

Høringsrapport

Sammenfatning, vurdering og behandling af høringsvar til valg af population, indikatorer og subgrupper for Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH)



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Høringsrapport

© RKKP 2022

Udarbejdet af:
Databasens styregruppe i samarbejde med RKKP
Videncenter

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Hedeager 2
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 1.0
Versionsdato: 1.7.2022

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Indhold

Databasen for Akutte Hospitalskontakter, hørings svar og høringsparter	4
Forord	4
Høring	4
Hørings svar til indikatorer	6
Hørings svar til subgrupper	15
Hørings svar til populationsdannelsen	17
Hørings svar, generelle bemærkninger	18
Oversigt over høringsparter og indkomne hørings svar	21

Databasen for Akutte Hospitalskontakter, hørings svar og høringsparter

Forord

Det nye, reviderede indikatorsæt tager udgangspunkt i at beskrive kvaliteten af forløbet for akutte patienter – med primært fokus på det intra hospitale forløb. Databasen monitorerer kvaliteten i akutte hospitalskontakter for den samlede patient population. Med etableringen af nye subgrupper styrker Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH) imidlertid også sit fokus på kvaliteten for skrøbelige og komplekse patientpopulationer som f.eks. plejehjemsbeboere, patienter med svær psykisk sygdom og patienter med høj kronisk comorbiditet.

I DAH tages udgangspunkt i patientforløbet efter ankomst til hospitalet, men databasen ønsker med det aktuelle, reviderede datasæt at kunne belyse kvaliteten i det samlede forløb for patienter med akutte hospitalskontakter. Eksempelvis ved at monitorere overgangen fra udskrivelse fra hospitalet og evt. genhenvendelse inden for kort tid, samt ved at belyse forløbet fra en ambulance er rekvireret til den relevante behandling er givet for udvalgte hyppige tidskritiske tilstande.

Databasen er forankret organisatorisk i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP). Databasen skal skabe national konsensus om god kvalitet i patientforløb med akutte hospitalskontakter, bidrage med relevante og retvisende data samt troværdige og anvendelige resultater. Databasen skal bidrage til at understøtte, at alle patienter og borgere, oplever høj og ensartet kvalitet i akutte hospitalskontakter uanset hvor i landet de bor.

Høring

Høringsproces

Med henblik på at åbne for dialog med omverden og for at skabe legitimitet, forståelse og opbakning til databasens nye indikatorsæt har der været flere tiltag.

På Dansk Selskab for Akutmedicins (DASEM's) årsmøde i november 2020 blev styregruppens indledende beslutninger om population, indikatorer og subgrupper præsenteret og drøftet, og tilbagemeldingerne var et pejlemærke for styregruppens videre arbejde med at udvikle et revideret indikatorsæt. Efter styregruppens arbejdsproces med indikatorsættet og for at sikre alle relevante parter mulighed for at foreslå justeringer og præciseringer af population, indikatorsæt og subgrupper blev gennemført en offentlig høring. Høringsmaterialet blev udsendt i en skriftlig høring blandt relevante faglige fora, herunder de videnskabelige selskaber, sammenslutninger og organisationer, patientforeninger, Danske Regioner, regioner (via regionale RKKP kontaktpersoner) samt Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, og blev derudover annonceret som en nyhed på LinkedIn og på databasens hjemmeside, hvorfra høringsmaterialet tillige var tilgængeligt.

Høringsmaterialet omfattede en dokumentalistrapport og et tillægssdokument. Dokumentalistrapporten beskriver patientpopulationen, de patientforløb som databasen har som fokus, og grundlaget for de valgte indikatorer og subgrupper. Tillægssdokumentet beskriver algoritmerne til populationsdannelsen, de planlagte beregningsregler for indikatorer og subgrupper samt datagrundlag og afrapportering af resultaterne fra databasen. Vedhæftet høringsmaterialet var også listen over høringsparter.

Høringsperioden var fra den 19. november - 17. december 2021. Tre høringsparter ønskede at forlænge høringsfristen, hvilket blev efterkommet. Som et supplement til den skriftlige høringsproces, blev afholdt et

webinar for alle interesserede den 21. december 2021. Alle modtagne hørings svar inkl. tilbagemeldinger fra webinar, blev behandlet af styregruppen for DAH ved et styregruppemøde den 10. januar 2022. Nærværende høringsrapport med styregruppens vurderinger og svar bliver tilsendt de høringsparter, som har indgivet kommentarer, og bliver ligeledes tilgængelig på databasens hjemmeside.

Sammenfatning og behandling af hørings svar

Hørings svarene viser, at der generelt er stor opbakning til det nye indikatorsæt og at det er modtaget meget positivt, at data til indikatorerne skal høstes fra eksisterende registrere samt fra allerede eksisterende registreringer og indberetninger. Hørings svar og tilbagemeldinger på webinar den 21. december viser også stor opbakning til populationsdannelsen og til at det nye indikatorsæt tager udgangspunkt i patientforløbet efter ankomst til hospitalet, men samtidigt også belyser akutsystemet samlet (præhospitals, akutsygehus, kommunalt). At alle indikatorer, ud over for den generelle patientpopulation, skal opgøres for specifikke subpopulationer og herunder sårbare grupper har også fået stor opbakning og tilkendegivelser om at det kan give vigtig viden, der bl.a. kan bruges til at bekæmpe ulighed i behandlingen.

Endvidere spejler hørings svarene drøftelserne under styregruppens arbejdsproces: At der er flere mulige relevante indikatorområder og subgrupper, og at det er nødvendigt at vælge blandt flere relevante for at begrænse det samlede antal af opgørelser. Sidstnævnt for også at muliggøre det nødvendige fokus og den nødvendige tid til at handle på indikatorresultaterne, hvor resultater fra databasen viser forbedringspotentiale.

Der er meget positivt modtaget mange skriftlige hørings svar til indikator 3 (tid til set af læge hhv. speciallæge). På webinar i december var der hovedsageligt tilbagemeldinger og drøftelser af styregruppens udkast til netop denne indikator. Styregruppen besluttede på denne baggrund, at nedsætte en ad hoc arbejdsgruppe under styregruppen, der skulle arbejde videre med indikator 3. Arbejdsgruppen blev nedsat med repræsentation fra alle regioner. Derudover blev der rettet henvendelse til DASEM mhp. udpegning af yderligere to medlemmer til arbejdsgruppen.

Dokumentalistrapporten er efterfølgende blevet opdateret på ovenstående baggrund og er tilgængelig på databasens hjemmeside.

