formodet genetisk sygdom hos fostret</p> <p>Grunden til den meget store variation skyldes dels store forskelligheder i offentlige tilbud om prænatal diagnostik, og effekten af den meget anderledes organisering i de mange lande, hvor sundhedsvæsenet er delvist eller helt privatiseret.</p> <p>Det er i alle lande forventningen, at anvendelse af WES/WGS vil stige betydeligt - dette er også forventningen på RH og i Danmark generelt. Og WGS vil formentligt på et tidspunkt i fremtiden erstatte CMA (WES kræver altid at der også laves CMA).</p>
Øvrige bemærkninger	Tilbuddet kan med fordel implementeres på alle regionens afdelinger.

Indstilller	Rigshospitalet og Regionshospitalet Gødstrup
Tema 17	Diagnostik og individualiseret behandling af obstruktiv søvnapnø
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimeret diagnostik før kirurgisk eller non-invasiv behandling af obstruktiv søvnapnø</li> <li>• Måltrettet behandling baseret på søvnendoskopisk undersøgelse (<i>drug-induced sedation endoscopy</i>, DISE)</li> <li>• Svælgkirurgi, søvnapnøsikke- og nervestimationsbehandling til patienter der ikke har gavn af standardbehandlingen (CPAP)</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Obstruktiv søvnapnø er en alvorlig sygdom, der kræver behandling og forekommer hos ca. 10 % af voksne mænd og 5% af voksne kvinder. Ubehandlet søvnapnø øger risikoen for blodpropper i hjerne og hjerte samt risikoen for pludselig og uventet død med op til 3 gange. Derudover øges risikoen for forhøjet blodtryk samt type-2 sukkersyge. Patienterne har endvidere ofte påvirket dagsfunktion i form af træthed, problemer med korttidshukommelse, og koncentrationsbesvær. Dette medfører blandt andet, at risikoen for at blive impliceret i trafikuheld er øget med op til 5 gange.</p> <p>Standardbehandlingen af obstruktiv søvnapnø er <i>continuous positive airway pressure</i> (CPAP), men op mod 50% af patienterne kan ikke medvirke til at anvende CPAP-apparatet tilstrækkeligt til at reducere risikoen for senfølger. Der opstår derfor behov for at afsøge andre alternativer; behandling med svælgkirurgi, nervestimulation eller søvnapnøskinner.</p> <p>Kirurgisk behandling af søvnapnø retter sig generelt mod at fjerne/stramme de væv i svælget, der klapper sammen under søvn og dermed forårsager vejrtrækningspauserne (apnøerne).</p> <p>Søvnapnøskinner (MAD-skinner) produceres og tilbydes hos privatpraktiserende tandlæger, hvilket påfører patienterne en betydelig egenomkostning (op til 15.000 kr). Der er derfor et ønske om at kunne tilbyde behandlingen i regionalt regi til de patienter, der har behandlingsmæssig gavn heraf for at sikre, at alle patienter har lige adgang til rette behandling og dermed mindske ulighed i behandlingen af obstruktiv søvnapnø.</p> <p>Valget af rette behandling; CPAP, MAD-skinner, nervestimulation eller kirurgi er udfordret af 1) mangel på en rutine-diagnostisk metode til udvælgelse af den bedste non-invasive eller kirurgiske behandling til den individuelle patient samt 2) egnede kirurgiske procedurer, der tilgodeser en høj effekt og lav risiko for komplikationer.</p> <p>Søvnendoskopi er en diagnostisk kikkertundersøgelse af svælget via næsehulen, mens patienten er let bedøvet. Den vil give mulighed for at individualisere valget af behandling og muliggør at evt. efterfølgende kirurgisk behandling kan målrettes til præcis de væv i svælget, der lukker af under søvn hos den individuelle patient.</p> <p>Med introduktion af muligheden for tilbud om MAD-skinnebehandling samt nye kirurgiske metoder (som modificeret svælg-kirurgi og nervestimationsbehandling), vil man kunne møde ønsket fra vore patienter om et løft af tilbuddene og en højere grad af individualiseret behandling.</p>



Beskriv patientpopulation	Alle voksne patienter med søvnapnø kan undersøges med en søvnendoskopisk undersøgelse, som har til formål at målrette rette behandling til den rette patient.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>Patienterne efterspørger i høj grad et kvalificeret, alternativt behandlingstilbud, når CPAP-behandlingen ikke fungerer. Den nye søvnendoskopi giver mulighed for en højere grad af individuelt tilpasset behandling baseret på grundigst mulige diagnostik tidligt i patientforløbet. Patienterne kan således opstartes i rette behandling med det samme fremfor at afprøve flere behandlingsalternativer.</p> <p>Optimal behandling forbedrer både søvnkvaliteten og livskvaliteten men også patienternes sociale relationer og chancen for at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet.</p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Et nationalt dansk studie har vist at patienter med søvnapnø hvert år koster samfundet en merudgift på 29.910 kr. per patient grundet sundhedsudfordringer og manglende arbejdsevne. En højere grad og kvalitet af udredning og behandling bør på længere sigt kunne reducere disse udgifter.</p> <p>Etableringen af søvnendoskopi, MAD-skinnebehandling, svælgkirurgi, og nervestimulationsbehandling er forbundet med udgifter. En undersøgelse der vægter udgifterne mod både de personlige gevinster samt samfundsgevinsten ved behandling bør overvejes.</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>Der er tidligere fremsendt litteratur på nervestimulationsbehandling og effekten af kirurgiske indgreb, ligesom der findes en del litteratur for effekten af søvnendoskopi og non-invasiv søvnapnøbehandling.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Randerath W, Verbraecken J, De Raaff CAL, et al. European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. Eur Respir Rev. 2021;30(162):1-19. doi:10.1183/16000617.0200-2021</li> <li>2. Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J. Social consequences of sleep disordered breathing on patients and their partners: A controlled national study. Eur Respir J. 2014;43(1):134-144. doi:10.1183/09031936.00169212</li> </ol>
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	Rigshospitalet
Tema 18	Immunterapiudløste reumatologiske bivirkninger
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. kortlægning af problemets omfang</li> <li>2. kortlægning af eksisterende tilbud</li> <li>3. på baggrund heraf beskrivelse af interprofessionelt (patient, reumatolog, onkolog), standardiseret udredningsprogram for patienter med reumatologiske bivirkninger til checkpoint-inhibitorer med udgangspunkt i vedhæftede rekommendation fra European League Against Rheumatism, EULAR</li> <li>4. med afsæt heri beskrivelse af mulige behandlingsmodaliteter baseret på den enkelte patients symptomatologi i lyset af deres samlede situation</li> </ol>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Immunterapi har revolutioneret behandlingen af en voksende gruppe af cancersygdomme, men har samtidig også medført en ny og voksende gruppe af patienter med immunterapiudløste bivirkninger. Særligt patienter i behandling med checkpoint inhibitorer (dvs. anti-PD-1, -PD-L1 og -CTLA-4) kan udvikle bivirkninger som fremtræder som reumatologiske sygdomme. De immunterapi udløste bivirkninger er ofte udtalte - i sjældne tilfælde livstruende (myositter) - op til 20% af patienterne har flere samtidige reumatologiske bivirkninger og op til 55% har andre samtidige immunterapi udløste bivirkninger. En stor gruppe af patienter har behov for længerevarende prednisolonbehandling, som ofte må kombineres med andre typer af reumatologiske behandlinger herunder biologisk medicin. Såvel diagnostik som behandling er ofte mere kompleks end ved andre reumatologiske sygdomme, da patienterne også kan have symptomer fra deres cancer, paraneoplastiske fænomener og andre medicinske comorbiditeter. Patienterne har derfor ofte behov for grundige kliniske vurderinger og regelmæssige medicinjusteringer, hvilket foregår i et interdisciplinært samarbejde mellem reumatolog, onkolog og evt. andre specialer. Patientgruppen udgør derfor i reumatologisk regi i daglig klinisk praksis såvel en klinisk som en personalemæssig udfordring.</p> <p>Patienterne ses aktuelt i ad hoc løsninger - både regionalt, nationalt og internationalt. Meget lidt vides om hvilke behandlinger, der er mest effektive. Et standardiseret udredningsprogram vil bedre kunne kvalificere vejledning, prognostisering og på sigt målrette behandling og sikre, at patienten kan opretholde sin behandling af den maligne grundsygdom.</p>
Beskriv patientpopulation	<p>Patienter med mistænkt reumatologisk bivirkning til immunterapi</p> <p>Anslået 150-200 patienter årligt fra Region H (antallet voksende). Der findes ikke specifikke ICD-diagnosekoder for tilstanden, og populationens størrelse er dermed uklar – en vigtig del af analysen bør være at afgrænse og kortlægge problemets størrelse.</p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Etablering af et standardiseret interprofessionelt udrednings- og behandlingstilbud til patienter, der på grund af moderne behandlingsmetoder overlever deres cancersygdom, vil adressere en stadigt vigtigere problemstilling, som patienterne står i: "Jeg er rask – hvad nu?"

