

Region Hovedstaden

# Sundhedsplan

REGION



Juni 2009

Sundhedsplan 2009  
Region Hovedstaden, Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød  
September 2009  
Oplag 350 eks.  
1. udgave, 1. oplag  
ISBN: 978-87-991885-2-9

Planen kan downloades fra Region Hovedstadens hjemmeside  
[www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

<b>Forord</b> .....	3
<b>Indledning</b> .....	4
<b>Sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden - et sammenhængende sundhedsvæsen</b> .....	6
<b>Sundhedstilstanden i Region Hovedstaden</b> .....	9
<b>Planlægning på hospitals-, psykiatri- og akutområdet</b>	10
Hospitalsplanen: .....	10
Psykiatriplan: .....	11
Akutområdet:.....	12
<b>Planlægning på praksisområdet</b> .....	12
<b>Samarbejde med kommunerne</b> .....	15
<b>Forebyggelse, kronisk sygdom og den ældre medicinske patient</b> .....	17
Forebyggelsespolitik.....	17
Plan for kronisk sygdom .....	18
Den ældre medicinske patient.....	19
Bruger-, patient- og pårørendepolitik .....	20
<b>Kvalitetsudvikling</b> .....	20
<b>Forskning</b> .....	22
<b>Den fremtidige planlægning på sundhedsområdet</b> .....	23

## Forord

Dette er Region Hovedstadens første Sundhedsplan. Sundhedsplanen samler regionens planer, strategier, politikker og aftaler på sundhedsområdet til et samlet hele. Dette samlede billede viser, at vi inden for den første valgperiode er nået rigtigt langt i bestræbelserne på at skabe et førende sundhedsvæsen.

I Region Hovedstaden arbejder vi hele tiden med at udvikle sundhedsvæsenet, så vi yder det bedst mulige tilbud til borgerne. Uanset hvad man fejler, og hvor man bor, skal borgerne være sikre på at få en høj faglig kvalitet i behandlingen.

Et sundhedsvæsen af høj kvalitet for borgerne kræver, at både hospitaler, praksissektor og kommuner fortsat samarbejder for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer.

I denne sundhedsplan er der derfor fokus på skabelsen af sammenhængende patientforløb. Kun gennem sammenhængende forløb får patienten den optimale behandling og føler sig tryk gennem hele forløbet. Samtidig sikrer de sammenhængende forløb en optimal ressourceudnyttelse.

Regionens planer, strategier, politikker og aftaler har forskelligt fokus alt efter, om der er tale om eksempelvis en praksisplan for kiropraktorer, en plan for den ældre medicinske patient, en kvalitetsstrategi eller en forskningspolitik. Fælles er det imidlertid, at der i disse produkter er fokus på, at alle områder inden for sundhedsvæsenet er en del af et samlet hele. Alle planer, strategier, politikker og aftaler sætter således rammerne for en konkret del af arbejdet på sundhedsområdet, men sikrer samtidig at de enkelte dele indgår som brikker i et samlet puslespil.

Med sundhedsplanen samler vi brikkerne til puslespillet og viser dermed billedet af det samlede sundhedsvæsen med sammenhængende patientforløb til gavn for alle borgere.

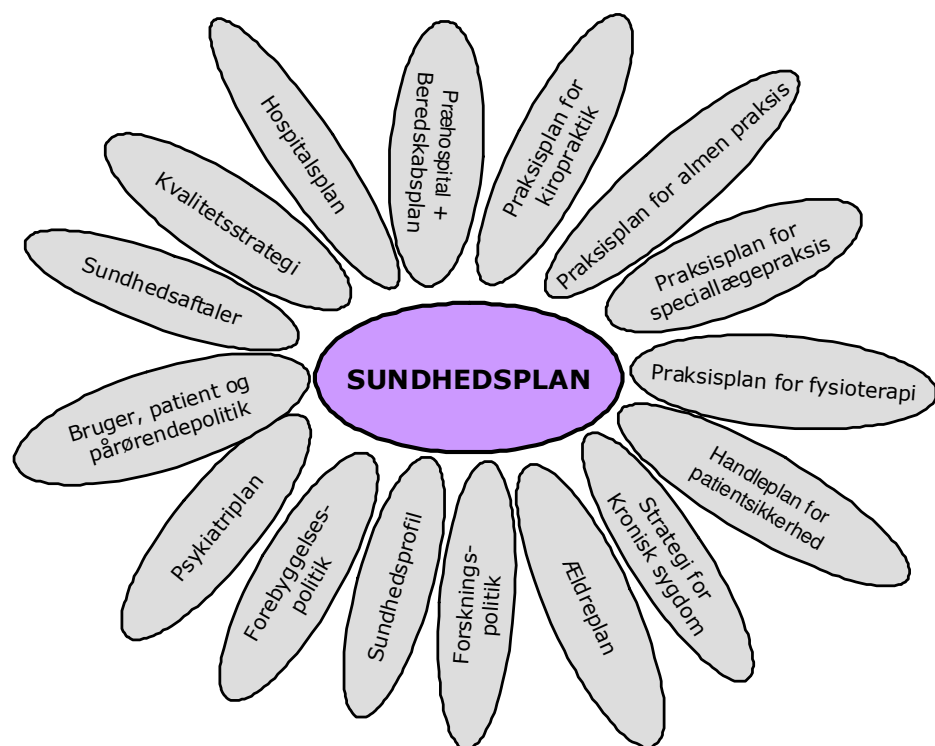
  
Vibeke Storm Rasmussen

## Indledning

Dette er Region Hovedstadens første sundhedsplan. Planen er udformet som en sammenhængende statusredegørelse for planlægningen på sundhedsområdet i den første valgperiode i regionens historie.

Det fremgår af Sundhedslovens § 206, at ”Regionsrådet udarbejder en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet”. Af lovbemærkningerne fremgår, at planen bl.a. bør indeholde en samlet beskrivelse af regionens sundhedsindsats, sundhedsaftalerne med kommunerne og samarbejdet med praksissektoren.

Sundhedsplanen redegør for regionens planer, strategier, politikker og aftaler på sundhedsområdet. Disse udgør samlet set regionens sundhedsplanlægning, hvilket er illustreret i nedenstående figur.



Sundhedsplanen består dels af en beskrivelse af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden, og hvilke dele det består af (hospitaller, praksissektoren, kommunerne). Det gennemgås, hvordan der i regionen arbejdes for at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. Desuden består planen af en gennemgang af den væsentligste sundhedsplanlægning, der er vedtaget i Region Hovedstaden. I gennemgangen er der særligt fokus på indsatsen for at skabe mere sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Der gives en kort beskrivelse af de enkelte elementer i sundhedsplanlægningen.

De i regionen vedtagne planer, strategier, politikker og aftaler på sundhedsområdet indeholder en række visioner for regionens samarbejde med blandt andet kommuner. Dette samarbejde er under udvikling og realisering, og der skal således fortsat samarbejdes om at fastlægge opgaveplacering og arbejdsdeling inden for de forskellige udviklingsområder.

Planlægningen er generelt en dynamisk proces, og de beskrevne planer revideres i forskellig takt. Der er derfor tale om et øjebliksbillede af planlægningen primo 2009. Beskrivelsen indeholder ikke en status for gennemførelsen af planerne.

## Sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden - et sammenhængende sundhedsvæsen

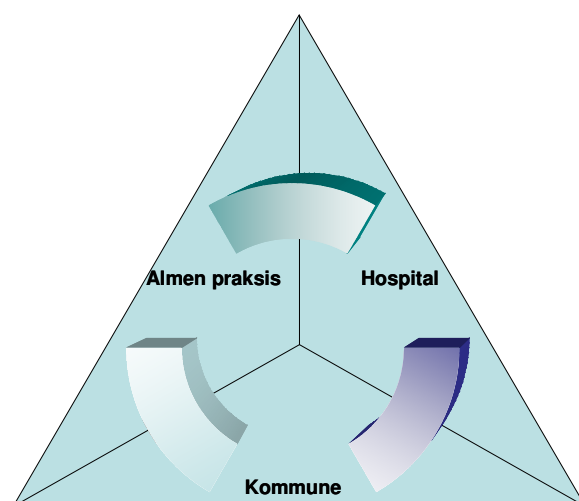
Region Hovedstaden har følgende vision på sundhedsområdet:

### **RegionH – trivsel og sundhed for alle!**

Vi udvikler et førende sundhedsvæsen med høj kvalitet og lige adgang til den nyeste og mest effektive behandling. Et sammenhængende sundhedsvæsen, der motiverer borgere og medarbejdere til at sikre den bedst opnåelige livskvalitet gennem hele livet. Vi skal være blandt de førende storbyregioner i Europa indenfor forskning og udvikling. Vi har fokus på lighed i sundhed - tryghed og trivsel for alle.

Med 12 hospitaler, 16 psykiatriske centre og en praksissektor med ca. 4.000 privat praktiserende behandlere er Region Hovedstaden landets største sundhedsvæsen. Der ligger 29 kommuner i regionen. Regionen har indgået individuelle sundhedsaftaler med kommunerne om blandt andet indlæggelses- og udskrivningsforløb, forebyggelse, genoptræning og hjælpemidler.

For at leve op til regionens vision, er det nødvendigt med et stærkt samarbejde mellem hospitalerne, praksissektoren og kommunerne.

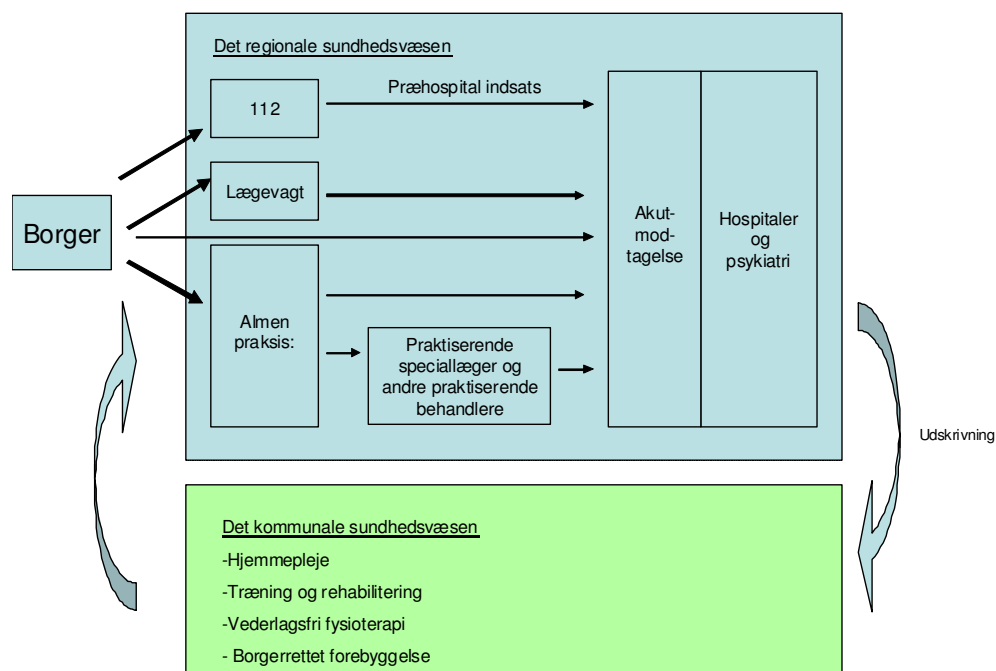


Det er også nødvendigt at skabe sammenhæng inden for samme sektor. I forbindelse med regionens hospitalsplan samles en lang række behandlingstilbud på færre enheder. Formålet er at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og give et bedre grundlag for forskning og udvikling. Samlingen af funktioner på færre enheder skaber imidlertid en ekstra udfordring i forhold til sammenhængende patientforløb. Derfor skal almindeligt forekommende

sygdomme kunne behandles nær borgerne uden unødvendige overflytninger, og hospitalerne skal samarbejde om opgavevaretagelsen og sikre hensigtsmæssige patientforløb.

Region Hovedstaden har i 2008 udarbejdet en regional sundhedsprofil, som dækker samtlige 29 kommuner i regionen. Sundhedsprofilen bidrager med detaljeret viden om borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd og benyttes til at kvalificere sundhedsplanlægningen i regionen både mellem sektorerne og inden for den enkelte sektor.

Nedenstående figur illustrerer det samlede sundhedsvæsen og patientens indgang til dette. Samarbejde på tværs af sektorerne og inden for den enkelte sektor med en høj grad af kommunikation til patienter og pårørende er afgørende for, at der kan skabes de sammenhængende patientforløb, som er nødvendige for, at den enkelte patient oplever effektive og trygge behandlingsforløb af høj kvalitet. Sammenhæng er derfor i Region Hovedstaden et gennemgående tema i alle planlægningsindsatser.



Der er i Region Hovedstaden siden regionens tilblivelse udarbejdet en række store og væsentlige planer, politikker og strategier:

- Hospitalsplan
- Psykiatriplan
- Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden
- Praksisplaner for almenlæge-, speciallæge- og kiropraktikområdet samt delplan på fysioterapiområdet
- Sundhedsaftaler
- Forebyggelsespolitik
- Strategi for kronisk sygdom
- Ældreplan



- Bruger, patient og pårørende politik
- Kvalitetsstrategi
- Handleplan for patientsikkerhed
- Forskningspolitik
- Sundhedsprofil

Der er på alle disse områder sat fokus på målet om at skabe sammenhængende patientforløb, og dette går som en rød tråd igennem alle de udarbejdede planer.

Som grundlag for planlægningen har regionsrådet udarbejdet hensigtserklæringer på en række væsentlige områder. Hensigtserklæringerne er resultatet af en politisk proces, hvor regionsrådet før udarbejdelsen af en plan på baggrund af fælles drøftelser har udarbejdet en politisk ramme for planlægningen. Det går på tværs af disse hensigtserklæringer:

- at der skal sikres høj kvalitet i behandlingen
- at der inden for alle områder skal arbejdes for at styrke de sammenhængende patientforløb og helhedstænkningen i sundhedsvæsenet
- at patienterne skal føle sig trygge og opleve kvalitet i deres forløb
- at der skal sikres optimal ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet
- at der skal sikres gode vilkår for udvikling, uddannelse og forskning
- at der skal sikres et godt arbejdsmiljø og arbejdes målrettet med rekruttering og fastholdelse af kvalificeret personale

Den enkelte plan har oftest fokus på enten hospitaler, praksissektor eller kommuner, men i alle planer er det et afgørende udgangspunkt, at kun når sektorerne arbejder sammen, og kun når der visiteres rigtigt og koordineres effektivt inden for de enkelte sektorer, er det muligt at skabe høj kvalitet i den service, der ydes til regionens borgere.