Der er fremsendt konkrete bemærkninger til høringsmaterialet, som fremgår af venstre kolonne i tabellen nedenfor. Styregruppens kommentarer til indkommende hørings svar er tilføjet i tabellens højre kolonne. De indkomne hørings svar og bemærkninger fremgår opdelt på hørings svar til hhv. indikatorer, subgrupper, populationsdannelsen og generelle bemærkninger. Sidst i dokumentet er indsat en oversigt over høringsparter og indkomne hørings svar.

Hørings svar til indikatorer

INDIKATORER	
Hørings svar til Indikator 1: Korttidsmortalitet	Styregruppens vurdering
<p>Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut: Mortalitet er internationale indikatorer, så det er rimeligt at medtage dem.</p> <p>Region Midtjylland, Hospitalsenhed Midt: Hospitalsenheden kvitterer for, at der tages højde for forskelle i organisering på tværs af regioner, jf. side 9.</p>	<p>Styregruppen takker for hørings svar.</p>
Hørings svar til Indikator 2: Genhenvendelse	
<p>Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvad er baggrunden for styregruppens konsensus om at 3-6,1% genhenvendelser er acceptabelt, når Dokumentalistrapportens litteratur anførere af niveauet ligger mellem 7 og 9%. 2. Hvordan forholder man sig til ønskede genhenvendelser, fx akut abdomen, som observeres hjemme? 3. Hvordan forholder man sig til planlagte genhenvendelser, fx obs DVT, som sendes hjem og skannes dagen efter? <p>Kunne det være muligt at lave stikprøveaudits for at se på ratioen mellem hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige patientforløb mhp at kvalificere hvor mange genhenvendelser, som var acceptabelt?</p> <p>Region Midtjylland, Hospitalsenhed Midt: Angående indikator 2 fremgår følgende på side 13 "Genhenvendelser kort efter hjemsendelse bør ikke være 0, da alle patienter altid skal føle sig velkomne ved akut behov, og organisationen skal ikke tilskyndes til at blokere for dette." og "indikatoren er følsom for registreringspraksis". Dette vurderes at være meget vigtigt.</p>	<p>Standarden er empirisk baseret på baggrund af tidligere resultater. Standardens øvre grænse er fastsat på baggrund af øvre 95% CI i 2017. Standardens nedre grænse er fastsat arbitrært som større end 0 i anerkendelsen af, at nogle genhenvendelser er hensigtsmæssige.</p> <p>En planlagt opfølgning skal registreres som en planlagt kontakt. På denne måde vil kontakten ikke indgå som en akut genhenvendelse.</p> <p>Data fra databasen leveres ugentligt via kliniske kvalitetsdatabasers afrapportering (KKA) til regionernes ledelsesinformationssystemer. De enkelte enheder kan tilgå data på CPR niveau, og der er således god mulighed for lokalt at lave stikprøveaudits for at se på ratioen mellem hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige genhenvendelser.</p> <p>Styregruppen takker for anerkendelsen.</p>

Hørings svar til Indikator 3: Tid til set af læge hhv. speciallæge

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM):

DASEM er enig i, at det er ønskværdigt, at alle akutte patienter ses af læge/speciallæge hurtigst muligt efter ankomst.

Vi mener imidlertid ikke, der foreligger god evidens for betydningen denne indikator for den store gruppe af akutte patienter.

Indikatoren må derfor på nuværende tidspunkt betragtes som en service indikator og ikke en kvalitetsindikator.

Dette bør fremgå.

Indikatoren mangler på nuværende tidspunkt en entydig definition. Fysisk kontakt kan ikke i sig selv forventes at føre til bedre behandlingskvalitet eller patienttilfredshed.

Man skal være opmærksom på risikoen for at tilskynde til uhensigtsmæssig adfærd, så som "hilse-på" læger, der ikke nødvendigvis forbedrer kvaliteten af patientbehandlingen.

Det fremgår ikke hvilken registrering i de regionale EPJ systemer, der skal til for at indikatoren er opfyldt. Det har indtil nu vist sig meget svært at etablere sikker og registrering af dette. Man skal være opmærksom på risikoen for at indikatoren i højere grad bliver en monitorering af registreringspraksis end af lægetilsyn.

Region Hovedstaden:

Vi er enige i, at det har betydning for vurderingen af kvaliteten af det akutte patientforløb, at der indgår tid til set af læge og speciallæge. Men på nuværende tidspunkt, er disse data ikke tilgængelige i vores EPJ (Sundhedsplatformen). I lyset bla. af dette, arbejder vi med teknisk mulige løsninger. Det vil være ønskeligt, om opdelingen gøres skarp i 'læge' og 'speciallæge'. Vi venter vanskeligheder med at udpege et uddannelsesniveau for en yngre læge. Dernæst bør det udspecificeres, hvilke specialer, den deltagende speciallæge kan tilhøre.

Vi foreslår, at identifikationen af lægegruppen knyttes til autorisations-ID, som antages at være eentydig og opdateret tidstro.

Region Hovedstadens SFR Præhospitalet og Akut:

3a (Tid fra hospitalsankomst til set af læge)

1. Man risikerer et "kapløb mod bunden". Dvs for at få maksimal målopfyldelse placeres en "goddag"-læge i indgangen.
 - a. Hvordan sikrer indikatoren at den faktisk er et mål for kvalitet?

Styregruppen takker for de mange hørings svar og tilbagemeldinger til indikator 3.

Styregruppen drøftede alle indkomne kommentarer til indikatorområdet, og besluttede på denne baggrund, at indikatorområdet skulle fastholdes, og at der skulle nedsættes en ad hoc arbejdsgruppe under styregruppen, der arbejdede videre med indikator 3.

Arbejdsgruppen blev nedsat med et styregruppemedlem, der har organisatorisk eller klinisk akutarbejde fra hver region. Derudover blev der rettet henvendelse til DASEM mhp. udpegning af yderligere to medlemmer til arbejdsgruppen.

2. Det ville være udtryk for højere kvalitet, hvis man definerede hvad det skulle til, for at man var set af en læge, dvs man skulle lave en national definition af hvad en behandlingsplan var. Dette findes i dag i RegionMidt og i RegionSyd, men de to definitioner er forskellige.