	<p>Forbedret behandling af de hyppige bivirkninger/senfølger til immunterapi, vil forbedre patienternes livskvalitet og øge deres mulighed for at deltage i hverdagslivet</p>
<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p>Da problemets omfang reelt er ukendt, er det svært at komme med estimater. Problemet er først ved at udkrystallisere sig i disse år – og da der er tale om en ny patientpopulation vil det i første medføre omkostninger til etablering af den standardiserede udredning. Men det er ikke sådan at disse patienter ikke får behandling i dag – også dyre biologiske behandlinger, som måske er unødvendige, eller behandlinger som medfører sine egne bivirkninger og omkostninger (fx prednisolon). En kortlægning vil medføre mere ensartet og rationel anvendelse af disse ressourcer.</p> <p>I hvilket omfang omkostningerne modsvares af forbedret livskvalitet, større deltagelse i samfundet og andre socioøkonomiske gevinster er uvist.</p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p>Kostine M, Finckh A, Bingham CO, et al. EULAR points to consider for the diagnosis and management of rheumatic immune-related adverse events due to cancer immunotherapy with checkpoint inhibitors. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2021;80(1):36-48. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217139.</p> <p>Roberts J, Ennis D, Hudson M, et al. Rheumatic immune-related adverse events associated with cancer immunotherapy: A nationwide multi-center cohort. <i>Autoimmun Rev.</i> 2020;19(8):102595. doi:10.1016/j.autrev.2020.102595.</p> <p>Almutairi AR, McBride A, Slack M, Erstad BL, Abraham I. Potential Immune-Related Adverse Events Associated With Monotherapy and Combination Therapy of Ipilimumab, Nivolumab, and Pembrolizumab for Advanced Melanoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Oncol.</i> 2020;10:91. Published 2020 Feb 11. doi:10.3389/fonc.2020.00091</p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	

Indstilller	<i>Røntgen og skanning, Gødstrup</i>
Tema 19	<i>Optimering af cancerkontroller</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<i>Gennemgang af patientforløb obs. recidiv/ progression. Gennemgang af litteraturen med henblik på optimale intervaller</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>I røntgen er en af vores store opgaver at finde kræft tidligt så patienterne får bedre forløb og længere overlevelse. Desværre udløser det også mange kontroller i efterforløbet.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Alle cancerpatienter.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Hvis vi fx kan øge intervallet af cancerkontroller fra 3 måneder til 4 måneder kan vi gå fra 4 til 3 scanninger på et år. Det vil både nedsætte den mængde stråler patienten får og give mere plads i dagsprogrammet så ventetiden kan nedsættes.  En anden mulighed er at patienterne scannes hvis de oplever klinisk forværring/ får symptomer på progression i modsætning til at scanne efter faste intervaller.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Hvis vi kan fjerne 25% af cancerkontroller vil det nedsætte den mængde vi er nødt til at scanne efter arbejdstid som ekstraarbejde og nedsætte den del der skal sendes i det private fordi ventetiden overskrides.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Jeg har ikke kendskab til publiceret litteratur, men jeg ved der er andre røntgenafdelinger i regionen, der har de samme overvejelser.</i>
Øvrige bemærkninger	

Indstilller	<i>Røntgen og skanning, Gødstrup</i>
Tema 20	<i>Differentiering af pakkeforløb</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<i>Konkret vurdering af om patienten har gavn af et traditionelt pakkeforløb vs. udredning.</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>I røntgen er cirka 25% af henvisningerne til pakkeforløb.</i></p> <p><i>Der er helt strikse regler for hvor mange dage der må gå inden patienten skal være scannet og have svar og det er vanskeligt at få programmerne til at hænge sammen.</i></p> <p><i>Vi oplever hver dag at patienter langt over 90 år skal udredes i pakkeforløb på trods af at de ikke ønsker behandling eller kan tåle operation eller behandling.</i></p> <p><i>Desværre har egen læge ikke mulighed for at ønske udredning i almindeligt forløb når der er hejst et rødt flag.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<p><i>Ældre patienter, patientgrupper hvor der sjældent findes cancer fx kronisk let forhøjede infektionstal.</i></p> <p><i>Ældre, der ikke ønsker operation eller behandling.</i></p> <p><i>Ældre, der ikke kan tåle operation eller behandling.</i></p> <p><i>Udredning, der foregår udelukkende efter pårørendes ønske.</i></p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Befolkningsfremskrivning fra 2020 viser, at i 2030 forventes befolkningsgruppen over 80 år at udgøre 59 pct. flere end i dag, svarende til yderligere 160.000 personer over 80 år.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Hvis vi kan tilbyde differentierede pakkeforløb kan vi undgå at ældre medborgere skal hastes igennem systemet i løbet af få dage.</i></p> <p><i>De kan få tid til at planlægge transport og få styr på tankerne.</i></p> <p><i>Forslaget går på at patienterne fortsat helt relevant udredes for cancer, men fritages for pakketidsperspektivet dvs at egen læge fx kan skrive:</i></p> <p><i>Udredes for cancer, ønskes inden for 4 uger.</i></p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i><a href="https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674">https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674</a></i>
Øvrige bemærkninger	

Sekretariatets bemærkninger til de indstillede analysetemaer for større analyser 2023

Tema	Bemærkninger
<p>Tema 1</p> <p>Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på operationspatienter med anæstesivarighed &gt; 2 timer</p>	<p>Indstillingen omhandler patienter i anastæsi i mere end to timer, og problematikken med forekomst af hypotermi i disse patienter. Indstiller bemærker at standarden for hypotermi (5% af patienter) ikke opnås i nogle af regionerne eller nationalt, da <a href="#">11,7% får hypotermi ved opvågning på landsplan</a>. Indstillingen berør både temperaturmåling samt varmesikring af patienter. På nationalt plan anvendes forskelligartede interventioner som fx varmemadras, selvopvarmende tæpper og væskevarmere til forebyggelse af utilsigtet perioperativ hypotermi. Beslutningen om hvilke interventioner der anvendes beror oftest på leverandørernes anbefalinger samt den kliniske erfaring, hvorfor det er relevant at undersøge hvilken evidens der understøtter anvendelse af de forskellige nonfarmakologiske metoder.</p> <p>NICE har udarbejdet en <a href="#">klinisk guideline i 2008, med opdatering af litteratursøgningen i 2016 vedr. forebyggelse og monitorering af hypotermi i voksne patienter &gt;18 år under operation</a>. Center for Kliniske Retningslinjer (CFKR) har udarbejdet en klinisk retningslinje i 2014, og revideret denne i 2016 som læner sig op af NICE anbefalinger.</p> <p>NICE guideline anbefaler til forebyggelse af hypotermi under operation at der måles kernetemperatur på patienten før, under og efter operationen. Derudover anbefaler NICE, at patienter varmesikres ved brug af varm lufts systemer (Forced Air Warming; FAW), såfremt anastæsi er planlagt at varer mere end 30 minutter. Retningslinjen fra CFKR foreslår dog flere metoder til varmesikring. Lægemedelstyrelsen bemærker, at der varmesikringsmetoder kan forekomme bakterielle infektioner af udstyret, hvorfor patientsikkerheden er central indenfor dette tema.</p> <p>NICE guideline opdateret i 2016 har foretaget en sundhedsøkonomisk analyse hvor konklusionen var, at præoperativ opvarmning højst sandsynligt er omkostningseffektiv idet omkostninger forbundet med anvendelsen af udstyret blev opvejet af fordelene ved at undgå episoder med hypotermi.</p> <p>Analysen viste også at aktiv opvarmning med FAW sandsynligvis er omkostningseffektiv sammenlignet med anvendelse af intraoperative varmemadrasser alene eller tæpper alene.</p> <p>NICE anbefaler fortsat at der foretages en undersøgelse af bl.a. den kliniske effekt og omkostningseffektiviteten af at anvende kombinerede metoder til intraoperativ aktiv opvarmning sammenlignet med en enkelt opvarmningsmetode, til forebyggelse af utilsigtet perioperativ hypotermi.</p> <p>Litteraturen på området afspejler ligeledes en diskrepans ift. hvor lang anæstesivarigheden bør vare før man bør måle patientens kernetemperatur. Litteraturen vedr. temperaturmåling ved</p>

	<p>anæsthesivarighed fra &gt;30 til &gt;120 min, og består primært af observationsstudier, dog med bedre data på metodernes nøjagtighed. Der foreligger flere RCT'er der sammenligner forskellige opvarmningsmetoder. Der er ikke identificeret litteratur på patientpræferencer eller organisatoriske ændring.</p> <p>Der er observeret primært to potentielle retninger for en kommende større analyse i regi af Behandlingsrådet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Systematisk viden omkring hvilken målemetode/lokation der bør anvendes til at måle temperaturen intraoperativt, herunder omkostningseffektiviteten af disse, sikkerheden og effekten af tilgængelige målemetoder afgrænset til relevant anæstesimetode.</li> <li>2. Systematisk viden omkring hvilke(n) opvarmningsmetode der bidrager til mest sundhed for pengene, præ-, intra- og postoperativt.</li> </ol> <p>Sekretariatet bemærker, at en analyse vedrørende opvarmnings-/varmesikringsmetoder lader til at være udførlig, men at der forventeligt skal indsamles empiri vedrørende patientperspektivet samt organisatoriske implikationer. En analyse vedrørende temperaturmåling begår sig umiddelbart på et mindre evidensgrundlag, og det er uklart om en sådan analyse er mulig.</p>
<p>Tema 2</p> <p>Klinisk anvendelse af 3D teknologier</p>	<p>Temaet er indstillet af Aarhus Universitetshospital, der for nuværende anvender klinisk 3D print til at producere patientspecifikke anatomiske modeller og skæreguides, som faciliterer den kirurgiske planlægning og forberedelse samt indgrebs præcision ved komplekse knoglekirurgiske indgreb.</p> <p>Sekretariatet har været i dialog med indstillen, og der er et ønske om at Behandlingsrådet belyser effekten af at udbrede anvendelsen af klinisk 3D print til også at printe patientspecifikke anatomiske modeller af organer og andre bløddele. En ad hoc søgning på litteratur indikerer, at emnet er præget af meget få komparative studier og primært af case-studier og case-series. På clinicaltrials.gov er der desuden registreret flere igangværende studier. Litteraturen indikerer, at anvendelsen af 3D print er i hastig udvikling, og der er stor klinisk interesse for at udbrede teknologien til flere anvendelsesområder. Evidensgrundlaget synes dog umiddelbart sparsomt i forhold til at kunne udarbejde en meningsfuld analyse og efterfølgende anbefaling.</p> <p>Sekretariatet bemærker, at anvendelsen af klinisk 3D print til brug som anatomiske skæreguides og modeller til knoglekirurgiske indgreb ikke er afdækket systematisk, men fremstår som en teknologi, der anvendes i varierende omfang nationalt. Eksisterende erfaring fra AUH viser, at teknologien og samarbejdet med 3D printcentret er klinisk efterspurgt, og</p>