I sundhedsaftalerne, som er indgået mellem regionen og de 29 kommuner, fastlægges formelle rammer omkring samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren, og via de etablerede samarbejdsfora skabes et løbende samarbejde. Hospitalsplan, psykiatriplan, plan for præhospital indsats og praksisplanerne skaber rammerne for samarbejde både inden for den enkelte sektor og mellem sektorerne. Ved at skabe konkrete planer for forebyggelse, kronisk sygdom og den ældre medicinske patient, er der samtidig sat fokus på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde inden for områder, hvor der er et særligt behov for koordinering. Regionens kvalitetsstrategi og handlingsplan for patientsikkerhed sikrer, at der arbejdes for en høj og ensartet kvalitet på tværs af sektorer og virksomheder. Regionens forskningspolitik skal sikre sundhedsforskning på et højt internationalt niveau, der kan understøtte udviklingen i sundhedsvæsenet.

## **Sundhedstilstanden i Region Hovedstaden**

En vigtig forudsætning for at kunne målrette sundhedsplanlægningen er en grundlæggende viden om borgernes sundhed og sygelighed.

Region Hovedstaden har derfor udarbejdet en regional sundhedsprofil, som dækker samtlige 29 kommuner i regionen. Sundhedsprofilen bidrager med detaljeret viden om borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd, og formålet er at danne et fælles vidensgrundlag for arbejdet i sundhedsvæsenet, samt for sundhedsplanlægning i såvel regionalt som kommunalt regi. Sundhedsprofilen giver således mulighed for befolkningsbaseret planlægning på sundhedsområdet.

Den første samlede sundhedsprofil for Region Hovedstaden blev præsenteret i september 2008. Det har givet anledning til stor opmærksomhed, ikke mindst i regionens kommuner. Lanceringen af sundhedsprofilen er fulgt op af præsentation af lokale resultater samt vejledning i forebyggelsesstrategier i de enkelte kommuner.

### **Sundhedsprofilens indhold**

Sundhedsprofilen er bygget op omkring en årsagsmodel til udvikling af kronisk sygdom. Modellen indeholder følgende temaer: Demografi og sociale forhold med særlig fokus på social ulighed, levevilkår (boligforhold, arbejdsmiljø), sundhedsadfærd (rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost), generelt helbred (f.eks. selvvurderet helbred, stress), biologiske mål (vægt, blodtryk, kolesterol) samt kronisk sygdom. Et overordnet tema vedrører forskellige aspekter af forebyggelse og sundhedsfremme.

Sundhedsprofilen illustrerer den geografiske variation i Region Hovedstaden. De forskellige temaer er opgjort for hver af de 29 kommuner og i en vis udstrækning for de forskellige planlægnings- og optageområder for hospitalerne i regionen. Det gør det muligt at lave sammenligninger på tværs af regionen.

Sundhedsprofilen afdækker, at der er social ulighed i sundhed i regionen. Der ses blandt andet på, hvordan de forskellige temaer, eksempelvis sundhedsadfærd varierer på tværs af køn, aldersgrupper, indkomst- og uddannelsesniveau. På denne måde bliver det muligt at identificere grupper af borgere, som eksempelvis har en højere forekomst af kronisk sygdom, og som derfor aktuelt vil have et større behov for sundhedsydelse. Resultater fra sundhedsprofilen viser, at langt de fleste kroniske sygdomme forekommer hyppigst blandt borgere med kort uddannelse.

En anden mulighed er at identificere grupper af borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Disse borgere har en øget risiko for udvikling af kronisk sygdom og dermed et fremtidigt øget behov for sundhedsydelse. Denne viden er afgørende ved tilrettelæggelse af forebyggelsesstrategier. Resultater fra sundhedsprofilen viser, at der er et stort forebyggelsespotentiale blandt Region Hovedstadens borgere, idet der er en høj andel af borgerne,

der ryger, har et risikabelt alkoholforbrug, er fysisk inaktive eller er overvægtige. Der er samtidig en markant social ulighed i sundhedsadfærd.

Social ulighed i sundhed er en opgave, der ikke kan løses af regionen alene. Her er behov for et stærkt samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet mellem praksis, kommuner og hospitaler.

## **Planlægning på hospitals-, psykiatri- og akutområdet**

Der er i regionen vedtaget en hospitalsplan, en psykiatriplan og ”præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden”, som udgør det samlede plangrundlag for hospitalsområdet og det præhospitale område. Hospitalerne er til for patienterne, hvilket er udgangspunktet for regionens planlægning. Hospitalerne skal være fremtidssikrede, med afdelinger der er store nok til at sikre høj kvalitet, stærke faglige miljøer og en effektiv drift. Men inden for disse rammer, skal der også være fokus på nærhed og lokal forankring af behandlingstilbud og samarbejdsrelationer.

### **Hospitalsplanen:**

Regionens hospitalsplan inddeler regionens hospitaler i fire planlægningsområder – Nord, Midt, Byen og Syd. Hvert planlægningsområde har et områdehospital og et eller to nærhospitaler. Rigshospitalet har en særstatus som landets førende specialhospital. Bornholms Hospital har ligeledes en særstatus grundet de særlige geografiske forhold. Hospitalet varetager de mest almindelige behandlinger og er organisatorisk knyttet til Rigshospitalet.

Områdehospitalerne skal dække behandlingen for planlægningsområdet på hovedfunktionsniveau samt udvalgte specialfunktioner. Områdehospitalerne varetager fælles kirurgisk og medicinsk akutmodtagelse og fødsler for hvert planlægningsområde (dog er Rigshospitalet fødested i planlægningsområde Byen).

Med det formål at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og give et bedre grundlag for forskning og udvikling samler hospitalsplanen en lang række behandlingstilbud på færre enheder. Det medfører at en række specialer, især kirurgiske, kun findes på områdehospitalerne, og at en række specialfunktioner som udgangspunkt kun skal være på ét af regionens hospitaler. En stor del af den højt specialiserede behandling vil blive varetaget på Rigshospitalet, men også andre hospitaler i regionen vil varetage højt specialiseret behandling inden for udvalgte specialer.

Nærhed er væsentlig for den medicinske patient og i særlig grad for den kroniske patient og den ældre patient. I hvert planlægningsområde er der derfor et eller to nærhospitaler, der sammen med områdehospitalet, der også har nærhospitalsfunktion, skal sikre den nødvendige nærhed i behandlingen på det medicinske område og gode samarbejdsrelationer lokalt til kommunerne. Nærhospitalerne kan modtage akutte medicinske patienter fra optageområdet, men de vil især varetage planlagte og ambulante udredninger og behandlinger.

