



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
W [sum.dk](http://sum.dk)

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 19. juni 2012  
Enhed: Primær Sundhed  
Sagsbeh.: SUMLAV  
Sags nr.: 1206253  
Dok nr.: 955236

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 23. maj 2012 stillet følgende spørgsmål nr. 610 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra udvalget.

Spørgsmål nr. 610:

" Vil ministeren oplyse hvilke af de punkter som Dansk Psykiatrisk Selskab har opregnet i henvendelsen af 3. maj 2012 om overflødig dokumentation i psykiatrien (SUU alm. del- bilag 308), der skyldes krav i lovgivningen, og hvilke der skyldes den danske kvalitetsmodel?"

Svar:

. / . Jeg har som bilag til min besvarelse vedlagt en oversigt, der redegør for, hvilke dokumentationskrav som følger af lovgivningen, og hvilke dokumentationskrav som følger af Den Danske Kvalitetsmodel, og har endvidere angivet, hvilke områder som er regionalt ansvarsområde.

Hertil vil jeg gerne bemærke, at det er vigtigt at huske på, at det af mange grunde er nødvendigt at registrere oplysninger om det sundhedsfaglige arbejde. Den dokumentation, der sker i sundhedsvæsenet har bl.a. til formål at sikre en høj behandlingskvalitet, adgang til oplysninger til belysning af klagesager og effektiv anvendelse af ressourcer.

Med Den Danske Kvalitetsmodel har man fået en samlet kvalitetsudviklingsstrategi for sundhedsvæsenet, som skal sikre en ensartet kvalitet, uanset hvor patienten behandles i landet. Udviklingen af kvalitetsmodellen er sket i tæt samarbejde med sundhedsprofessionelle. Jeg skal hertil bemærke, at Den Danske Kvalitetsmodel i høj grad er baseret på, at sygehusene selv skal definere hvad, hvornår og for hvilke patientgrupper, der skal dokumenteres en given oplysning, screening mm. Der er således tale om en lokal fastsættelse af de specifikke krav. Som det også fremgår af oversigten, er der flere af dokumentationskravene, som ikke er fastsat i lovgivningen eller i Den Danske Kvalitetsmodel.

Der er netop udkommet en 2. version af den Danske Kvalitetsmodel, som skal tages i anvendelse fra 1. januar 2013, hvor der er sket en forenkling og beskæring af antallet af standarder.

Den Danske Kvalitetsmodel er ikke er den eneste kilde til registreringskrav i sygehusvæsenet. De enkelte regioner, sygehuse, afdelinger m.v. kan også selvstændigt beslutte, at der skal ske en indrapportering af aktivitet i sundhedsvæsenet, f.eks. til forskningsmæssig brug.

Det er selvfølgelig afgørende, at dokumentationsarbejdet organiseres bedst muligt, og at sundhedspersonalets kræfter ikke spildes på overflødig og meningsløs dokumentation. Personalet skal have mest mulig tid til patienterne. Det er patienterne, som sundhedsvæsenet er til for.

I den forbindelse vil jeg understrege, at det er en regional ledelsesopgave at sikre en god og effektiv opgavevaretagelse i forbindelse med administration og registrering herunder sikre IT-løsninger, der understøtter en effektiv opgaveløsning.

For at sikre, at der ikke fra centralt hold stilles krav om unødigt dokumentation har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse igangsat et arbejde i regi af de nye enheder for sundheds IT og sundhedsdokumentation på Statens Serum Institut. Arbejdet vil primært fokusere på:

- Fjernelse af dobbeltregistreringer
- Identificering af eventuelle unødige registreringer
- Forbedring af anvendelsen og formidlingen af registreringer

De relevante faglige selskaber på området vil inviteres til arbejdet. Arbejdsgruppen nedsættes efter sommerferien.

Arbejdet forventes afsluttet inden udgangen af 2012.

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Louise Avnstrøm