	<p>litteraturen indikerer en øget værdi for både kirurger og patienter særligt inden for kæbekirurgi og ortopædkirurgi. En mulig analyse kan derfor alternativt vedrøre, hvorvidt 3D print bør anvendes til skæreguides og anatomiske modeller i forbindelse med udvalgte knoglekirurgiske indgreb.</p> <p>Indstillingen indikerer en eksplorativ tilgang, hvor potentialet inden for anvendelsen af 3D print til organrelateret kirurgi belyses. Behandlingsrådets metoderamme er begrænsende for denne type afdækning, hvor der ikke er nogen klar forventning til patientgruppe og mulige afledte effekter af teknologien. Samtidig vil en potentiel analyse være udfordret af det kliniske grundlag, da komparativ evidens er sparsomt. Sekretariatet foreslår i stedet, at en mulig analyse vurderer anvendelsen af 3D print til skæreguides og anatomiske modeller i forbindelse med udvalgte knoglekirurgiske indgreb, hvilket er muligt indenfor Behandlingsrådets metoderamme.</p>
<p>Tema 3</p> <p>Virtual Reality som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter</p>	<p>Formålet med analysen er at belyse om VR-teknologier generelt set giver klinisk merværdi baseret på selvvrurderet smerteopfattelse, relativt til konventionel smertebehandling. Det kan også være relevant at undersøge, om der ses væsentlige forskelle på tværs af VR-systemer.</p> <p>Analysetemaet kan fokuseres mod forskelligartede procedurer, og vil sandsynligvis variere alt efter om der er fokus på akutte patienter, som udsættes for enkeltstående smertefulde procedurer (fx suturering) eller kroniske patienter, som påføres smerte hyppigere (fx injektioner ved onkologisk behandling), hvorfor der er behov for en afgrænsning af temaet.</p> <p>Der eksisterer, vurderer sekretariatet, en moderat og tiltagende mængde international litteratur på området. Der er flere systematiske reviews på området med fokus på en eller flere af procedurerne som giver anledning til smerter. Der foreligger ydermere en dansk <a href="#">behandlingsvejledning</a> rettet mod håndtering af akutte smerter hos børn, hvori "Elektroniske spil" er nævnt som mulig afledning for 6-18 årige. Der mangler dog afklaring på, i hvilken grad VR er et omkostningseffektivt alternativ, blandt andet igennem muliggørelse af en smidigere arbejdsproces, eller som supplement til eksisterende distraktionsteknik førend, at det finder bredere anvendelse i de kliniske behandlingsvejledninger.</p> <p>Analyseindstillen fortalte på et opfølgende møde, at der enkelte steder i landet allerede anvendes VR-teknologi til distraktion fra forskellige smerteprovokerende procedurer, men at national anvendelse af teknologien er ikke standardiseret. En analyse af VR-understøttet distraktion kan derfor ses som et supplement til en informeret stillingtagen til en teknologi som ellers kan risikere at blive implementeret usystematisk på tværs af landet.</p>



<p>Tema 4</p> <p>Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde</p>	<p>Analyssetemaet kan omfatte en stor og potentiel heterogen population, der kan forventes at indeholde vidt forskellige patientforløb og relevante effektmål, hvorfor en afgrænsning af temaet er nødvendig.</p> <p>Merværdien i analyssetemaet kan forventes at rette sig mod ændringer i patientoplevelt kvalitet samt, fra et organisatorisk perspektiv, mulige reduktioner i udeblivelsesprocenten. Sundhedsøkonomisk vil omkostningseffektiviteten af tilbuddet skulle afdækkes.</p> <p>Der eksisterer, vurderer sekretariatet, en moderat mængde international litteratur på området, som varierer i sit fokus og omfang. Den heterogene litteratur afspejler, at der er mange forskellige tilgange til anvendelsen af videokonsultation som redskab i psykiatrien. Der eksisterer så vidt sekretariatet er orienteret ingen eller et meget sparsomt evidensgrundlag for brugen af videokonsultation i en dansk kontekst.</p> <p>Idet merværdien forventeligt er forankret i patient-, organisations- og sundhedsøkonomiperspektiverne er det realistisk, at der bliver behov for dataopsamling i en dansk kontekst for at kunne afdække, hvorvidt anvendelsen af videokonsultationer bør anvendes som supplement til psykiatrisk behandling.</p> <p>Ved opfølgende møde med indstiller blev det fortalt, at til trods for at analyseforslagets fokus på psykiatrien vil en sådan analyse potentielt kunne være springbræt for en bredere udbredelse af videokonsultationer som supplement til somatisk behandling også.</p>
<p>Tema 5</p> <p>Internetbaseret terapi - evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling</p>	<p>Analyssetemaet fokuserer på <i>Internetpsykiatrien</i>, der tilbyder internetbaseret kognitiv adfærdsterapi for voksne med let til moderat angst og depression. Internetpsykiatrien blev i 2013 etableret som demonstrationsprojekt i Region Syddanmark, og har siden 2018 været et fast tilbud for borgere over 18 år i hele landet. Internetbaseret terapi kan tilbydes både som add-on eller som erstatning af konventionel behandling. Tilbuddet ses som en del af en 'stepped-care'-model, hvor guidede telebaseret behandling er målrettet den primære sektor. Indstiller forklarede til opfølgende møde, at det nuværende behandlingstilbud har haft stor succes, men at der er en voksende venteliste grundet manglende ressourcer.</p> <p>Da Internetpsykiatrien tilbyder behandling til både depression og fire typer af angst (panikangst, agorafobi, socialfobi og enkeltfobi) vil en afgrænsning af patientpopulationen formentlig være nødvendig for at kunne lave en meningsfuld analyse.</p> <p>Der foreligger flere danske studier på effekten af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til behandling af angst og depression, der understøtter en eventuel analyse af området. Desuden eksisterer der en betydelig mængde</p>

	<p>internationale studier, samt en HTA fra Sverige, hvori der primært fokuseres på angstlidelser og let- til moderat depression. Internetbaseret terapi har været anvendt i England siden 2007 og Sverige 2008</p> <p>Der lægges i analysetemaet vægt på, at internetbaseret terapi vil kunne støtte det eksisterende psykiatritilbud, og lette det samfundsmæssige og sundhedsøkonomiske pres på området, såfremt tilbuddet opskaleres. Således vil der være meningsfulde elementer at belyse inden for alle fire perspektiver.</p>
<p>Tema 6</p> <p>Virtual reality til eksponeringsterapi</p>	<p>Temaet retter sig mod en sammenligning af VR-understøttet eksponeringsterapi (VRET) overfor traditionel eksponeringsterapi til behandling af voksne patienter med angstlidelser og PTSD. Flere behandlingstyper, der anvender VR som platform nævnes som relevante, hvilket gør analysen meget bred og en afgrænsning vil være nødvendig. Indstiller af analysetemaet forklarede til et opfølgende møde, at der særligt var interesse i eksponeringsterapi over for angstlidelser og i mindre grad i de innovative terapiformer.</p> <p>Der eksisterer, vurderer sekretariatet, en moderat og tiltagende mængde international litteratur på området. Dette indebærer enkelte systematiske reviews med fokus på VRET til forskellige angstlidelser. Der er ligeledes igangsat to danske RCT'er (VRET og VR8) på effekten af eksponeringsterapi med VR som behandling af social angst og agorafobi. Studierne forventes afsluttet ultimo 2022 (VRET) og ultimo 2024 (VR8).</p> <p>Forventede gevinster kan være resursebesparelser hos patient og personale, afledt af eksempelvis øget tryghed og compliance. Øget compliance, reduceret tid til transport og patientens mulighed for systematisk hjemmetræning på egen hånd, kan potentielt også reducere resurseforbruget for sundhedspersonalet. Sundhedsøkonomisk vil potentielle ændringer i tids- og resurseforbrug skulle sammenholdes med ændringer i direkte udgifter til VR-udstyr, oplæring af personale og patient samt eksempelvis øget vedligeholdelsesomkostninger.</p> <p>En analyse af VR som eksponeringsterapi kan ses som et supplement til en informeret stillingtagen til anvendelsen af en teknologi hvis implementering endnu ikke er systematisk vurderet på nationalt niveau.</p>
<p>Tema 7</p> <p>Omstilling af fremtidens kontrol af lungesyge patienter</p>	<p>Det overordnede tema er bredt, men i indstillingen afgrænses analysens fokus til hjemmemonitorering af patienter med interstitielle lungesygdomme. Interstitielle lungesygdomme er en bred betegnelse for en heterogen gruppe af sygdomme, herunder bl.a. asbetose og idiopatisk lungefibrose. På lungeområdet er der igangsat national implementering af en telemedicinsk løsning til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) med baggrund i TeleCare Nord studiet (<a href="#">Telemedicin - Sundhedsdatastyrelsen</a>). Sundhedsstyrelsen har desuden udgivet</p>