Opdelingen i område- og nærhospitaler og samlingen af specialerne på færre hospitaler sker for at øge kvaliteten i behandlingen. Samlingen skaber samtidig udfordringer i arbejdet med at sikre sammenhængende patientforløb. Der arbejdes derfor med flere indsatser for at sikre denne sammenhæng. Dels udarbejdes klare retningslinjer for, hvilket hospital den enkelte patient skal indlægges på, givet patientens sygdom. Dels sikres et velfungerende samarbejde primært mellem område- og nærhospitalerne i planlægningsområderne, men også på tværs af områderne. Dette sker eksempelvis ved udarbejdelse af retningslinjer for, hvordan hospitalerne kan aflaste hinanden i tilfælde af overbelægning og gennem aftaler om rådgivning på tværs af hospitaler og afdelinger om akutte eller komplekse patienter.

Hovedparten af alle akutte medicinske tilstande (skønnet >95 %) vil fortsat kunne modtages og behandles på nærhospitalerne og alle selvhenvendere kan fortsat modtages på nærhospitalernes skadestuer. Der skal være et tæt fagligt samarbejde imellem nærhospitalets skadestue og områdehospitalets specialafdelinger. Specialafdelingerne og de sundhedsfaglige råd formulerer i fællesskab med nærhospitalerne retningslinjer og instrukser, som nærhospitalernes skadestuer skal følge.

Der tages desuden initiativer til at sikre sammenhængende forløb inden for det enkelte hospital, specielt når patienter flyttes mellem afdelinger. Der lægges ganske særlig vægt på et godt samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Dette sker især gennem de såkaldte samordningsudvalg, der er etableret omkring hvert af regionens hospitaler. Et væsentligt redskab for samordningsudvalgene er de i regionen udarbejdede forløbsprogrammer, der beskrives senere i planen.

### **Psykiatriplan:**

Psykiatriplanen danner rammerne om udviklingen af en psykiatri med høj faglig kvalitet, sammenhæng og god service. Region Hovedstadens Psykiatri er organiseret som ét hospital med 13 voksenpsykiatriske centre og tre børne- og ungdomspsykiatriske centre med forskellig geografisk placering i regionen.

Det er et bærende princip i Region Hovedstadens Psykiatri, at patienterne skal behandles så tæt på deres bopæl som muligt, men at der samtidig skal ske en specialisering. Den væsentligste del af den psykiatriske behandling sker derfor i psykiatriens hovedfunktion. Hovedfunktionen retter sig mod patienter med de hyppigst forekommende sygdomme, og rummer psykiatriske skadestuer, distriktskykiatri, opøgende team, ambulatorier, sengeafsnit, dagtilbud, tilsyn og konsulentbistand.

Det er desuden et væsentligt princip i Region Hovedstadens Psykiatri, at borgere med samme behov skal have de samme tilbud. Distriktskykiatrien i regionen er derfor blevet samlet og styrket i flere af optageområderne, ligesom der er etableret flere opøgende/udgående teams. Det er ligeledes fokus på en styrkelse af retspsykiatrien og etablering af et intensivt ungdomspsykiatrisk afsnit.

Som supplement til hovedfunktionerne har Region Hovedstadens Psykiatri en række specialfunktioner, der er under fortsat udbygning. Specialfunktionerne varetager behandling af lidelser, der er sjældent forekommende eller mere komplekse, og medvirker således til, at udvikle området. Som led i den fortsatte specialisering vil der desuden blive etableret en række kompetencecentre, der blandt andet har til opgave at udvikle (nye) behandlingsmetoder, forske og videreformidle ny viden.

Psykiatrien er kendetegnet ved mange samarbejdsflader til flere forskellige sektorer. Med henblik på at den enkelte oplever en helhedsorienteret og sammenhængende indsats er det væsentligt, at der sikres et tæt samarbejde med praksissektoren, kommunerne, socialpsykiatrien og det somatiske sundhedsvæsen.

#### **Akutområdet:**

Akutområdet er omfattet af hospitalsplanen. Det akutte patientforløb og det præhospitale område er derefter yderligere samlet beskrevet i ”Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden” som blev vedtaget af Regionsrådet i februar 2008.

Planen understøtter hospitalsplanen og skaber forudsætningerne for en mere effektiv præhospitalsindsats og sammenhængende patientforløb. Der skal skabes sammenhæng i det akutte patientforløb fra akut sygdom/tilskadekomst til endelig behandling.

Med planen etableres en fælles regional vagtcentral, hvor en række funktioner samles organisatorisk og fysisk for at sikre en bedre koordination og en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Den regionale vagtcentral skal koordinere ambulancekørsel, sygetransport og regionens akutlægebiler. En række andre akutte funktioner ønskes integreret med regionens vagtcentral fx sundhedsfaglige 112-opkald, telefoniske lægevagts henvendelser, Giftlinjen og regionens samlede operative sundhedsberedskab (AMK- akut medicinsk koordinationscenter).

Den præhospitale indsats med ambulance og akutlæge styrkes med nye ambulancekontrakter i 2009. Styrkelse af den præhospitale indsats med ambulancer, paramedicinerambulancer og akutlægebiler vil give øget sundhedsfaglig kvalitet og ”akutmodtagelsen/skadestuen” vil dermed rykke ud til patienten og påbegynde avanceret behandling på stedet.

#### **Planlægning på praksisområdet**

I 2008 er der for praksissektoren udarbejdet planer for områderne almen praksis, speciallægepraksis og kiropraktik samt en delplan for fysioterapi. En plan for psykologhjælp er undervejs til politisk godkendelse ultimo 2. kvartal 2009. For speciallægepraksisplanens vedkommende er der udarbejdet specialspecifikke delplaner til sikring af den bedst mulige samordning mellem

specialerne og som bidrag til vurderingen af den samlede ambulante speciallægekapacitet inden for de enkelte specialer.

Praksisplanerne danner hver for sig grundlag for de beslutninger om praksisforhold og kapacitet, som de enkelte samarbejdsudvalg på praksisområdet løbende træffer beslutning om. Samtidig har praksisplanerne fokus på udvikling og kvalitet i praksissektoren og på udviklingen af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Praksisplanerne forholder sig primært til temaerne:

- tværfaglig og tværsektoriel koordinering og sammenhæng, herunder it og elektronisk kommunikation.
- kvalitetsudvikling inden for praksis, herunder forskning og efteruddannelse.
- den fremtidige udvikling i kapaciteten.
- tilgængelighed i praksis.
- rekruttering og fastholdelse i praksissektoren.

#### **Tværfaglig og tværsektoriel koordinering og sammenhæng, herunder it og elektronisk kommunikation**

Praksissektoren spiller en væsentlig rolle i skabelsen af et sammenhængende patientforløb. Den alment praktiserende læge henviser til det specialiserede sundhedsvæsen og har derfor muligheden for at sikre kontinuitet i den samlede behandling af patienten.

Praksisplanerne specificerer, hvordan den fornødne koordinering og samordning af betjeningen af borgerne sikres. I bestræbelsen herpå er det afgørende, at sektorerne sikkert og rettidigt kan kommunikere med nødvendig og tilstrækkelig information. Det er derfor et overordnet mål i alle praksisplaner at sikre udvikling i anvendelsen af it og elektronisk kommunikation.