3b (Andel set af speciallæge indenfor 12 timer efter hospitals ankomst)

1. Se indikator 3a

Man kunne definere indhold af en behandlingsplan, som det kendes fra RegionMidt og RegionSyd. Målopfyldelse gjaldt, når der forelå en behandlingsplan udfærdiget af en speciallæge

Region Midtjylland

Regionshospitalet Randers:

Specielt vedr. indikator 3: Tid til læge/speciallæge:

Det er absolut ønskværdigt, at alle akutte patienter ses af læge/speciallæge hurtigst muligt efter ankomst. Der foreligger imidlertid ikke god evidens for betydningen af tidlig speciallægetilsyn i almindelighed for behandlingskvaliteten.

Indikatoren må derfor på nuværende tidspunkt betragtes som en service indikator og ikke en kvalitetsindikator, hvilket imidlertid også kan være relevant. Dette bør dog fremgå.

Indikatoren mangler på nuværende tidspunkt entydig definition og det giver meget plads til fortolkning. Fysisk kontakt eller tilsyn alene kan ikke i sig selv forventes at føre til bedre behandlingskvalitet eller patienttilfredshed. Der bør derfor indgå mere i definitionen,

Man skal være opmærksom på risikoen for at indikatoren kan tilskynde til uhensigtsmæssig organisation så som "hilse-på" læger, der ikke nødvendigvis forbedrer kvaliteten af patientbehandlingen.

Det fremgår ikke hvilken registrering i de EPJ, der skal til for at indikatoren er opfyldt. Det har indtil nu vist sig meget svært at etablere sikker registrering af dette. Man skal derfor være opmærksom på risikoen for at indikatoren i højere grad bliver en monitorering af registreringspraksis end af lægetilsyn.

Hospitalsenhed Midt:

I forhold til indikator 3 bør der tages højde for, hvordan tid til læge måles/registreres, da praksis kan være meget forskellig. Fx kan lægen se pt. fysisk, når der modtages rapport fra det Præhospitale på stuen. Dette er ikke

<p>ensbetydende med, at pt. bliver undersøgt med det samme og får svar på diagnose, plan m.v., da lægen kan blive optaget af andre opgaver lige efter pt.s ankomst. Det fremgår, at "indikatoren kræver adgang til data fra de regionale EPJ-systemer til tidspunkt for at en akut patient ses af læge og til data for og hvornår patienten er set af speciallæge". Her er det vigtigt at være opmærksom på ens og tidstro registreringspraksis.</p>	
<p>Høringsvar til Indikator 4: Tid til behandling, smerter</p>	
<p>Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM): DASEM finder det er vigtigt, at de valgte indikatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> – er relevante for en betydelig gruppe af akutte patienter eller knytter sig til særligt tidskritiske tilstande – er entydigt definerede – baserer sig på data, der er umiddelbart tilgængelige via eksisterende registre eller elektroniske journalsystemer – har sikker (evidensbaseret) betydning for patient outcome – Ikke i sig selv kan tilskynde til uhensigtsmæssig organisation eller registrering <p>Overordnet finder vi de valgte indikatorer relevante og vigtige. Vi er navnlig glade for de to nye indikatorer 4 og 5, som vi finder opfylder alle ovenstående kriterier.</p> <p>Region Midtjylland: Regionshospitalet Randers: Vi synes, det ser godt ud. De valgte indikatorer er relevante og vigtige. Vi er navnlig glade for de to nye indikatorer 4 og 5, som vedrører store grupper af den akutte patientpopulation.</p> <p>Hospitalsenhed Midt: Bør indikator 4a ikke være inden for færre timer end 12? I forhold til "Styregruppen er opmærksom på, at der kan være en andel af patienterne med smerter, der ikke ønsker smertebehandling, og at nogle patienter kan have modtaget relevant smertebehandling forud for ankomst, eksempelvis i ambulancen. Det forventes desuden, at der kan være blevet udleveret smertestillende (f.eks. paracetamol) uden at dette registreres i medicinmodulet. Dette kan have betydning for fortolkningen af data" spørges til, om det er vurderet, om der således kræves dokumentation for, at pt. ikke ønsker smertestillende medicin, men er tilbudt smertestillende medicin?</p>	<p>Tak for høringsvaret.</p> <p>Styregruppen takker for anerkendelsen.</p> <p>For at undgå tvivl om forskel mellem indenfor 12 timer og indenfor færre end 12 timer, skrives det i indikorteksten også med symbol (≤ 12 timer).</p> <p>Styregruppen er opmærksom på, at registrering koster tid for klinikerne. Det fastholdes som et pejlemærke i styregruppens arbejde med at tilpasse det nye indikatorsæt, at data til indikatorerne skal kunne høstes fra allerede eksisterende registre/indberetninger og at der ingen manuel registrering til databasen skal være.</p>

Tværfaglige Specialeråd for Akutmedicin ved overlæge Jacob Juul Jensen

Patient/kunde perspektivet er meget vigtigt for at validere den overordnede kvalitet i den givne behandling/service. Dette område bør fremgå selvstændigt som indikatorområde og adskilt fra den kliniske faglighed.

De nuværende to indikatorer (tid til set af (special)læge og tid til smertebehandling) som medtaget er meget relevante.

En dybere analyse af området er dog ønsket fremadrettet, specielt set i lyset af at den nuværende LUP undersøgelse med godt 20 indikatorer udfases og i 2022 erstattes af en mere individualiseret LUP undersøgelse med færre målepunkter, som kan vanskeliggøre benchmarking af data på tværs af akuthospitalerne. Desuden hedder den nationale undersøgelse LUP Akutmodtagelse, hvor den burde hedde f.eks "LUP Akut hospitalskontakt", da det er det samlede akutte patientforløb, med alle overgange, der er interessant for patienten, når man skal vurdere kvalitet. Det er desuden velbeskrevet i litteraturen, at såfremt man scorer lavt på kvaliteten ved sin første kontakt, bliver det en trend man tager med videre i sine næste kontakter/overgange i hospitalet.

Anbefaling: Udfør en regelret årlig/månedlig importance-performance analyse baseret på maks. 10-13 fælles nationale indikatorer omhandlende patient behandling/service for akutte hospitalskontakter til brug for benchmarking på tværs af Akuthospitalerne i Danmark.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed:

Ud over de foreslåede indikatorer for smerteområdet, ser PSI mulighed for udvidelse af indikatorområdet med yderligere indikatorer.

Indikatorområdet kunne således ligeledes indbefatte andel af patienter der får registreret en fornyet smertescore, fx inden for 1-2 timer efter smertebehandling er gennemført.