	<p>anbefalinger vedr. <a href="#">telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL</a> i 2017.</p> <p>I modsætning til den telemedicinske løsning til KOL-patienter, bør telemedicin for patienter med interstitiel lungesygdom være baseret på andre hjemmemålinger (lungfunktionstest og spirometri), som vil skulle vurderes klinisk. Umiddelbart eksisterer der litteratur, som undersøger korrelationen mellem hjemmemålinger og hospitalsmålinger af disse, men det er uklart om evidensgrundlaget ift. til forebyggelse af sygdomsprogression er tilstrækkeligt. Generelt for en eventuel analyse kan det være relevant og blive nødvendigt at anvende evidens fra andre sygdomsområder, såfremt evidensen vurderes at være overførbart til patienter med interstitielle lungesygdomme. Sekretariatet gør opmærksom på de forskelligartede behov, der stilles til hjemmemonitorering af forskellige sygdomme, og at 'telemedicin' dækker over en bred vifte af interventioner, der kan være svære at sammenligne.</p> <p>Der er i indstillingen ikke fokus på én bestemt teknologi men en tilgang til monitorering af patienterne. Det kan blive nødvendigt at afgrænse analysen mht. hvilken type hjemmemonitorering, der skal undersøges for meningsfuldt at kunne afdække de organisatoriske og sundhedsøkonomiske implikationer ved deres anvendelse. Analyseteamet lægger desuden op til et stort fokus på patientperspektivet og organisatoriske implikationer. Her vil man med fordel kunne anvende erfaringerne fra udviklingen af TeleCare Nord, for så vidt den forventes at være gældende for telemonitorering af patienter med interstitielle lungesygdomme. Ved inddragelse af overførbart evidens, vurderer sekretariatet at en eventuel analyse kan gennemføres.</p>
<p>Tema 8</p> <p>Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer) (AUH - Nicolaj Andersen <a href="mailto:nicans@rm.dk">nicans@rm.dk</a> )</p>	<p>Indstillingen omhandler behandling med perkutan vertebroplastik (PVP) til osteoporotiske sammenfald. Analysetemaet afgrænses af indstiller til non-maligne osteoporotiske rygsammenfald hvilket betyder at en kommende analyse vil se bort fra anvendelse af samme procedure til palliativ behandling af smertefulde sammenfald i ryggen hos cancerpatienter. Det fremgår af Dansk Rygkirurgisk Selskab at tilgængelige kliniske retningslinjer for behandling med PVP fokuserer på maligne tilstande. Der foreligger yderligere en MTV fra 2010, hvor det konkluderes at PVP er effektiv mod kroniske smerter. Sekretariatet bemærker at der forventeligt vil være tale om en forholdsvis lille patientpopulation hvor PVP er relevant som behandlingsmulighed. Indstiller bemærker at denne er udgjort af en lille del af de 2300 registrerede symptomatiske osteoporotiske rygsammenfald på et år på landsplan.</p> <p>En meta-analyse fra 2022 konkluderer på baggrund af forskellige sundhedsøkonomiske modeller og settings at PVP og kyfoplastik (KP) er omkostningseffektive procedurer sammenlignet med standard behandling (korset og medicinsk smertebehandling). Iblant de inkluderede studier var der piggy-back cost <i>utility</i> analyser (indsamling af cost og utility data</p>

	<p>sideløbende med det kliniske studie), der bidrog med stærk evidens for omkostningseffektiviteten af PVP og KP. PVP og KP omkostningseffektivitet var særligt relateret til signifikant kortere indlæggelsestid og højere score af helbredsrelaterede gevinster (QALY).</p> <p>PVP har været præget af usikkerhed om effekt, da tilgængelige RCT'er enten påviser en lille effekt af PVP eller ikke har kunne påvise effekt. Evidensgrundlaget til bestemmelse af relevant patienter er uklart. Ligeledes er evidens der kan afdække tidsaspekter i behandlingen uklart.</p> <p>Indstillen ligger op til en afdækning af PVP i forhold til smertelindrende behandling, som i dag er standardbehandlingen. Herudover forslår indstillen en afdækning af hvilke patienter der har gavn af PVP, eller efter hvor lang tids smertebehandling PVP bør tilbydes.</p> <p>Sekretariatet bemærker at der ved igangsætning af en større analyse af dette tema vil kræve at der kigges på tværs af de øvrige behandlingsmuligheder der eksisterer, bl.a. kyfoplastik. En analyse vedrørende behandling af osteoporotiske sammenfald vurderes mulig at udføre, på baggrund af den evidens der foreligger, men det forventes nødvendigt at indsamle empiri vedr. patientperspektivet, samt organisatoriske implikationer. En sådan analyse vil berøre et lille antal patienter årligt.</p>
<p>Tema 9</p> <p>Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande ved at man i sygehusbaseret psykiatri iværksætter og monitorerer initial farmakologisk behandling af hjertekar-risikofaktorer.</p>	<p>Det indstillede tema fokuserer på, hvornår og hvordan der opstartes farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme i psykiatrien. Sekretariatet bemærker, at analysetemaet umiddelbart indikerer udarbejdelse af en retningslinje for medicinsk behandling, som ligger uden for Behandlingsrådets genstandsfelt.</p> <p>Sekretariatet har været i dialog med indstillen, der udtrykker et ønske om, at der udvikles en national retningslinje/drejbog eller værktøj som beslutningsstøtte til hvornår og hvordan, der kan opstartes farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme hos svært psykiatriske patienter. Jf. retningslinjer gennemføres der på nuværende tidspunkt i forbindelse med den psykiatriske udredning screening for risikofaktorer for hjertekarsygdom, men screeningen yder ingen støtte ift. beslutning om igangsættelse og valg af behandling. Udfordringen ligger primært i, at patienterne ofte ikke er i stand til at søge egen læge samtidig med, at psykiaterne ikke føler sig kvalificerede til at opstarte farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme i sygehuspsykiatrien. I England findes et værktøj (<i>Lester tool</i>) til opstart af farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme. Indstillen giver dog udtryk for, at værktøjet ikke vil kunne overføres direkte til dansk kontekst uden modificering, hvad angår indhold og korrekt oversættelse. En sådan modificering og validering bør gå forud for en evt. større analyse i Behandlingsrådet.</p>

	<p>Behandlingsrådets sekretariat vurderer, at det indstillede tema er uden for Behandlingsrådets metoderamme, da det eksisterende værktøj ikke kan overføres og vurderes for den danske kontekst i forbindelse med en større analyse.</p>
<p>Tema 10</p> <p>Kredsløbsmonitorering/ estimering af minutvolumen</p>	<p>Analysetemaet omhandler kredsløbsmåling af patienter der undergår kirurgiske indgreb. Hertil bruges ofte en invasiv måling, ved brug af kateter placeret i højre hjertehalvdel, og dette betragtes som den gyldne standard. Der findes dog andre metoder til kredsløbsmonitorering, som varierer i præcision. Disse fremgår bl.a. af <a href="#">Dansk Selskabs for Anastæsi og Intern Medicins rekommendation vedr. perioperativ væskebehandling</a>. Som led i <a href="#">en NICE anbefaling fra 2020</a> vedr. behandling af perioperative patienter, anbefaler NICE brugen af kredsløbsmonitorering til patienter i høj risiko kirurgiske indgreb.</p> <p>NICE har i 2018 udgivet en omkostnings-effektivitetsanalyse af kredsløbsmonitorering med non-invasive procedurer vs. konventionel klinisk praksis (vurdering af fx puls og blodtryk) under operation. Analysens resultater viste at kredsløbsmonitorering var omkostningseffektiv svarende til £286 per vundne QALY og at deres resultater i analysen var robuste for forskellige ændringer i inputestimer og parameterusikkerhed.</p> <p>Indstillingen er bred, og ved udarbejdelsen af en analyse ses det nødvendigt at afgrænse emnet yderligere. Som led i NICE anbefalingen er der lavet <a href="#">en evidens gennemgang</a> for sammenligningen af non-invasive kredsløbsmonitoreringsmetoder med det invasive kateter. Heri identificeres flere RCT'er der sammenligner non-invasive kredsløbsmonitorering med konventionel klinisk praksis.</p> <p>En retning for analysen kan være at sammenligne metoder til kredsløbsmonitorering i operativpatienter. Alternativt kan en analyse vedrører monitoreringsmetoder i patienter der undergår hjerte-lunge redning. Der findes ikke umiddelbart evidens til sammenligning af non-invasive metoder med invasive metoder. En analyse vil altså ikke kunne sammenligne invasive og non-invasive metoder, hvorfor en analyse måske ikke meningsfuld.</p>
<p>Tema 11</p> <p>Artrioskopi ved smerter</p>	<p>Analysetemaet omhandler brugen af invasive artroskopi af knæ med menisk resektion i patienter over 40 år, som har haft smerter i periode over 3 måneder. Indstillingen bemærker en problematik vedr. artroskopi, da effekten af denne er lille til ingen, som rapporteret i et nyligt <a href="#">Cochrane systematisk review</a>. Herved lægges op til en sammenligning af artroskopi med neuromuskulær træning af knæleddet. Yderligere bemærker indstiller, at det ikke er klart hvilke patienter der har gavn af artroskopi af knæet. Der foreligger en <a href="#">national klinisk retningslinje</a> fra 2019, der anbefaler ikke-kirurgisk behandling af ikke-traumatisk opståede knæ smerter. Anbefalingen tager ikke højde for de sundhedsøkonomiske eller organisatoriske konsekvenser hvilket kunne tale for at igangsætte en analyse af området</p>