### **Kvalitetsudvikling inden for praksisområdet, herunder forskning og efteruddannelse**

Den faglige kvalitet og service i praksissektoren skal være på højeste niveau. På praksissektorens områder arbejdes med kvalitetsudvikling i overensstemmelse med rammerne af Den Danske Kvalitetsmodel. Der lægges vægt på etablering af stærke faglige miljøer og på faglige efteruddannelsesaktiviteter.

Det er en grundlæggende antagelse i praksisplanerne, at større praksisenheder er et middel til at udvikle og sikre praksis' bæredygtighed. Der bør ifølge praksisplanerne arbejdes med den interne organisering af praksis og den nuværende anvendelse af praksispersonale i almen praksis – eksempelvis sygeplejersker, laboranter og administratorer – bør kortlægges i planperioden. Dette arbejde kan medvirke til at løse lægemangelsproblemet og styrke arbejdet med udviklingen af kvaliteten i praksis.

### **Den fremtidige udvikling i kapaciteten**

Praksisplanerne belyser en række forhold, der omhandler kapaciteten i praksissektoren. På denne baggrund anbefaler planerne, at der foretages en vurdering af, hvorvidt kapaciteten fremtidigt skal justeres. Planerne skal under hensyntagen til ønsket om en ligelig betjening af borgerne tilstræbe en jævn geografisk fordeling af kapaciteten i regionen.

På fysioterapiområdet foreligger en ny situation, idet kommunerne har overtaget myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi. Derfor udarbejdes en samlet plan for fysioterapien, i samarbejde med kommunerne, der sikrer et reelt valg mellem praksissektorens og kommunens tilbud inden for vederlagsfri fysioterapi.

### **Tilgængelighed i praksis**

Tilgængeligheden i praksis er afgørende i forhold til at yde en god service til patienten. Det drejer sig både om

- fysisk tilgængelighed i form af praksislokaler med handicapegnede forhold.
- telefonisk og elektronisk tilgængelighed.

Mangel på egnede praksislokaler er et problem på alle områder inden for praksissektoren, men er særligt presserende i speciallægepraksis og i almen praksis. I planperioden anbefales det, at der samarbejdes med kommunerne om løsningsmodeller, så regionens praksis honorerer nutidige og fremtidige krav til moderne lægepraksis. Der skal desuden arbejdes aktivt på at iværksætte løsninger på utilstrækkelig telefonisk tilgængelighed hos alment praktiserende læger.

### **Rekruttering og fastholdelse i praksissektoren**

I almen praksis og speciallægepraksis er der voksende problemer med lægemangel. Praksisplanerne for almen lægeområdet og speciallægeområdet fokuserer derfor på, at der skal arbejdes målrettet med rekruttering og fastholdelse. Problemet med rekruttering og fastholdelse er tydeligst i områder med

en høj andel af sårbare patientgrupper. Utilstrækkelig lægedækning i disse områder kan medvirke til en negativ spiral, hvor allerede indtrådt lægemangel kan føre til yderligere arbejdsbelastning. I disse områder bør der sættes særligt ind med løsninger, der tilpasses konkrete problemer og muligheder i området.

## **Samarbejde med kommunerne**

Det er fastlagt i Sundhedsloven, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne skal understøtte intentionerne i strukturen om større kommunal inddragelse i løsningen af sundhedsopgaverne og behovet for at optimere de tværgående patientforløb.

### **Opbygning og struktur**

Sundhedsaftalen mellem regionen og de 29 kommuner består af en fælles grundaftale samt et kommunespecifikt tillæg, der supplerer grundaftalen med eventuelle lokale aftaler og udviklingsprojekter.

Sundhedsaftalen er bygget op omkring seks obligatoriske indsatsområder:

- Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser

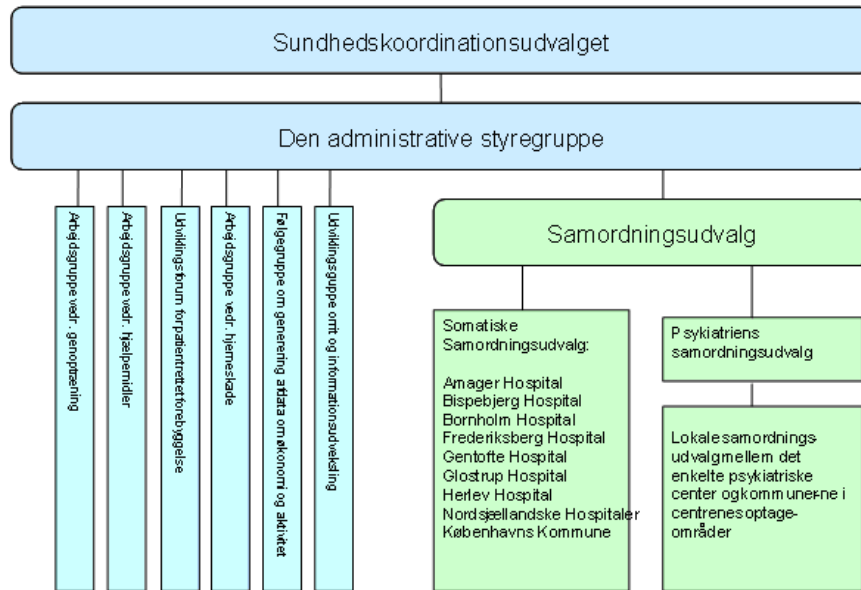
Sundhedsaftalen er dynamiske redskaber, der løbende videreudvikles. De første sundhedsaftaler blev indgået i december 2006 og er siden blev revideret pr. 1. oktober 2008. Udviklingen af næste ”generation” af sundhedsaftaler er påbegyndt. Disse skal træde i kraft 1. januar 2011.

Sundhedsaftalens overordnede formål er, at sikre sammenhæng mellem hospital, kommune og almen praksis. Det vil sige, at der skal sikres koordinering af overgangene mellem hospital, kommune og praksissektoren, således at den enkelte borger oplever et sammenhængende forløb med høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Der er fastlagt en politisk og administrativ samarbejdsstruktur mellem hospitaler, praksissektor og kommunerne, der skal understøtte at sundhedsaftalen bliver det ønskede dynamiske koordinations- og kvalitetsudviklingsværktøj. Denne samarbejdsstruktur er illustreret i nedenstående figur.



## Organisationsdiagram - Sundhedsaftaler



Som det fremgår af figuren, er der i øjeblikket nedsat 6 arbejdsgrupper. Udmøntningen af de konkrete produkter, som arbejdsgrupperne udarbejder, sker i de lokale samordningsudvalg, hvor både hospital, kommune og almen praksis er repræsenteret. Parterne i samordningsudvalget har et åbent og tæt samarbejde, hvor koordinering, implementering af sundhedsaftalernes anbefalinger, opfølgning på iværksatte initiativer og informationsudveksling er i fokus.

### Principper og indhold

Sundhedsaftalen har som forudsætning, at kommunerne og praksissektoren skal kunne løse alle de opgaver, der ikke kræver hospitalets specialiserede behandling og pleje, døgnovervågning med henblik på varetagelse af behandling eller brug af kompliceret apparatur.