Hertil vurdering af effekten af den givne smertebehandling, som fx andel af patienter der efter given smertebehandling scorer to eller flere point under tidligere angivne smertescore.

Ved udvidelse af indikatorområdet ser PSI muligheden for, at der ikke kun måles på hvorvidt en handling gennemføres, samt hvor hurtigt dette sker, men også i hvilket omfang der følges op på handlingen og hvad denne har medført af effekt hos patienten.

Styregruppen takker for anerkendelsen.

Databasen for Akutte hospitalskontakter ønsker på sigt at inkludere PRO-data som resultatmål, f.eks. for lindring af smerter. Fremdriften i at få PRO inkluderet i de kliniske kvalitetsdatabaser forsinkes af, at der endnu ikke er etableret integration mellem de regionale systemer og RKKP via den nationale PRO-infrastruktur.

Tak for input til databasens fremadrettede udviklingsmuligheder.

Styregruppen takker for høringssvaret. Det har været nødvendigt for styregruppen at begrænse antallet af indikatorer per indikatorområde, bl.a. for at muliggøre det nødvendige fokus og den nødvendige tid til at handle på resultaterne, hvor resultater fra databasen viser forbedringspotentiale.

Hørings svar til Indikator 5: Tid til behandling, sepsis

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM):

DASEM finder det er vigtigt, at de valgte indikatorer:

- er relevante for en betydelig gruppe af akutte patienter eller knytter sig til særligt tidskritiske tilstande
- er entydigt definerede
- baserer sig på data, der er umiddelbart tilgængelige via eksisterende registre eller elektroniske journalsystemer
- har sikker (evidensbaseret) betydning for patient outcome
- Ikke i sig selv kan tilskynde til uhensigtsmæssig organisation eller registrering

Overordnet finder vi de valgte indikatorer relevante og vigtige. Vi er navnlig glade for de to nye indikatorer 4 og 5, som vi finder opfylder alle ovenstående kriterier.

Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut:

Vurdering af organsvigt passer på SOFA-kriterier. Men der er bedre mål for organsvigt.fx:

1. Lever:
 - a. Bilirubin måler fint på kronisk leversvigt.
 - b. ALAT er et bedre mål for akut leversvigt
2. Nyre:
3. Kreatinin > 171 µmol/L vil blot identificere en population med kronisk nyreinsufficiens

Internationale nefrologiske guidelines bruger kreatininstigning på 26,5 µmol/L indenfor 48 timer eller > 50% stigning indenfor 7 døgn.

Region Midtjylland

Regionshospitalet Randers:

Vi synes, det ser godt ud. De valgte indikatorer er relevante og vigtige. Vi er navnlig glade for de to nye indikatorer 4 og 5, som vedrører store grupper af den akutte patientpopulation.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed:

Den foreslåede indikator beskriver hvor lang tid der går fra sepsiskriterier er opfyldt til antibiotisk behandling opstartes, men ikke andelen af patienter der opstartes i antibiotisk behandling, og ej heller om den opstartede antibiotika følger gængs empirisk behandling for sepsis. Hvis en patient således ikke opstartes i antibiotika, vil et sådan patientforløb ikke fremgå af databasen til trods for, at der har været tale om patientforløb med sepsis. PS! anerkender at andelen af patienter der opfylder sepsiskriterier og opstartes i antibiotika, givetvis er ganske høj, men man bør under alle dele ikke overse at andelen

Styregruppen takker for anerkendelsen.

Styregruppen har taget udgangspunkt i internationale mål og standarddefinitioner, men er bevidst om at der kan være andre måder at definere organsvigt på. Da ALAT kan være forhøjet af andre ikke-akutte årsager, fastholdes bilirubin ind til videre. Ift. kreatinin > 171 µmol/L: Vi identificerer nytilkommen kreatininforhøjelse på basis af tidligere målte kreatininværdier.

Styregruppen takker for anerkendelsen.

<p>af patienter der opstartes i antibiotika kan variere, ikke mindst på subgruppeniveau. Samtidig vil en opfyldelse af sepsiskriterier, uden opstart af antibiotisk behandling, være en alvorlig kvalitetsmæssig brist.</p> <p>PS! kan endvidere se udfordringer ift. at inkludere type af antibiotika i databasen, med baggrund i at førstevalgspræparat ikke nødvendigvis er ens for alle typer af patienter eller patogene bakterier. Dog vil en inkludering af denne indikator kunne belyse ikke blot det tidsmæssige aspekt af sepsisbehandling, men tillige det kvalitetsmæssige behandlingsvalg.</p>	<p>Styregruppen anerkender, at der kan være patienter med sepsis, der ikke starter i antibiotisk behandling, men det er ikke muligt i data at identificere eller finde de sepsispatienter, der ikke får antibiotika. Styregruppen vurderer, at det er rimeligt at lægge til grund, at hvis sepsispatienter er syge nok må man forvente, at de opstarter i antibiotisk behandling, og dermed at den beskrevne algoritme er anvendelig til formålet (indikatorens monitorering og kvalitetsudvikling).</p>
<p>Høringsvar til Indikator 6: Tid til behandling, hoftenær Fraktur</p>	
<p>Dansk Ortopædisk Selskab (DOS): Dansk Ortopædisk Selskab takker for muligheden for at kommentere på udkastet til nyt indikatorsæt for Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH). Grundlæggende finder vi det hensigtsmæssigt, at beskæftige sig med forbedringer af behandling af den akutte syge patient, herunder akutte ortopædkirurgiske lidelser og databasens arbejde bidrager til dette.</p> <p>Vi undrer os dog over, at man i indikator 6 vælger "Tid til behandling, hoftenær fraktur" i form af "Tid fra hospitals ankomst til operation". Denne indikator er en let ændret version af indikator 2 "Andelen af patienter opereret inden for 24 timer" der indgår som indikator i "Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud – RKKP", der specifikt handler om denne patientgruppe.</p> <p>Hvis man i Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH) ønsker at forbedre behandlingen af denne sårbare patientgruppe, kunne man i stedet fokusere på tiden fra ankomst til hospital til at patienten meldes klar til operation. Derved ville man få et godt mål for disse patienters behandling i de fælles akutmodtagelser og ikke påvirkes af eventuelle forsinkelser som følge af flaskehalse i operationskapacitet, der allerede nu bliver monitoreret i "Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud – RKKP".</p> <p>Dansk Ortopædisk Selskab foreslår derfor, at i revurderer indikator 6 og i stedet for hoftebrudspatienter registrerer "Tid fra ankomst til hospital til at patienten meldes klar til operation".</p> <p>Region Midtjylland Hospitalsenhed Vest: Indikator 6 "Tid til behandling, hoftenær fraktur" virker på mange måder fornuftig som supplement til andelen af patienter opereret inden for 24 timer (eller 18 timer som forventes implementeret). Det virker dog umiddelbart uhensigtsmæssigt, at man i indikator 6 "Tid til behandling, hoftenær fraktur" beskæftiger sig med</p>	<p>Styregruppen takker for høringsvar. Styregruppen har i valget af indikatorer inden for området lagt vægt på, at man ønsker at belyse hele akutsystemets indsats, og heraf følgende, at det er mest hensigtsmæssigt at indikatoren dækker fra forløbsstart til operationsstart.</p> <p>Der kunne defineres en yderligere indikator for tid til klarmelding til operation, dog bemærker styregruppen hertil, at det ikke nødvendigvis er et udtryk for akutsystemets performance. Derudover har styregruppen ønsket, at det totale antal af indikatorer per indikatorområde begrænses, ud fra en overvejelse om at begrænse det samlede antal af indikatorer.</p>