	<p>med Behandlingsrådets metodiske rammer. <a href="#">NICE guideline fra 2020 om behandling af slidgigt</a> konkluderer, på baggrund af review af kliniske og cost-effectiveness studier, at der ikke anbefales artroskopi af knæ som en behandlingsmulighed for slidgigt, medmindre patienten er kendt med slidgigt og samtidig længerevarende og tilbagevendende mekanisk-låsning af knæleddet. Lægemedelstyrelsen bemærker, at patientsikkerhed er vigtigt indenfor dette område.</p> <p>Som det nævnes i indstillingen foreligge der et nyligt <a href="#">Cochrane systematisk review</a> af effekten af artroskopi overfor træning og placebo kirurgi. Heri er der identificeret 16 RCT'er, og det bemærkes at yderligere 4 studier er sat i gang. Indstillingen har identificeret et igangværende dansk RCT, som sammenligner artroskopi med træning af knæet i yngre personer. Studiet er lukket for optag, men det er uklart hvornår resultaterne foreligger. I forbindelse med analyse kan det forventes, at det er nødvendigt at indhente empiri vedr. patientperspektivet, samt det organisatoriske perspektiv, uanset hvilken retning analysen tager.</p> <p>Indstillingen lægger op til en analyse af artroskopi af knæ med menisk resektion overfor træning. Hertil bemærkes at der udføres 18000 knæ artroskopier om året i Danmark. En analyse der sammenligner artroskopier med træning af knæet anses for værende muligt indenfor behandlingsrådets rammer, men det bemærkes at denne har karakter af en evaluering.</p>
<p>Tema 12</p> <p>Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) til KOL-patienter</p>	<p>Analysetemaet er relativt afgrænset. Hjemme-NIV er på nuværende tidspunkt ibrugtaget flere steder i Danmark til patienter med forhøjet dagtids-CO2-niveau. Efter kontakt til indstiller er det afklaret, at ønsket er at øge antallet af patienter, som modtager hjemme-NIV inden for den samme patientgruppe. Temaet har derfor i højere grad fokus på de økonomiske og evt. organisatoriske konsekvenser ved at øget antallet af patienter, der får behandlingen tilbudt, da teknologien er ibrugtaget.</p> <p>Der forekommer umiddelbart en del evidens på området, og det vil sandsynligvis være muligt at belyse brugen af hjemme-NIV overfor sædvanlig praksis. Der findes flere danske retningslinjer vedr. hjemme-NIV bl.a. <a href="#">Retningslinjer for behandling med Non-invasiv ventilation</a> fra 2016 og <a href="#">KOL – LT-NIV (Hjemme NIV)</a> fra 2020. Hertil findes en udenlandsk retningslinje fra European Respiratory Society fra 2019, som i tråd med de danske retningslinjer anbefaler hjemme-NIV til patienter med stabil kronisk hyperkapni (forhøjet CO2-niveau).</p> <p>Temaet fokuserer især på de sundhedsøkonomiske konsekvenser ved at udvide hjemme-NIV, der forventes at kunne nedsætte risikoen for akutte indlæggelser. Det bemærkes, at der ønskes undersøgt om effekten af hjemme-NIV, eksempelvis reducere i akutte indlæggelser og øget</p>

	<p>livskvalitet for patienter, kan opveje de meromkostninger der er forbundet med behandlingen.</p> <p>Lægemiddelstyrelsen bemærker, at det er væsentligt med opmærksomhed på patientsikkerheden.</p> <p>Sekretariatet bemærker, at en analyse vedr. hjemme-NIV lader til at være mulig inden for Behandlingsrådets nuværende rammer.</p>
<p>Tema 13</p> <p>Behandling af patienter med kroniske smerter</p>	<p>Analysetemaet er bredt og kan antage forskellige undersøgelsesperspektiver, hvorfor der er behov for en afgrænsning af temaet.</p> <p>Sundhedsstyrelsen har i 2020 foretaget en <a href="#">afdækning af smerteområdet</a>, hvor der peges på en række mulige indsatsområder herunder øget fokus på non-farmakologiske interventioner og tværfaglig organisering af behandlingstilbud.</p> <p>En <a href="#">National klinisk retningslinje</a> (NKR) fra Sundhedsstyrelsen fra 2018 anviser vejledning mht. udredning, behandling samt monitorering af patienter med generaliserede kroniske smerter i bevægeapparatet. For kroniske smerter i almindelighed, hvor der ikke er en identificerbar somatisk årsag, afspejles behandlingsmulighederne i nogen udstrækning i den nævnte NKR.</p> <p>Evidensgrundlaget på området tillader sandsynligvis en belysning af generelle tværfaglige indsatser overfor fagspecialiserede og/eller 'standard care'-indsatser fsva. patienter med kroniske smerter. Det er usandsynligt, at der er væsentlig ny evidens, set i forhold til den eksisterende NKR, som kan anvendes til at belyse, hvilke komponenter i tværfaglige tilgange til behandling af patienter med kroniske smerter som er mere eller mindre effektive. Det er ligeledes usandsynligt, at der er substantiel evidens, som kan belyse, hvilken konkret tværfaglig organisering der er anbefalelsesværdig.</p> <p>Med et bredt analysetema, der omfatter flere sygdomsområder og patientgrupper, er der behov for en yderligere og mere fokuseret afgrænsning af temaet for at udarbejde relevante sundhedsøkonomiske analyser.</p> <p>Lægemiddelstyrelsen bemærker, at det er væsentligt med opmærksomhed på patientsikkerheden.</p> <p>Analysetemaet indeholder en relevant problemstilling og sekretariatet forventer, at kunne udarbejde en analyse inden for Behandlingsrådet rammer, såfremt analysetemaet blev afgrænset.</p>
<p>Tema 14</p>	<p>Analysetemaet er bredt og kan antage forskellige undersøgelsesperspektiver, hvorfor der er behov for en afgrænsning af</p>

<p>Udvikling af det radiologiske område</p>	<p>temaet. Flere af de potentielle fokusområder fordrer en belysning af organisatoriske aspekter, herunder særligt personaleressourcer og evt. det økonomiske perspektiv.</p> <p>Temaet indeholder meget forskellige emner inden for det radiologiske område. Dertil er det et område med stor opmærksomhed.</p> <p>Region Sjælland har indstillet analysetemaet. De har udgivet en <u>kortlægning og analyse af det billeddiagnostiske område</u> i regionen (2020), hvori det bl.a. pointeres, at kunstig intelligens bør afprøves på testbasis forinden en generel implementering. Derudover beskrives ligeledes udfordringen med manglende personale, hvortil der opfordres til fælles regionale initiativer. Region Sjællands <i>taskforce for billeddiagnostik</i> har udarbejdet <u>anbefalinger vedrørende genetablering af bæredygtig radiologi</u> i regionen. RAIT - Radiological Artificial Intelligence Testcenter ved Bispebjerg, Frederiksberg, Herlev og Gentofte Hospital forsker (siden 2020) i implementeringen af kunstig intelligens i klinisk praksis. Vores fornemmelse er, at lignende initiativer er i gang flere steder i landet.</p> <p>Sundhedsstyrelsen bemærker, at strålebeskyttelseslovgivningen kræver, at undersøgelser med ioniserende stråling (f.eks. røntgen) skal være berettigede, og at en væsentlig del af ansvaret for dette ligger på den afdeling, som udfører undersøgelsen. I tråd med dette har Vælg Klogt igangsat temaet <i>Rutineundersøgelser</i> i 2022, som omhandler unødvendige undersøgelser, herunder f.eks. røntgen.</p> <p>Der er stort fokus på berettigelsen af undersøgelser international, blandt andet er der igangsat en europæisk undersøgelse af berettigelse af CT-undersøgelser <a href="http://www.eurosafeimaging.org/eu-just-ct">www.eurosafeimaging.org/eu-just-ct</a>.</p> <p>Før vi kan afdække evidensen på området, er behov for en klar afgrænsning af analysetemaet.</p> <p>På baggrund af analysetemaets bredde, vil der være behov for en mere fokuseret afgrænsning for at kunne belyse analysetemaets sundhedsøkonomiske perspektiver. Afhængigt af analysetemaets retning kan der i større eller mindre grad være tale om en driftsanalyse, hvis der ses i retning af arbejdskraftsreducerende initiativer inden for radiologiområdet.</p> <p>Analysetemaet indeholder en relevant problemstilling, men er på nuværende tidspunkt bredt. Sekretariatet forventer at kunne udarbejde en analyse, såfremt temaet bliver afgrænset. Dette kunne f.eks. foregå ved at afgrænse til en specifik patientgruppe eller type af løsning på problemstillingen.</p>
<p>Tema 15 AK/NOAK behandling for Atrieflimren</p>	<p>Analysetemaet er afgrænset til patientgruppen med atrieflimren, som modtager AK/NOAK-behandling grundet deres øgede risiko for blodpropper. Analysetemaet fokuserer på at præcisere indikationsområdet for at undgå, at der i klinisk praksis ordineres unødvendig AK/NOAK-</p>