Kommunernes overtagelse af genoptræningsforløb efter hospitalsindlæggelse er eksempel på en opgave som er flyttet fra hospitalsregi til kommunerne i forbindelse med strukturreformen. Der er, i forbindelse med kommunernes overtagelse af opgaven, blevet udarbejdet en række faglige kriterier, som er med til at præcisere arbejdsdelingen mellem region og kommune – det såkaldte snitfladekatalog.

Forebyggelse er et andet eksempel på et område, hvor fordelingen af ansvaret mellem region og kommunerne er ændret. I sundhedsaftalen aftales den overordnede sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Med kommunernes tættere involvering og medfinansiering af sundhedsydelser, er der i kommunerne behov for viden om aktivitet og økonomi. I sundhedsaftalen er der fastlagt monitorering af en række konkrete områder, der sikrer kommunerne mulighed for at følge aktivitetsudviklingen på sundhedsområdet.

Der er mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger aftalt konkrete retningslinjer for udskrivnings- og indlæggelsesforløb. Parterne har blandt andet defineret ansvarsområder, samt aftalt hvilke oplysninger der skal deles, for at sikre en hurtig og effektiv overlevering mellem parterne.

Korrekte overgange er en forudsætning for sammenhængende forløb for patienten. Hospitaler, kommuner og praksis skal kunne udveksle informationer nemt og hurtigt. Parterne er derfor enige om, at al kommunikation skal ske efter fælles elektroniske standarder samt organisatoriske aftalte retningslinjer.

Arbejdet for en sammenhængende hjælpemiddelindsats har ført til udviklingen af et casekatalog, der angiver eksempler på ansvarsfordelingen mellem regionen og kommunerne i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler.

På psykiatriområdet er den sammenhængende indsats udmøntet via samarbejdsaftaler. Disse skal sikre, at borgere med sindslidelser oplever sammenhæng, kontinuitet og medinddragelse i en helhedsorienteret indsats. Aftalerne er indgået mellem region, kommuner og almen praksis. Samarbejdsaftalerne er udarbejdet i overensstemmelse med Psykiatriplanen.

## **Forebyggelse, kronisk sygdom og den ældre medicinske patient**

Der er gennemført flere planlægningsindsatser i Region Hovedstaden, med det formål at sikre forebyggelse og sammenhæng i patientforløbene for specielt kronisk syge og svage patienter. Dette fokus er særligt tydeligt i regionens forebyggelsespolitik, i Strategi for kronisk sygdom og Plan for den ældre medicinske patient.

Der er desuden vedtaget en bruger-, patient- og pårørende politik, der har til formål at højne kvaliteten af regionens ydelser ved at sætte ekstra fokus og fælles retning på samarbejdet med brugere, patienter og pårørende.

### **Forebyggelsespolitik**

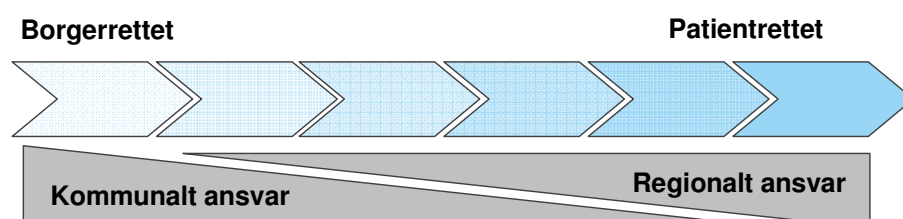
Det fremgår af Region Hovedstadens forebyggelsespolitik, at forebyggelse skal indtænkes i den samlede daglige indsats i regionens sundhedsvæsen inden for somatikken, i psykiatrien, i praksissektoren og på handicapområdet. Forebyggelse skal altid ses som en del af det samlede gode forløb.

I Sundhedsloven skelnes mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Borgerrettet forebyggelse er rettet mod den raske del af befolkningen med det formål at mindske risikoen for, at sygdom opstår, mens patientrettet forebyggelse skal forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og søge at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer.

Sundhedsloven fastslår, at kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse deles mellem regioner og kommuner.

Dette delte ansvar understreger nødvendigheden af et velfungerende samarbejde mellem de involverede parter, både for at sikre ensartethed i forebyggelsestilbuddene samt sammenhæng og kvalitet i den samlede vifte af forebyggelsestilbud til regionens borgere.

### Opgavefordeling på forebyggelsesområdet



Sundhedsaftalerne indeholder aftaler vedrørende forebyggelse. I Region Hovedstaden fokuserer aftalerne om forebyggelse først og fremmest på fælles udvikling af forløbsprogrammer for kronisk sygdom med særligt fokus på integrationen af den patientrettede forebyggelse i velstrukturerede patientforløb. Dernæst fokuserer Sundhedsaftalerne på at udvikle modeller for arbejdsdelingen mellem kommuner og region i forhold til kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-risikofaktorerne).

Sundhedsprofilen skal hjælpe med at sætte fokus på, hvor der er behov for en styrket forebyggelsesindsats. Med baggrund i sundhedsprofilen skal der tilrettelægges en koordineret indsats mellem hospitalerne, psykiatrien, kommunerne og praktiserende læger. Der skal arbejdes på at opnå yderligere evidens i arbejdet med forebyggelse.

I forebyggelsesarbejdet skal den enkeltes mulighed for at leve med og håndtere sin sygdom understøttes af sundhedsvæsenet gennem systematiske patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud. Organiseringen af disse tilbud skal bl.a. sikres gennem forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Der er i øjeblikket ved at blive udarbejdet forløbsprogrammer inden for sygdomsområderne diabetes 2, KOL, hjerte-kar-sygdom og demens.

### Plan for kronisk sygdom

I Region Hovedstaden skal tilrettelæggelsen af indsatsen til mennesker med en kronisk sygdom, som anbefalet i Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom fra 2005, ske på baggrund af principperne i Model for kronisk sygdom. Model for kronisk sygdom tilsiger, at organiseringen af indsatsen over for kronisk sygdom tager udgangspunkt i tværsektorielle og tværfaglige forløbsprogrammer.

Omdrejningspunktet i Model for kronisk sygdom er forløbstankegangen. Mennesker med en kronisk sygdom er kendetegnet ved at have en kontinuerlig kontakt til mange dele af sundhedsvæsenet. Kontakten til sundhedsvæsenet vil løbe over mange år og ofte hele livet. Den fælles udvikling af forløbsprogrammer skal medvirke til at sikre et frugtbart samarbejde mellem hospi-

taler, kommuner og praktiserende læger til gavn for patienterne. Samarbejdet skal tage afsæt i klare aftaler om arbejdsdeling.

Formålet med forløbsprogrammer for kronisk sygdom er at sikre en høj kvalitet af indsatsen i hele forløbet på en sådan måde, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes mest hensigtsmæssigt. Fokus i forløbsprogrammerne er på en systematisk og proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget en løbende monitorering af kvaliteten af forløbet.

De sygdomsspecifikke forløbsprogrammer skal primært fokusere på de faglige indsatser og organisatoriske forudsætninger, der har relevans for samordningen og arbejdsdeling på tværs af sektorgrænser. Samtidig er det af central betydning, at alle involverede aktører kan se, hvorledes egne funktioner er indplaceret i forløb.