<p>samme område som databasen omhandlende hoftenære lårbensbrud. Indsatsen for forbedring af behandlingen af denne sårbare patientgruppe bør koncentreret i en database og ikke køre i parallelle forløb. Indsatsen anbefales derfor koncentreret i ” Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud – RKKP”, der specifikt handler om denne patientgruppe og ikke en mere uspecifik gruppe som akutte hospitalskontakter. Ovenstående gælder også de øvrige indikatorer, hvor tid til behandling er fokus. Disse bør også koncentreret i de respektive primær databaser.</p> <p>Hospitalsenhed Midt: Indikator 6</p> <p>Stor anerkendelse af "Kobling til præhospitale ambulancedata vil give mulighed for at beskrive samlet patientforløb over denne sektor overgang, hvor identifikation af evt. lang ventetid på ambulance hos disse patienter vil give mulighed for fokuseret kvalitetsforbedring f.eks. i hastegrad af tildelt ambulance"</p> <p>Der skal dog være en opmærksomhed på, hvis pt. kommer med liggende sygetransport. Hvordan indgår data så?</p>	<p>Styregruppen takker for hørings svar. Styregruppen vurderer, at monitorering af de tidskritiske akutte tilstande er afgørende, når der ses på akutsystemets performance. Populationsbeskrivelse og populationsidentifikationen er taget fra kvalitetsdatabaserne Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud. Vi har vagt dette for at undgå tvivl om data.</p> <p>Kobling med præhospitale ambulancedata sker på baggrund af data fra 1-1-2 opkald. Data vil således indgå, hvis transporten er på baggrund af et 1-1-2 opkald.</p>
<p>Hørings svar til Indikator 7: Tid til behandling, apopleksi</p>	
<p>Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut: 7a og 7b (Tid til behandling, apoplexi)</p> <p>Fint at indikator er opdelt på patienter, som er modtaget på trombolyscenter og dem som ikke er modtaget på trombolyscenter</p>	<p>Tak for hørings svaret.</p>
<p>Hørings svar til Indikator 8: Tid til behandling, PCI</p>	
<p>Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut: 8a og 8b (Tid til behandling, PCI)</p> <p>Fint at indikator er opdelt på patienter, som er modtaget på PCI-enhed og dem som ikke er modtaget på PCI-enhed.</p>	<p>Tak for hørings svaret.</p>
<p>Hørings svar til Indikator 9: Tid til behandling, højrisiko abdominalkirurgi</p>	
<p>Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut: 9a (Tid fra hospitalsankomst til kirurgi ved patienter, der modtager akut højrisiko abdominalkirurgi)</p> <ol style="list-style-type: none"> Hvorfor vælge man en anden målopfyldelse en den som Akut Kirurgi Databasen benytter? Hvad anser man som en acceptabel tid? <p>9b (Tid til CT scanning af abdomen forud for akut højrisiko abdominalkirurgi)</p>	<p>Styregruppen takker for hørings svaret. Styregruppen lægger vægt på, at man følger de ændringer, der besluttet i Akut Kirurgi Databasen (AKDB). En evt. kommende ændring i tid til CT-scanning fra 3 til 2 timer i AKDB vil medføre en tilsvarende ændring i DAH.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Akutkirurgidatabasen ønsker at CT er foretaget indenfor 2 timer. Det er et meget ambitiøst mål, som vil være svært at opfylde. 2. Hvad er en acceptable ventetid på CT i FAM? 	
Hørings svar omhandlende flere indikatorer (Indikator 6, 7, 8 og 9):	
<p>Region Hovedstaden:</p> <p>Vi er bekymrede over genbruget af indikatorer, der stammer fra og 'ejes' af andre databaser – især når indikatordefinitioner er helt eller næsten identiske. Det vil betyde fortolkningsvanskeligheder, og vi forudser at det vil være næsten umuligt at sikre, at data og resultater er fuldstændig ens. Det giver mulighed for fejlagtige konklusioner og sammenligninger – og principielt en risiko for misbrug. Det gælder indikatorerne ”tid fra ankomst... til handling X...” Vi foreslår en løsning, hvor data fra den 'originale' database kopieres, og at det klart fremgår af DAH, at det er en sand spejling/kopi. Optimalt, at DAH definerer egne indikatorer fra områder, hvor der ikke allerede foreligger en klinisk kvalitetsdatabase.</p> <p>Dansk Selskab for Patientsikkerhed</p> <p>Indikatorerne 6 – 9, hoftenær fraktur, apopleksi, PCI og højrisiko abdominalkirurgi</p> <p>Disse indikatorer beskæftiger sig alle med tid fra hospitalsankomst til relevant behandling er iværksat. Med fornyelsen af databasen, ønskes det ligeledes at inkludere præhospitale data herunder ambulancedata, med henblik på at belyse mere af den samlede proces for udredning og behandling af akutte tilstande.</p> <p>PS! vil i denne henseende gerne gøre opmærksom på, at patientens praktiserende læge kan være patientens første møde med behandlingssystemet, og således kan det ikke udelukkes at data fra de praktiserende læger kan bibringe yderligere værdi i forhold til den samlede proces for udredning og behandling. Det findes derfor hensigtsmæssigt at inddrage data fra de praktiserende læger, eller i hvert fald at foretage en vurdering i hvilken grad disse data er tilgængelige og i hvilket omfang de vurderes at kunne bibringe værdi for databasen.</p> <p>Det fremgår ikke af beskrivelserne for databasen og indikatorerne hvorvidt man har overvejet inddragelse af data fra de praktiserende læger.</p>	<p>Styregruppen takker for hørings svar. For indikatorerne 6, 7, 8 og 9 er populationsbeskrivelse og populationsidentifikation taget fra kvalitetsdatabaserne DRHoftebrud, Dansk Apopleksiregister, Dansk Register for Akut Koronart Syndrom og Akut Kirurgidatabasen. Vi har vagt dette netop for at undgå tvivl om data. Monitorering af de tidskrisiske akutte tilstande er afgørende, når der ses på akutsystemets performance.</p> <p>Tak for hørings svaret. Styregruppen har overvejet at inddrage data fra almen praksis, men har fravalgt for nuværende grundet den aktuelle datatilgængelighed.</p>