	<p>behandling. I tillæg hertil ønsker indstillere at afdække eventuelle overlevelsese- og livskvalitetsgevinster samt blødningskomplikationer ved AK/NOAK-behandling.</p> <p>Behandlingsrådets sekretariat har været i dialog med indstillere, som bekræfter, at analysetemaet udelukkende handler om medicinsk AK/NOAK-behandling.</p> <p>På baggrund heraf vurderer Behandlingsrådets sekretariat i samråd med indstillere, at analysetemaet er udenfor Behandlingsrådets genstandsfelt grundet det centrerede fokus på et lægemiddel.</p>
<p>Tema 16</p> <p>Forbedret prænatal genetisk diagnostik</p>	<p>Analysetemaet er relativt bredt, da der præsenteres en række diagnostiske prænatale test, hvorfor der er behov for en afgrænsning. Udover de vanlige perspektiver vil det sandsynligvis være relevante at belyse etiske overvejelser i væsentlig grad.</p> <p>Sundheds- og Ældreministeriet har i 2019 oprettet Nationalt Genom Center, der har til opgave at udvikle bedre diagnostik og mere målrettede behandling vha. genetiske analyser, såsom genomsekventering. Derudover opbevarer Nationalt Genom Center ligeledes genetiske analyser fra prænatal testning.</p> <p>Sundhedsstyrelsen har udgivet en opdateret <a href="#">retningslinje for forsterkdiagnostik</a> i 2020. I retningslinjen beskrives, at den kommende udvikling bl.a. giver mulighed for mere detaljerede genetiske undersøgelser f.eks. exomsekventering. SST har i den reviderede retningslinje indført Non-Invasiv Prænatal Test og mikroarray, hvilket nævnes i analysetemaet.</p> <p>Det forekommer umiddelbart, at der er evidens inden for flere af fokusområderne præsenteret i analysetemaet. Eksempelvis er der udgivet et <a href="#">systematisk review</a> i 2022 omhandlende exomsekventering inden for prænatal diagnostik.</p> <p>Økonomiske betragtninger er på baggrund af analysetemaets område af oplagte etiske grunde vanskelige at belyse. I temaet fremhæves øgede omkostninger til forbedret prænatal diagnostik, der kan ses i forhold til hurtigere/ mere velinformerede reproduktive valg under graviditeter, hvor der er diagnosticeret alvorlig genetisk sygdom hos det kommende barn.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at det er muligt at lave en analyse inden for Behandlingsrådets vanlige rammer, såfremt analysen skal undersøge diagnostisk præcision samt pris på de forskellige tests.</p> <p>Skal analysen afdække f.eks. afledte omkostninger af forbedret prænatal diagnostik, vil der være behov for at belyse væsentlige etiske overvejelser forbundet med analysen. Det etiske element er ikke rummet i denne grad af Behandlingsrådets nuværende metoderamme, og det kan overvejes om en</p>

	sådan type analyse hensigtsmæssigt placeres i Behandlingsrådet sammenlignet med f.eks. Etisk Råd.
Tema 17 Diagnostik og individualiseret behandling af obstruktiv søvnapnø	<p>Det indstillede tema fokuserer på at ændre tilgangen til behandling af patienter med obstruktiv søvnapnø. Sundhedsstyrelsen har i 2018 udgivet en <a href="#">faglig visitationsretningslinje for symptomgivende obstruktiv søvnapnø hos voksne</a>.</p> <p>Sekretariatet har været i dialog indstillerne, Regionshospitalet Gødstrup samt Rigshospitalet, der efter proces med sekretariatet har lavet en fælles indstilling. Begge ønsker en vurdering af et nyt diagnostisk værktøj, søvnendoskopi (drug-induced sleep endoscopy, DISE), der kan identificere den anatomiske årsag til patientens søvnapnø og dermed prædikere behandlingsvalget. Indstillerne bemærker, at patienter der ikke følger eller har gavn af standardbehandling med <i>continuous positive airway pressure</i> (CPAP) lægger et stort pres på søvnambulatorierne, og der er ofte behov for at afprøve forskellige behandlingsalternativer. Internationalt anvendes DISE rutinemæssigt i Holland samt USA, og begge indstillere har erfaring med proceduren. Der er dog et ønske om, at den bliver en del af standardudredningen. Proceduren er standardiseret og beskrevet i et <a href="#">Europæisk holdningspapir</a> fra 2017.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at analysetemaet har stor klinisk efterspørgsel og evidensgrundlaget synes rimeligt ift. at kunne udarbejde en meningsfuld anbefaling vedr. anvendelsen af DISE samt de non-invasive og kirurgiske behandlinger, metoden indikerer.</p>
Tema 18 Immunterapi-udløste reumatologiske bivirkninger	<p>Analysetemaet er afgrænset til patientgruppen med en kræftdiagnose, som grundet immunterapibehandling får reumatologiske bivirkninger, hvilket øger kompleksiteten og behovet for et interprofessionelt samarbejde. Analysetemaet fokuserer på at beskrive et standardiseret udredningsprogram som redskab til at kvalificere vejledning, prognostisering og behandling af subgruppen med reumatologiske bivirkninger. I tillæg hertil ønsker indstillere at kortlægge problemets størrelse og eksisterende tilbud til patientgruppen.</p> <p>Behandlingsrådets sekretariat har været i dialog med indstillere, som bekræfter, at analysetemaet fordrer afdækning og udvikling snarere end evaluering af eksisterende teknologi med en sammenstilling af flere alternativer.</p> <p>På baggrund heraf vurderer Behandlingsrådets sekretariat i samråd med indstillere, at analysetemaet er udenfor Behandlingsrådets opgaveportefølje.</p>
Tema 19 Optimering af cancerkontroller	<p>Det indstillede tema er meget konkret beskrevet og foreslår en gennemgang af litteraturen med henblik på at vurdere patientsikkerheden ved at ændre kontrol af patienter, der har modtaget kræftbehandling. Kontrolforløbet af kræftpatienter er fastlagt som en del af de nationale kræftpakker, som fagligt udarbejdes og revideres løbende af</p>

	<p>Sundhedsstyrelsen. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) varetager arbejdet med udvikling af landsdækkende retningslinjer på kræftområdet. I forbindelse med Sundhedsstyrelsens revision med start i 2017 er rutinemæssige kontroller erstattet af mere individualiserede og behovsbestemte opfølgingsforløb jf. <a href="#">Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer 2018</a>. DMCG bemærker, at ændring af opfølgingsprogrammerne bør ske med afsæt i evidens og/eller ekspertkonsensus, herunder overvejelser om fagligt og ikke-fagligt begrundet ventetid. Sundhedsstyrelsen og DMCG bemærker, at de processer typisk gennemgås i regi af Sundhedsstyrelsen ifm. med udarbejdelse og revision af kræftpakkerne/opfølgingsprogrammerne.</p> <p>En overfladisk søgning efter litteratur indikerer, at litteraturen angående optimale kontrolintervaller umiddelbart er sparsom. Sekretariatet bemærker, at en potentiel anbefaling af at ændre kontrolfrekvensen bør bero på en grundig analyse af patientsikkerheden. Dertil har patienter med kræft væsentligt forskellige prognoser, så det vil blive nødvendigt at afgrænse analysen i relation til patientpopulationen for at kunne producere meningsfulde fund i relation til klinisk effekt og sikkerhed, patientperspektivet og de sundhedsøkonomiske samt organisatoriske implikationer.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at der umiddelbart er begrænset evidens omkring patientsikkerheden ved at ændre kontrolfrekvensen af patienter med kræft i forhold til at udarbejde en meningsfuld analyse, der kan lede til anbefaling. Det bemærkes yderligere, at Sundhedsstyrelsen løbende reviderer kræftpakkeforløbene.</p>
<p>Tema 20</p> <p>Differentiering af pakkeforløb</p>	<p>Analysetemaet er meget konkret beskrevet. Indstiller foreslår, at henvisning til pakkeforløb baseres på en konkret vurdering af den enkelte patient, dennes ønsker og muligheder for behandling, og at visse patienter derfor udredes uden pakketidsperspektivet. Kræftpakkeforløbene er politisk besluttet og udarbejdes og revideres af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen bemærker, at processen vedr. ændring af kræftpakkeforløbene typisk foregår i deres regi.</p> <p>Der foreligger umiddelbart ingen evidens, der undersøger, hvordan denne alternative tilgang til henvisning til pakkeforløbene vil påvirke henvisningsmønstret, ligesom den kliniske effekt og sikkerhed ved denne alternative tilgang til henvisning ikke er redegjort for i indstillingen.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at Behandlingsrådets metoderamme og fire perspektiver ikke er velegnede til at undersøge det indstillede analysetema. Temaet er desuden præget af mange etiske overvejelser, som ikke er omfattet tilstrækkeligt af Behandlingsrådets metoderamme, men som alt andet lige vil være vigtig i en eventuel analyse. Det bemærkes yderligere, at Sundhedsstyrelsen udarbejder og reviderer kræftpakkeforløbene.</p>

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Udvikling i ansættelse af speciallæger - opdateret med april 2023</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Udviklingen i antallet af speciallæger - status 1. halvår 2023</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>18</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## UDVIKLING I ANSÆTTELSE AF SPECIALLÆGER

Bilaget indeholder opgørelser over udviklingen i det samlede antal speciallæger ansat i regionerne samt data vedrørende udviklingen i forholdet mellem antallet af overlæger og afdelingslæger ansat i regionerne.