### **Den ældre medicinske patient**

Planen for den ældre medicinske patient beskæftiger sig overordnet med at forbedre kvaliteten i den samlede indsats over for den ældre borger i hele behandlingsforløbet. Planen retter sig især mod den mindre gruppe af ældre patienter, som har flere samtidige sygdomme, nedsat funktionsevne og behov for hjælp i hjemmet. Denne gruppe af patienter har over et længere behandlingsforløb brug for kontakter til flere dele af sundhedsvæsenet, og det er derfor afgørende, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet fungerer gnidningsfrit og koordineret.

Der skal skabes sammenhæng og kontinuitet i hele forløbet gennem tidlig opsporing, tidlig indsats i hjemmet gennem udgående hospitalsfunktioner, koordineret indlæggelsesforløb, forberedelse af udskrivningen under indlæggelsen, koordineret indsats og støtte til borgeren i forbindelse med udskrivningen og umiddelbart i tiden derefter.

Indsatsen før en indlæggelse omfatter, at hospitalerne skal stille sin ekspertise til rådighed i samarbejde med kommunerne, således at flest mulige situationer kan klares uden indlæggelse. Hospitalerne skal således opruste opgaver som udgående akutfunktion, udgående geriatriske teams og udgående sygdomsspecifikke funktioner.

Under indlæggelsen vil der blive lagt øget vægt på, at den ældre forberedes til udskrivelsen i strukturerede samtaler, således at den ældre kan føle sig tryk i udskrivningssituationen.

Samarbejdet mellem hospital, kommune og praktiserende læge efter udskrivelsen er afgørende for et vellykket efterforløb og for at undgå genindlæggelser.

De ældre medicinske patienter har meget forskellige behov i forbindelse med selve udskrivelsen og tiden herefter. Det er vigtigt, at opfølgningen tilpasses disse forskellige behov.

Mange patienter klarer sig selv uden yderligere opfølgning fra sundhedsvæsenets side ud over den, som borgeren selv efterspørger. Som en trygheds-skabende indsats vil der blive iværksat pilotafprøvning af en ordning, hvor der følges op på indlæggelsen ved at ringe hjem til alle udskrevne patienter.

En mindre gruppe patienter har behov for, at der hurtigt sikres en tryk forbindelse til praktiserende læge og hjemmepleje for at sikre den optimale opfølgning i efterforløbet. Over for denne gruppe af patienter, vil der blive iværksat opfølgende hjemmebesøg af hjemmesygeplejen og patientens praktiserende læge i fællesskab.

Endelig har en lille gruppe meget svage patienter brug for en betydelig støtte for at sikre en tryk og sikker overgang fra hospitalet til hjemmet. Til denne gruppe patienter vil der blive iværksat ordninger, hvor personale fra hospitalet følger patienten hjem til eget hjem.

### **Bruger-, patient- og pårørendepolitik**

Regionens bruger-, patient- og pårørendepolitik har som mål at være med til at højne kvaliteten af regionens ydelser ved at sætte ekstra fokus og fælles retning på samarbejdet med brugere, patienter og pårørende. Samarbejdet har stor betydning for den enkeltes forløb og for udvikling i regionens sundhedsvæsen

Politikken sætter fokus på fire bærende værdier i relationen mellem regionen og brugere, patienter og pårørende:

- Vi tager hensyn til, hvem du er
- Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb

Det beskrives i politikken, hvad der forstås ved disse værdier – og hvad regionen og regionens ansatte vil gøre for at omsætte værdierne i det daglige arbejde.

Politikken dækker sundheds-, psykiatri- og socialområdet. Centralt i regionen nedsættes dialogfora på disse tre områder. Målet er struktureret dialog mellem bruger, patienter og pårørendes foreninger og regionens politiske og administrative ledelse.

### **Kvalitetsudvikling**

Det er målet, at Regionens virksomheder er blandt de bedste og kan måle sig internationalt. Kvalitetsarbejdet skal understøtte dette ud fra fælles kvalitetsmål, som går på tværs af det somatiske og psykiatriske område.

Kvalitetsarbejdet skal understøtte, at patient- og brugerforløbet bliver sammenhængende og af høj faglig kvalitet. Brugere skal opleve en professionel indsats, og borgerne skal have tillid til sundhedsvæsenet.

Kvalitetsarbejdet tager udgangspunkt i at sikre en ensartet høj kvalitet i sundhedstilbuddene til regionens borgere, på tværs af sektorer og virksomheder.

Region Hovedstadens kvalitetsstrategi for 2007 - 2009 indeholder på sundhedsområdet følgende overordnede indsatsområder:

- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket patientsikkerhed
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet

Der er etableret en kvalitetsorganisation i regionen med henblik på at skabe maksimal sammenhæng i kvalitetsudviklingsaktiviteterne i regionen. Centralt i kvalitetsorganisationen er det regionale kvalitetsråd, der fastlægger indsatsområder, koordinerer tværgående aktiviteter og overvåger kvaliteten af regionens sundhedsydelser. Der er under kvalitetsrådet etableret en række rådgivende organer i form af tværgående komiteer og sundhedsfaglige råd. Kvalitetsorganisationen afspejles i virksomhederne, som alle har et lokalt kvalitetsråd og lokale komiteer for lægemidler, hygiejne mm.

På praksisområdet er der i henhold til landsoverenskomstkten nedsat et kvalitets og efteruddannelsesudvalg for almen praksis. Udvalget fordeler de midler, der efter overenskomsten afsættes til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Under udvalget er etableret et Center for Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse i Almen Praksis. Her koordineres arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse på tværs i regionen. Centeret yder blandt andet rådgivning i forbindelse med udarbejdelse af projekter og ansøgninger til udvalget gennemgår en faglig vurdering.

#### **Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus**

Akkreditering er en proces, hvor et akkrediteringsorgan vurderer om en sundhedsorganisation opfylder et sæt af standarder udviklet til at forbedre kvaliteten. Opnåelse af akkreditering er ikke i sig selv et mål, men et middel til at opnå målsætninger om hensigtsmæssige patientforløb, øget kvalitet og relevant ensartet opgaveudførelse.

Alle regionens hospitaler og psykiatrien skal gennemgå akkreditering ved såvel Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) som Joint Commission International (JCI). 6 af regionens hospitaler er i 2008 akkrediteret ved JCI, og de øvrige hospitaler har gennemgået en forberedende prøveakkreditering. Samtidig har Region Hovedstaden bidraget til udformningen af Den Danske Kvalitetsmodel. Gennem fælles vejledninger og instrukser tilvejebringes et ensartet niveau for kvaliteten af sundhedsydelserne på en lang række områder på alle regionens hospitaler, hvilket er med til at sikre akkreditering efter begge koncepter.

#### **Styrket patientsikkerhed**

Arbejdet med patientsikkerhed er forankret i Handlingsplan for Patientsikkerhed 2008 – 2010. Patientsikkerhedsorganisationen har tre niveauer - en

regional Enhed for Patientsikkerhed, et korps af risikomanagere på virksomhedsniveau samt patientsikkerhedskoordinatorer på afdelingsniveau. Det tværgående risikomanagernetværk sikrer faglig sparring og videndeling mellem virksomhederne. Handlingsplanen har særlig fokus på inddragelse af patienter og pårørende i analyser af utilsigtede hændelser, udbredelse af patientsikkerhedsrunder i hele regionen og øget brug af forebyggende analyser som for eksempel fejlkilleanalyser, der beskriver risikoområder i organisationen.