Hørings svar til subgrupper

SUBGRUPPER	
Hørings svar til subgruppe A: Patienten med flere konkurrerende lidelser	
<p>Dansk Sygepleje Selskab (DASYS): Styregruppen ønsker at opgøre udvalgte indikatorer på baggrund af 6 patientgrupper for at afklare, om der er samme kvalitet i patientforløb for alle patienter, eller om der bør sættes særligt ind for at opnå samme kvalitet for udsatte patientgrupper. En sådan analyse forekommer relevant. Men patientgruppe A, <i>Patienten med flere konkurrerende lidelser</i> og patientgruppe B, <i>Den ældre patient over 85 som ikke modtager døgnpleje</i> udelukker ikke gensidigt hinanden, medmindre det præciseres, at gruppe A er patienter under 85 år.</p>	<p>Det er korrekt at der er overlap mellem de to subgrupper, men de er ikke identiske. Styregruppen er bevidst om det og vil være opmærksomme på det i den kliniske vurdering og kommentering af resultater.</p>
Hørings svar til subgruppe B: Den ældre patient	
-	
Hørings svar til subgruppe C: Patienten i døgnpleje	
<p>Region Midtjylland Hospitalsenhed Midt: Her fremgår det, at "der er en særlig mulighed for tværsektorielle analyser på baggrund af resultaterne for denne patient subgruppe". Tænker man her, at kommunerne skal have adgang til disse data?</p>	<p>De supplerende analyser, hvor indikatorerne opgøres stratificeret på de 6 subgrupper, er planlagt til afrapportering årligt ifm. årsrapporterne. Resultaterne fra de supplerende opgørelser vil ikke – i første omgang – være en del af de årsrapportdatasæt, der leveres i KKA. De supplerende analyser vil blive opgjort ud fra patientens bopælskommune, og præsenteret i årsrapporterne dels i tabelform og dels med visning ud fra Danmarkskort.</p>
Hørings svar til subgruppe D: Patienten med svær, psykiatrisk sygdom	
<p>Region Hovedstaden: I Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) finder vi det vigtigt, at man har udvalgt psykiatriske subpopulationer, da mange patienter med psykisk sygdom ikke får den samme somatiske behandling som mennesker uden psykisk sygdom. At se på dem som en subpopulation er en god og fornuftig disposition. I RHP undrer vi os dog over, at man ikke har inddraget psykiatere i vurderingen af afgrænsningen af den psykiatriske subpopulation. Der er medtaget relevante psykiatriske diagnosegrupper (F2, F30 og F31), men man kunne også med fordel se på eksempelvis personlighedsforstyrrelser, misbrug og ADHD. Der er tale om akutte kontakter, hvilket også må gælde skader, og der vil patienter med misbrug og ADHD have en større risiko. I forhold til diagnosegruppen F30, gøres der opmærksom på, at mange vil få diagnosen bipolar på et senere tidspunkt.</p> <p>Region Midtjylland Hospitalsenhed Midt:</p>	<p>Tak for høringssvaret.</p> <p>Styregruppen ønsker at Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) har mulighed for at kommentere på definitionen/inklusionen af specifikke psykiatriske diagnoser, og har rettet henvendelse til DPS.</p>

<p>Er der taget stilling til, om den socialt udsatte patient også burde være en subgruppe? "Styregruppen ønsker at opgøre indikatorerne på baggrund af psykiatrisk sygdom, da der forventes at være uhensigtsmæssig variation imellem gruppen med bipolar lidelse eller skizofreni og den øvrige population". Er det overvejet, om den selvskadende unge også skal indgå her.</p> <p>Tværfaglige specialeråd for Akutmedicin ved overlæge Jacob Juul Jensen: Subgrupper: De beskrevne fokusområder er relevante og interessante, når man kigger på populationen af akutte hospitalskontakter. Områder som Alkohol, Stofmisbrug og intoxicifikation kunne også have været medtaget. Anbefaling: Subgrupper bør udvikles/udbygges i de kommende år</p>	<p>Der har været grundige drøftelser i styregruppen omkring udvælgelsen af subgrupper, og det har været nødvendigt at vælge blandt flere relevante subgrupper for at begrænse det samlede antal af opgørelser. Styregruppen har overvejelser om på sigt at arbejde med en definition af en subgruppe af særligt udsatte patienter.</p>
<p>Hørings svar til subgruppe E: Patienten som ankommer ifm. travlhed</p>	
<p>Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det er en god og operationel idé at måle på de 10% travleste dage 2. Fremadrettet må man arbejde på at kunne opgøre crowding på timebasis <p>Dansk Selskab for Patientsikkerhed: PS! ser denne subgruppe som yderst interessant, men mener samtidig at man bør overveje hvorledes travlhed er defineret. Som indikatoren er defineret i udkastet, vil det ikke være entydigt hvorvidt en patient er ankommet til en travl afdeling, men om dagen som helhed har budt på flere patientankomster end vanligt. Som eksempel vil en patient der ankommer til en rolig akutmodtagelse om formiddagen, fremgå som være ankommet til travlhed, såfremt flere patienter end vanligt ankommer til akut-modtagelsen i løbet af eftermiddagen. Ergo har patientens forløb ikke være præget af travlhed, men det vil fremgå som sådan af databasen. PS! anerkender, at det kan svært at finde en måde at indikere travlhed, da travlhed ikke entydigt kan gøres op, i modsætning til alder, komorbiditetsscore mv. Det kan dog foreslås at dele døgnnet op i flere intervaller, således at sandsynligheden for at indikatoren giver det reelle billede af travlhed øges.</p>	<p>Der er ikke sket ændringer i definitionen af denne subgruppe. Styregruppen har lagt vægt på, at definere subgruppen på en praktisk mulig og operationel måde. Styregruppen vil være opmærksom på evt. variation på timebasis i den kliniske vurdering og kommentering af resultater.</p>
<p>Hørings svar til subgruppe F: Triage</p>	
<p>-</p>	