Opgørelserne er udarbejdet på baggrund af data fra KRL, SIRKA.

Der er udarbejdet et udviklingsindeks for perioden december 2016 til april 2023.

**Tabel 1: Antal fuldtidsansatte speciallæger. Hele landet**

	<b>Dec.</b>	<b>April</b>	<b>Aug.</b>	<b>April</b>	<b>Okt.</b>	<b>April</b>	<b>Okt.</b>	<b>April</b>	<b>Okt.</b>	<b>April</b>	<b>Okt.</b>	<b>April</b>	<b>Okt.</b>	<b>April</b>	<b>Udvikling</b>
	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>(2016=100)</b>
Lægelige chefer	<b>1.036</b>	1.063	1.057	1.063	1.081	1.081	1.089	1.077	1.086	1.120	1.066	1.049	1.274	<b>1.496</b>	<b>144</b>
Overlæger	<b>5.442</b>	5.501	5.489	5.421	5.324	5.288	5.241	5.282	5.312	5.385	5.358	5.419	5.172	<b>5.041</b>	<b>93</b>
Afdelingslæger	<b>1.909</b>	1.924	1.963	2.159	2.284	2.415	2.515	2.573	2.679	2.708	2.773	2.778	2.853	<b>2.820</b>	<b>147</b>
Samlet antal speciallæger	<b>8.388</b>	8.489	8.509	8.643	8.689	8.784	8.846	8.932	9.079	9.215	9.197	9.246	9.298	<b>9.357</b>	<b>112</b>
Overlæger/afde lingslæger	<b>2,85</b>	2,86	2,80	2,51	2,33	2,19	2,08	2,05	1,98	1,99	1,93	1,95	1,81	<b>1,79</b>	

Kilde: KRL, SIRKA.

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

**Tabel 2: Antal fuldtidsansatte speciallæger. Region Hovedstaden**

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	April 2022	Okt. 2022	April 2023	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	211	218	210	214	210	205	205	207	199	205	199	199	240	305	145
Overlæger	2.142	2.178	2.177	2.167	2.159	2.163	2.141	2.162	2.180	2.189	2.168	2.197	2.134	2.105	98
Afdelingslæger	659	653	644	703	737	766	802	824	884	902	927	901	943	928	141
Samlet antal speciallæger	3.023	3.048	3.046	3.084	3.106	3.134	3.148	3.193	3.263	3.296	3.294	3.297	3.316	3.338	110
Overlæger/afdelingslæger	3,25	3,34	3,38	3,08	2,93	2,82	2,67	2,62	2,47	2,43	2,34	2,44	2,26	2,27	

Kilde: KRL, SIRKA.  
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

**Tabel 3: Antal fuldtidsansatte speciallæger. Region Midtjylland**

	<b>Dec. 2016</b>	<b>April 2017</b>	<b>Aug. 2017</b>	<b>April 2018</b>	<b>Okt. 2018</b>	<b>April 2019</b>	<b>Okt. 2019</b>	<b>April 2020</b>	<b>Okt. 2020</b>	<b>April 2021</b>	<b>Okt. 2021</b>	<b>April 2022</b>	<b>Okt. 2022</b>	<b>April 2023</b>	<b>Udvikling (2016=100)</b>
Lægelige chefer	<b>205</b>	206	205	208	202	206	206	202	198	219	203	200	277	<b>338</b>	<b>165</b>
Overlæger	<b>1.145</b>	1.141	1.132	1.116	1.084	1.063	1.066	1.070	1.087	1.088	1.088	1.115	1.043	<b>1.015</b>	<b>89</b>
Afdelingslæger	<b>448</b>	467	479	535	556	592	612	614	639	637	684	693	708	<b>707</b>	<b>158</b>
Samlet antal speciallæger	<b>1.798</b>	1.814	1.814	1.858	1.842	1.861	1.884	1.885	1.926	1.944	1.975	2.008	2.027	<b>2.060</b>	<b>115</b>
Overlæger/afdelingslæger	<b>2,56</b>	2,44	2,37	2,09	1,95	1,80	1,74	1,74	1,70	1,71	1,59	1,61	1,47	<b>1,44</b>	

Kilde: KRL, SIRKA.

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.



**Tabel 4: Antal fuldtidsansatte speciallæger. Region Nordjylland**

	<b>Dec. 2016</b>	<b>April 2017</b>	<b>Aug. 2017</b>	<b>April 2018</b>	<b>Okt. 2018</b>	<b>April 2019</b>	<b>Okt. 2019</b>	<b>April 2020</b>	<b>Okt. 2020</b>	<b>April 2021</b>	<b>Okt. 2021</b>	<b>April 2022</b>	<b>Okt. 2022</b>	<b>April 2023</b>	<b>Udvikling (2016=100)</b>
Lægelige chefer	<b>148</b>	155	157	162	171	168	168	170	172	172	174	179	172	<b>176</b>	<b>119</b>
Overlæger	<b>435</b>	444	436	425	413	412	395	400	408	412	405	406	398	<b>413</b>	<b>95</b>
Afdelingslæger	<b>202</b>	210	234	253	269	286	293	296	303	298	305	298	293	<b>287</b>	<b>142</b>
Samlet antal speciallæger	<b>785</b>	810	827	840	853	866	857	866	883	881	884	882	864	<b>876</b>	<b>112</b>
Overlæger/afdelingslæger	<b>2,15</b>	2,11	1,87	1,68	1,54	1,44	1,35	1,35	1,34	1,38	1,33	1,36	1,36	<b>1,44</b>	

Kilde: KRL, SIRKA.

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

**Tabel 5: Antal fuldtidsansatte speciallæger. Region Sjælland**

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	April 2022	Okt. 2022	April 2023	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>139</b>	148	145	147	148	151	150	152	151	151	141	145	218	<b>234</b>	<b>168</b>
Overlæger	<b>689</b>	702	710	679	660	650	648	647	637	671	666	663	586	<b>582</b>	<b>84</b>
Afdelingslæger	<b>160</b>	165	156	176	193	206	217	233	250	253	251	274	278	<b>278</b>	<b>174</b>
Samlet antal speciallæger	<b>988</b>	1.014	1.011	1.003	1.001	1.007	1.015	1.032	1.038	1.076	1.057	1.081	1.082	<b>1.093</b>	<b>111</b>
Overlæger/afdelingslæger	<b>4,29</b>	4,25	4,54	3,87	3,42	3,16	2,98	2,78	2,55	2,65	2,66	2,42	2,11	<b>2,10</b>	

Kilde: KRL, SIRKA.

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

**Tabel 6: Region Syddanmark**

	<b>Dec. 2016</b>	<b>April 2017</b>	<b>Aug. 2017</b>	<b>April 2018</b>	<b>Okt. 2018</b>	<b>April 2019</b>	<b>Okt. 2019</b>	<b>April 2020</b>	<b>Okt. 2020</b>	<b>April 2018</b>	<b>Okt. 2021</b>	<b>April 2022</b>	<b>Okt. 2022</b>	<b>April 2023</b>	<b>Udvikling (2016=100)</b>
Lægelige chefer	<b>306</b>	317	325	325	331	317	334	330	330	336	330	327	341	<b>437</b>	<b>143</b>
Overlæger	<b>1.029</b>	1.035	1.032	1.032	1.005	987	978	989	990	1.015	1.018	1.026	998	<b>913</b>	<b>89</b>
Afdelingslæger	<b>432</b>	422	443	492	530	564	591	604	601	616	606	612	629	<b>621</b>	<b>144</b>
Samlet antal speciallæger	<b>1.768</b>	1.774	1.800	1.849	1.866	1.878	1.902	1.923	1920	1.076	1.954	1.965	1.969	<b>1.971</b>	<b>111</b>
Overlæger/afdelings læger	<b>2,38</b>	2,46	2,33	2,10	1,90	1,75	1,66	1,64	1,65	1,65	1,68	1,68	1,59	<b>1,47</b>	

Kilde: KRL, SIRKA.

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Hørings svar - ændringsforslag til lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed mv</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Hørings svar - Lovforslag om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner m.v.</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>21</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

31-08-2023

EMN-2022-01002

1647469

Natacha Jensen

## Høringssvar vedr. 2. høringsperiode angående forslag til Lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven, lov om lægemidler og klage- og erstatningsadgang

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 11. juli 2023 sendt forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed mv. i høring for anden gang.

Dette høringssvar skal ses i henhold til Danske Regioners høringssvar i første høringsperiode fra 7. juli-18. august 2022. Høringssvaret afgives med forbehold for behandling i Danske Regioners bestyrelse ved møde den 28. september 2023.

Indledningsvis vil Danske Regioner gentage sin fortsatte opbakning til intentionerne om at sikre gode og fleksible rammer for at tilrettelægge arbejdet i sundhedsvæsenet med den bedst mulige anvendelse af medarbejdernes kompetencer. Det er nødvendigt i arbejdet med også i fremtiden at sikre et godt sundhedsvæsen for borgerne.

Danske Regioner har i forbindelse med behandlingen af høringssvaret også modtaget faglige og tekniske bemærkninger fra regionerne. Disse fremgår af bilag 1.

### **Forbeholdt virksomhed for sygeplejersker**

Danske Regioner ser positivt på, at sygeplejersker med lovforslaget vil kunne udføre visse typer af opgaver selvstændigt, og er enig i lovforslagets intention om at understøtte mulighederne for en effektiv og fleksibel anvendelse af medarbejdernes kompetencer.

Det hilses velkomment, at der ved dette reviderede lovforslag er foretaget ændringer efter første høringsperiode. Særligt i relation til opblødning af gældende regler i primærsektoren. Derudover vil det give et mere entydigt billede af, hvilke kompetencer og opgaver en sygeplejerske kan løfte, hvilket forhåbentlig kan medvirke til ensartethed i de kommunale tilbud.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at nye opgaver for sundhedspersoner, herunder sygeplejersker, kræver grundig oplæring og vedligeholdelse af viden for at kunne foregå patientsikkert.

#### **Yderligere forbeholdt virksomhed for specialsygeplejersker**

Danske Regioner kan ikke støtte forslaget om forbeholdt virksomhed i relation til specialuddannelserne. Der ses ikke stærke faglige argumenter for en sådan ændring. Der er tværtimod en nærliggende bekymring for, at det kan medvirke til at skabe flaskehalse og yderligere rekrutteringsudfordringer, når bestemte opgavefelter i udgangspunktet reserveres for relativt snævert afgrænsede grupper af medarbejdere. Det kan til sammenligning oplyses, at der ikke er forbeholdte virksomhedsområder knyttet til f.eks. speciallæger og specialtandlæger.

#### **Udvidelse af jordemødres forbeholdte virksomhedsområde**

Danske Regioner ser positivt på, at jordemødrenes forbeholdte virksomhedsområde fastsættes i loven og finder, at de foreslåede områder afspejler praksis i dag. Det hilses velkomment, at der ved dette reviderede lovforslag er foretaget ændringer i henhold til tidligere bemærkninger.

#### **Lovforslagets 2 del om patienterstatning**

Danske Regioner forudsætter, at forslaget ikke vil få konsekvenser for regionernes udgifter til sager hos Ankenævnet fx i form af højere enkeltsagsgebyr, da det er fremhævet i lovforslaget, at Styrelsen for Patientklager vil modtage fuld refusion, da Grønland finansierer sagsbehandlingen af sagerne.

#### **Økonomi**

Lovforslaget fremhæver udgifter til tilpasninger af nationale IT-løsninger. Danske Regioner gør opmærksom på, at der tilsvarende bør afsættes økonomi til regionerne og kommunerne, da der vil være behov for investering i IT-systemer med henblik på rekvistion af laboratorieundersøgelser, herunder også sikre overgang til Sundhed.dk, hvor borgerne kan se deres prøveresultater samt ændringer eller tilpasninger i regionale systemer og data, der leveres.

Implementering af forslaget vil også kræve en betydelig uddannelsesindsats, øget tilsynsopgave samt behov for at implementere kvalitetskontrolprocesser og retningslinjer for både præanalytiske og diagnostiske procedurer.

Der kan blive behov for, at der etableres løbende monitorering, opdateret uddannelse og klare kvalitetskontrolprocesser for sygeplejersker, der arbejder inden for det udvidede ansvarsområde. Dette kan være nøglen til at minimere risici og sikre en positiv indvirkning på patientbehandling, patientsikkerhed og sundhedsvæsenet som helhed.

Danske Regioner anmoder om, at lovforslaget bliver medtaget på Lov- og Cirkulære-programmet med henblik på forhandling konsekvenserne for regionernes økonomi.

Venlig hilsen



Anders Kühnau  
Formand



Stephanie Lose  
Næstformand

## Bilag 1. Tekniske bemærkninger

Danske Regioner har i forbindelse med behandlingen af høringsvaret også modtaget faglige og tekniske bemærkninger fra regionerne. Disse fremgår nedenfor.

### *Vedr. forslag til forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker*

- Beskrivelsen af opgaver, der med fordel kan være en del af sygeplejerskers virksomhedsområde, er for uafgrænset og kan få betydning for patientsikkerheden. Det kan give god mening at give udtagning af som selvstændig kompetence til sygeplejersker, men når det drejer sig om at ordinere blodprøver til en bestemt analyse, er formålet at stille en diagnose. Det kræver, den faglige kompetence til at overveje forskellige differentialdiagnoser. I lovforslagets bemærkninger nævnes et eksempel på blodprøver, som kan tages ved mistanke om infektion, hvilket fx kunne være lungeinfektion. Når patienten har symptomer, der giver mistanke om lungeinfektion, skal sundhedspersonen samtidig tage stilling til, at der ikke er diagnostisk belæg for en mistanke om fx blodprop i lungerne, som ville kræve en helt anden type blodprøve. At adskille ordinationen af en paraklinisk prøve (f.eks. en blodprøve) eller en klinisk intervention (f.eks. anlæggelse af et urinkateter eller en sonde) fra de diagnostiske overvejelser kan i praksis ikke lade sig gøre. Manglende diagnostisk ekspertise og erfaring blandt sygeplejersker kan have alvorlige konsekvenser for opdagelsen og behandlingen af visse sundhedstilstande. Korrekt præanalytisk prøvetagning, specielt inden for områder som blodprøvetagning, har stor betydning, da fejl i denne fase kan resultere i fejlagtige resultater, hvilket i sidste ende kan påvirke patientdiagnoser og behandling negativt. Det er vurderingen, at sikring af disse kompetencer kræver ændringer i sygeplejerskeuddannelsen.
- Hvis forslaget vedtages, er der en risiko for, at der kommer en stigning i antallet af laboratorieundersøgelser (blodprøver), som kan bevirke, at der bliver foretaget unødvendige undersøgelser.
- Det bemærkes, at sygeplejersker med et selvstændigt virksomhedsområde kan udføre fx blodprøvetagning og sondenedlægning/urinkateteranlæggelse og medicinordinationer fra egen privat virksomhed. I bemærkningerne på side 35 fremgår det, at ledelsen fastsætter retningslinjer for fx hvilke blodprøver, der skal udtages på det enkelte behandlingssted. Medmindre ordinationsretten knyttes til et konkret ansættelsesforhold, som det ses i visse andre europæiske lande, giver den bemærkning ikke mening. Hvis ordinationsretten knyttes til ansættelsesforholdet, svarer det til de delegationsregler, der er gældende i dag.

### *Vedr. ordinationsret for sygeplejersker*

- Det er Danske Regioners vurdering, at muligheden for at behandle med visse lægemidler er for uafgrænset i lovforslaget. Lovforslaget mangler tydelig afklaring af, om ordination af lægemidler for sygeplejersker også indebærer et behand-



lingsansvar, inklusive opfølgning og forpligtelse til at indberette eventuelle bivirkninger. Danske Regioner tilslutter sig, at ministeriet ønsker at undtage antibiotika fra typer af lægemidler, som sygeplejersker skal kunne ordinere, med henvisning til det internationale og nationale fokus på antibiotikaresistens og reduktion af forbruget af denne lægemiddeltpe.

- Det giver ligeledes god mening, at enkeltbehandlinger med håndkøbsmedicin som paracetamol eller afføringsmiddel, kan administreres uden lægelig ordination.
- Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at behandling med håndkøbspræparater i dag er muligt for sygeplejersker. Autorisationsloven forbeholder alene behandling med receptpligtig medicin for læger.
- Danske Regioner mener, at formuleringen, hvor sygeplejersker får ret til at behandle med "af visse nærmere bestemte vacciner og lægemidler" under §1, er for uspecifik, da det kan omfatte alt. Danske Regioner anbefaler, at rammen bliver specificeret og begrænset, svarende til sygeplejerskeuddannelsens kompetencer indenfor diagnostik og farmakologi.

#### *Vedr. jordemødres opdaterede virksomhedsområde*

- Danske Regioner konstaterer, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet er opmærksom på, at den nuværende afgrænsning og regulering af jordemødres virksomhedsområde er af ældre dato og reguleret i cirkulærereform. Det er derfor positivt, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil gennemskrive og modernisere området. Det har nemlig stor betydning i den daglige kliniske drift og fx samarbejde med privatpraktiserende jordemødre.
- Af nuværende tekst i cirkulære om jordemodervirksomhed (CIR nr. 149 af 08/08/2001) fremgår af § 7- 8, at jordemoderen tilkalder læge ved komplicerede forløb for såvel kvinden som barnet/fosteret og af stk. 2. uddybes, at jordemoderen yder den fornødne hjælp indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge. Det fremgår i høringsteksten s. 19: "Jordemødre har i medfør af gælde ret et forbeholdt virksomhedsområde. I henhold til autorisationslovens § 55, stk. 4, omfatter jordemodervirksomhed konstatering af svangerskab, varetagelse af forebyggende helbredsmæssige undersøgelser under svangerskab, herunder behovsundersøgelser og undersøgelser med henblik på at diagnosticere risikosvangerskaber, samt fødselshjælp til den fødende og barnet under spontant forløbende fødsler". Det foreslås, at der indskrives i lovteksten, at jordemoderen tilkalder læge ved komplicerede forløb og yder den nødvendige hjælp indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge. Når lægen ankommer varetager jordemoderen fortsat den jordemoderfaglige omsorg, og arbejder nu i et samarbejde med lægen, som har behandlingsansvaret.
- Det bemærkes at barselsplejen ikke benævnes i denne lovtekst. Det er en stor del af jordemoderens samlede virksomhedsområde og kan derfor tilføjes.