En ændring af Sundhedsloven vil i 2010 udvide rapporteringen af utilsigtede hændelser til praksissektoren, kommunerne, apotekerne og de private ambulancetjenester. Integration og koordination af arbejdet med patientsikkerhed på tværs af sektorerne vil derfor være en væsentlig opgave i fremtiden.

### **Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet**

Den kliniske kvalitet overvåges og udvikles gennem deltagelse i regionale og nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Her sikres en kontinuerlig monitorering og feed-back på en række sygdomsområder, og der tilvejebringes et datagrundlag for de enkelte virksomheder til analyse og planlægning af indsatsområder. Netværk for klinisk kvalitet sikrer videndeling og forum for drøftelse af tværgående temaer mellem hospitalerne.

### **Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet**

Region Hovedstaden får belyst den patientoplevede kvalitet gennem forskellige landsdækkende og regionale undersøgelser. De enkelte hospitaler og afdelinger bruger resultaterne af undersøgelserne til at udvælge indsatsområder, hvor der er mulighed for forbedring af kvaliteten.

## **Forskning**

Sundhedsforskning på et højt, internationalt niveau prioriteres højt på den politiske dagsorden i Region Hovedstaden. Regionen vil gennem en stærk forskningskultur understøtte udviklingen af sundhedsvæsenet, og dermed skabe fundamentet for udvikling, innovation og opfindelser i regionens virksomheder, praksissektoren, uddannelses-institutioner, vidensmiljøer, kommuner og erhvervsliv. Med de høje ambitioner vil Region Hovedstaden således også sikre et udviklende og motiverende arbejdsmiljø for forskere og andet sundhedspersonale i sundhedsvæsenet.

I regionens politik for sundhedsforskning påvises det, at Region Hovedstadens sundhedsvæsen har et godt forskningsmæssigt fundament, især i en sammenligning med resten af Danmark.

Hovedstadsregionen er landets førende region inden for sundhedsområdet med hensyn til omfang af forskning, forskerstillinger og publikationer. Regionen har særlige vidensmiljøer og kompetencecentre bl.a. på Rigshospitalet. Hertil kommer en række universiteter og forskningsenheder på sundhedsområdet, samt en stribe forskerparker, innovationsmiljøer og teknologioverførselsenheder. Regionen står således for over halvdelen af landets indberettede opfindelser og patenter. Øresundsregionen er placeret som den 3. bedste re-

gion i Europa inden for biomedicinsk forskning, har 32 hospitaler, hvoraf 11 er universitetshospitaler, og har en stærk infrastruktur inden for sundhedsvæsenet.

Der er dog også en del udfordringer, inden visionen om forskning i verdensklasse kan opfyldes. Det fremgår således af forskningspolitikken at:

- Forskningsmidler skal synliggøres, og der skal indhentes flere eksterne midler. Der arbejdes målrettet med ansøgning om forskningsmidler, blandt andet i EU.
- Der skal sikres en proces, hvor den kliniske forskning får højeste prioritet, og hvor elite, kvalitet og relevans er i højsædet.
- Det skal gøres mere attraktivt for alle professioner at få en forskerkarriere ved at oprette flere forskerstillinger, mere fleksible kliniske uddannelsesforløb og optimale rammer for tværfaglige og tværsektorielle karrieremuligheder.
- Der skal skabes bedre forskningsmiljøer ved at sikre opbakning fra ledelsen, gode forskningsfaciliteter samt forskningsledelse på de enkelte afdelinger/enheder.
- Der skal sikres større synergi mellem forskningsområder og primært patientbehandlingen, men også erhvervslivet, uddannelsesinstitutionerne og resten af samfundet.

Indsatsen skal ses i sammenhæng med den øvrige planlægning på sundhedsområdet samt den regionale udviklingsplan for Region Hovedstaden, hvor visionen er at skabe en international storbyregion med høj livskvalitet og vækst, også på sundhedsområdet.

## **Den fremtidige planlægning på sundhedsområdet**

Denne første sundhedsplan for Region Hovedstaden er udarbejdet i slutningen af regionens første valgperiode. Region Hovedstaden har med sundhedsplanen gjort status for de planer, strategier og politikker der er udarbejdet på sundhedsområdet i regionen fra 2006-2009.

To andre planer på sundhedsområdet står foran udarbejdelse i Region Hovedstaden. Der er tale om henholdsvis en kræftplan og en fødeplan.

Det er besluttet med Region Hovedstadens hospitalsplan, at regionsrådet udarbejder en samlet kræftplan for Region Hovedstaden med fokus på kapacitet, kvalitet og sammenhæng i hele patientforløbet.

Kræftbehandlingen er et centralt fokusområde i regionens hospitalsplanlægning. Udviklingen siden regionsdannelsen har været fokuseret på forbedring af kræftbehandlingen gennem sikring af udvidet kapacitet i det samlede kræftforløb (udredning, medicinsk og kirurgisk behandling, stråleterapi og palliation), på implementering af pakkeforløb og på samling af funktioner inden for især kræftkirurgien.



Med hospitalsplanen blev der i maj 2007 givet en plan for fordelingen af en række opgaver på kræftområdet om følge af hospitalsplanen. Heri indgik bl.a. en samling af den kræftkirurgiske behandling på færre afdelinger, hvilket skal sikre den faglige kvalitet og efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

I oktober 2007 indgik regeringen og Danske Regioner aftale om 'Akut handling og klar besked til kræftpatienter'. I forlængelse heraf er der i 2008 udarbejdet nationale forløbsbeskrivelser for alle kræftformer. Region Hovedstaden har siden 1. januar 2008 arbejdet målrettet med at implementere alle forløbsbeskrivelserne for kræft i regionen.

Idet implementeringen af pakkeforløb for kræft ville berøre en lang række af de elementer, som skulle indgå i en regional kræftplan, og idet det vurderes at der var behov for at klart ledelsesmæssigt fokus på implementeringen heraf, har det været vurderingen at udarbejdelse af en samlet kræftplan for regionen skulle afvente, at regionen var relativt langt i dette implementeringsarbejde.

Der skal desuden udarbejdes en regional fødeplan, der skal afløse de eksisterende fødeplaner for de gamle enheder i regionen. Fødeplanen skal udarbejdes på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg, der træder i kraft pr. 1. september 2009. Fødeplanen skal indeholde en beskrivelse af tilbuddet om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, hvilket regionen er forpligtet til at beskrive i sin sundhedsplan i henhold til sundhedslovens bemærkninger. De gamle enheders fødeplaner fungerer fortsat, indtil en ny fælles plan for regionen er udarbejdet og politisk vedtaget.

Formålet med fødeplanen er, at den skal beskrive tilbud til de gravide, fødende og barslende kvinder og samarbejdet mellem de forskellige fagpersoner og den enkelte kvinde/familie samt koordinering af tilbuddene.

Arbejdet med en regional kræftplan og en regional fødeplan forventes påbegyndt i løbet af 2009 med henblik på forelæggelse i løbet af 2010. Disse planer vil blive tænkt i tæt sammenhæng med den øvrige planlægning for at understøtte at patienterne får sammenhængende forløb af høj kvalitet.