Høringssvar til populationsdannelsen

POPULATION:	
Høringssvar til population og populationsdannelse:	
<p>Region Hovedstadens SFR Præhospital og Akut: Det er en udfordring for databasen, at inklusionen af patienter til databasen ikke er ens mellem alle 5 regioner. Dette gør sammenligning mellem regionerne vanskelig. Specielt er det et problem at patienter, som ses fysisk i RegionH lægevagtssporet 1813 registreres som akutte hospitalskontakter, mens lægevagtpatienter i andre regioner ikke indgår i populationen. Patientpopulationen i RegionH vil således være mindre syg, da en del af den vil være almindelige lægevagtpatienter, som ikke har behov for indlæggelse. Samtidig vil tidsregistreringen være forskellig, da uret begynder allerede ved indskrivningen til 1813 og ikke først ved starten på den egentlige hospitalskontakt.</p> <p>Region Midtjylland Hospitalsenhed Midt: På side 4 skrives "(ambulance)transport". Dette foreslåes erstattet med "Præhospitalet"</p> <p>På side 5 er det uklart om der menes akutte fødsler i Akutafdeling. Det vurderes ikke at være relevant.</p> <p>Tværfaglige Specialeråd for Akutmedicin ved overlæge Jacob Juul Jensen Rigtig fint og relevant populationsfokus og det faktum at databasen fokuserer på hele det samlede akutte hospitalsforløb, som også er det der giver reel værdi for patienten.</p> <p>Region Nordjylland: Under afsnittet "Fokusområder fremadrettet" fremgår det, at der vil arbejdes på ex. statistisk justering af estimaterne så der tages højde for forskelle i populationernes sygdomsalvorlighed mellem regionerne. Dette bemærkes som positivt, da dette har været et af forbeholdene ved de tidligere indikatorer/resultater.</p>	<p>Tak for høringssvaret. Styregruppen er opmærksom på problemstillingen og vil afdække løsningsmuligheder.</p> <p>Ordlyden bliver ændret som foreslået.</p> <p>Fødende mødre og de nyfødte børn registreres med fysisk fremmøde og prioritet akut, og falder dermed inden for den algoritme, der bruges til dannelse af DAH populationen. Styregruppen har vurderet, at fødsler falder udenfor DAH's formål og har derfor valgt at ekskludere disse fra populationsdannelsen. De få uventede fødsler, der faktisk finder sted i akutafdelingerne, bliver dermed også ekskluderet fra DAH's population. Styregruppen vurderer, at de ikke udgør et antal, der forholdsmæssigt har betydning.</p> <p>Styregruppen takker for anerkendelsen ift. populationsfokus og ift. fremadrettede fokusområder.</p>

Høringssvar, generelle bemærkninger

Generelle bemærkninger	
Afgivet høringssvar	Styregruppens vurdering
<p>Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM)</p> <p>DASEM finder det er vigtigt, at de valgte indikatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • er relevante for en betydelig gruppe af akutte patienter eller knytter sig til særligt tidskritiske tilstande • er entydigt definerede • baserer sig på data, der er umiddelbart tilgængelige via eksisterende registre eller elektroniske journalsystemer • har sikker (evidensbaseret) betydning for patient outcome • Ikke i sig selv kan tilskynde til uhensigtsmæssig organisation eller registrering <p>Overordnet finder vi de valgte indikatorer relevante og vigtige. Vi er navnlig glade for de to nye indikatorer 4 og 5, som vi finder opfylder alle ovenstående kriterier.</p> <p>Dansk Sygeplejeselskab (DASYS)</p> <p>Det fremgår af rapporten vedr. Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH), at ønsket med revisionen er at kunne belyse kvaliteten i det samlede forløb for patienter med akutte hospitalskontakter, herunder at kunne monitorere overgangen fra hospitalsudskrivelse og evt. genhenvendelse inden for kort tid. Rapporten foreslår 9 indikatorer: 1 indikator om overlevelse; 1 indikator om genindlæggelse; 1 indikator om læge tid og 6 indikatorer om tid til behandling af tidskritiske tilstande. I sin nuværende form med primært lægefaglige indikatorer vil DAH kunne sige noget om rettidig omhu vedr. den lægefaglige indsats, men vil ikke kunne belyse kvaliteten af det samlede patientforløb. Generelt mangler DAH et patientcentreret og helhedsorienteret fokus på akutindsatsen. Det kan fx undre, at man ikke har inkluderet procesindikatorer som eksempelvis patient-involvering eller resultatindikatorer som eksempelvis mestring og smertelindring. At inkludere PRO-data som resultatmål vil kunne styrke databasens værdi.</p> <p>Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra forskellige lægefaglige selskaber og et par patientrepræsentanter. Set i lyset af databasens formål er det meget uheldigt, at sygeplejersker ikke er repræsenteret i styregruppen, da sygeplejen udgør en meget væsentlig del af</p>	<p>Styregruppen takker for anerkendelsen.</p> <p>Styregruppen takker for høringssvar. Styregruppen er meget enige i, at kvalitet for patienten i akutte forløb afhænger af en tværfaglig indsats. Styregruppen valgte indikatorområde 3 (tid til læge), da det var et udtalt ønske ud fra et patient- og pårørendeperspektiv. Styregruppen er opmærksomme på, at ikke alle patienter, nødvendigvis skal ses af en læge eller speciallæge, men at der f.eks. er patientforløb, hvor patienten får behandling af en behandlersygeplejerske. Styregruppens opmærksomhed på, at alle patienter ikke nødvendigvis ses af en læge, tages med i betragtning, når der skal fastsættes en standard for indikatoren, og styregruppen anerkender, at målopfyldelsen ikke skal være 100%.</p> <p>Databasen for Akutte Hospitalskontakter ønsker på sigt også at inkludere PRO-data som resultatmål, f.eks. for lindring af smerter. Fremdriften i at få PRO inkluderet i de kliniske kvalitetsdatabaser forsinkes af, at der endnu ikke er etableret integration mellem de regionale systemer og RKKP via den nationale PRO-infrastruktur.</p>

akutindsatsen og kunne bidrage med andre væsentlige indikatorer end de lægefaglige.

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er overordnet tilfreds med nyt indikatorsæt for databasen, DAH. Om dette dog nogle kommentarer/anbefalinger:

- I Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) finder vi det vigtigt, at man har udvalgt psykiatriske subpopulationer, da mange patienter med psykisk sygdom ikke får den samme somatiske behandling som mennesker uden psykisk sygdom. At se på dem som en subpopulation er en god og fornuftig disposition.
I RHP undrer vi os dog over, at man ikke har inddraget psykiatere i vurderingen af afgrænsningen af den psykiatriske subpopulation.

Region Midtjylland

Regionshospitalet Randers:

Vi synes, det ser godt ud. De valgte indikatorer er relevante og vigtige. Vi er navnlig glade for de to nye indikatorer 4 og 5, som vedrører store grupper af den akutte patientpopulation.

Vi er også begejstrede for de foreslåede subgruppeanalyser, som kan være med til at belyse, om vi yder lighed i sundhed.

Tværfaglige specialeråd for Akutmedicin ved overlæge Jacob Juul Jensen:

- Tidskritisk sygdom indgår i flere af de nævnte indikatorer/standarder, hvilket er klinisk fagligt relevant. Dog bør man i et omkostningstungt dansk sundhedsvæsen med knappe ressourcer medtage omkostninger som et supplement til tid, da disse to faktorer er indbyrdes afhængige. Dette vil medvirke til større indsigt og prioritering for såvel behandlingssystemet såvel som for den enkelte akutte patient.

Anbefaling: Indfør omkostninger på linje med tid for de enkelte klinisk faglige indikatorer for akutte hospitalskontakter

- Sub-akutte hospitalskontakter i Akutafdelingerne/FAM fylder en del i det akutte patient flow og hindrer at reelt akut syge patienter kan modtage rettidig behandling. Ofte er årsagen manglende behandlingskapacitet og evne til at modtage i andre dele af sundhedsvæsenet, herunder sektorer, afdelinger og lægefaglige specialer

Styregruppen takker for høringssvarene og vil på et kommende møde i styregruppen drøfte, hvordan man kan inkludere repræsentanter fra hhv. Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) samt Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) i styregruppen for DAH.

Styregruppen takker for anerkendelsen.

Tak for høringssvaret. Det er for nuværende uden for databasens aktionsområde.

Sub-akutte hospitalskontakter kan desværre ikke identificeres ud fra Landspatientregistret i nuværende form.

<p>Anbefaling: Indfør en indikator/standard som definerer sub-akutte hospitalskontakters søgning til Akutmodtagelserne/FAM</p> <p>Region Nordjylland Fra RN er vi opmærksomme på, at der påtænkes indikatorer som kræver datafangst fra de regionale EPJ systemer. Der ses behov for at en sådan proces er aftalt inden indikatorerne går i drift. Der er behov for en plan for implementering af datafangst. I RN står vi overfor at skulle overgå til nyt EPJ system i marts 2022. Derfor er der brug for en afklaring af tidsperspektivet ift. etablering af datafangst.</p> <p>Kommentarer til tillægsdokument: Under afsnittet ”Fokusområder fremadrettet” fremgår det, at der vil arbejdes på ex. statistisk justering af estimaterne så der tages højde for forskelle i populationernes sygdomsalvorlighed mellem regionerne. Dette bemærkes som positivt, da dette har været et af forbeholdene ved de tidligere indikatorer/resultater.</p> <p>Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!) PS! mener overordnet set, at det foreslåede indikatorsæt er hensigtsmæssigt set fra et kvalitets-og patientsikkerhedsperspektiv.</p> <p>Det må forventes at oprettelse og drift af databasen, datatræk og analyser osv. kræver et relativt stort forbrug af arbejdstid og ressourcer. PS! vil opfordre til, at man sikrer sig, at der tilsvarende er ressourcer og kraft til at handle på og implementere forbedringer af sundhedsvæsenets arbejdsgange i forhold til de problemstillinger, som databasen måtte blotlægge.</p> <p>PS! ser det som hensigtsmæssigt, at PRO-data på sigt vil blive inkluderet som resultatmål.</p>	<p>Som det fremgår af høringsmaterialet er det nye indikatorsæt gældende fra 1. marts 2022 med forbehold for eventuelle justeringer efter den aktuelle høringsproces. Forventningen er, at adgangen til de nødvendige data bliver etableret snarest muligt efter den idriftsættelsen af det nye indikatorsæt, men hvor de konkrete datoer vil blive aftalt i dialog mellem jer og RKKP. Væsentligst er det at data sikres i de regionale EPJ systemer. Afrapportering vil således kunne ske så snart dataoverførslen til RKKP er oprettet.</p> <p>Styregruppen takker for anerkendelsen.</p> <p>Styregruppen takker for høringssvar.</p>
--	--

Oversigt over høringsparter og indkomne høringsvar

Høringsparter	Afgivet høringsvar (ja/nej)
Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM)	Nej
Dansk Neurologisk Selskab (DNS)	Nej
Dansk Selskab for Apopleksi	Nej
Dansk Ortopædisk Selskab (DOS)	Ja (8/12 2021)
Dansk Kirurgisk Selskab (DKR)	Nej
Dansk Cardiologisk Selskab (DCS)	Nej
Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM)	Nej
Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)	Nej
Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin (DASAIM)	Nej
Dansk Selskab for Geriatri (DSG)	Nej
Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS)	Nej
Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)	Ja – ingen kommentarer (17/12 2021)
Dansk Sygepleje Selskab (DASYS)	Ja (16/12 2021)
Regionale kontaktpersoner, Region Hovedstaden	Ja (14/12 2021)
Regionale kontaktpersoner, Region Sjælland	Ja – ingen kommentarer (14/12 2021)
Regionale kontaktpersoner, Region Syddanmark	Nej
Regionale kontaktpersoner, Region Midtjylland	Ja (16/12 2021)
Regionale kontaktpersoner, Region Nordjylland	Ja (15/12 2021)
Kommunernes Landsforening	Nej
Danske Regioner	Nej
Sundhedsstyrelsen	Nej
Sundhedsdatastyrelsen	Nej
Statens Serum Institut	Nej
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)	Nej
Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Ja (16/12 2021)
Øvrige input, kommentarer eller høringsvar (på baggrund af LinkedIn opslag)	Ingen



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram