

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon +45 38 66 50 00
Direkte 26466580
Web www.regionh.dk

Til: **Forretningsudvalget**

Dato: 1. december 2015

Høringssvar fra erhvervs- og vækstudvalget – opdatering af kongeindikatorer

Erhvervs- og vækstudvalget har drøftet forslag til opdatering af kongeindikatorerne med relevans for udvalgets område.

Udvalget følger udviklingen i hjemtagning af eksterne midler til forskning og innovation i forbindelse med de kvartalsvise rapporteringer. Udvalget kan konstatere, at der er en positiv udvikling i hjemtagningen af midler.

Det er udvalgets opfattelse, at der med den politiske målsætning om ekspansive videncenter er skabt et stærkt fokus på at tilvejebringe eksterne midler til at udvikle regionens excellente forskningsmiljøer i samspil med erhvervslivet og med øvrige videninstitutioner.

Fx vil bevillingen fra Novo Nordisk Fonden på 2,8 mia. kr. til etablering af et nyt Diabetescenter ved Herlev Hospital bidrage til at skabe et internationalt attraktivt forskningsmiljø til gavn for patientbehandling og vækst.

Udvalget bakker op om, at kongeindikatoren justeres, således at der fra 2016 måles på hjemtagne midler fra både hospitaler, centre og virksomheder i Region Hovedstaden som organisation. Udvalget vurderer, at det vil bidrage til at styrke fokus på området og dermed på udviklingen af ekspansive videncenter i Region Hovedstaden. Udvalget anbefaler, at det nuværende ambitionsniveau på 100 mio. kr. årligt hæves, når der foreligger erfaringer på området.

Udvalget er enig i forslag om, at kongeindikatoren CO2 fortsætter uændret, og at målinger af reduktion i CO2 udledningen for regionen som organisation og som geografi kan bruges til at følge op på realisering af ReVUS mål om fossilfrihed og den politiske målsætning om en grøn og innovativ metropol.

Borgervænget 7,3
2100 København Ø

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Telefon +45 3864 8000
Direkte 24 82 36 15
Mail IMT@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29190623

Dato: 1. december 2015

Høringssvar i forhold til fastlæggelse af kongeindikatorer

It- og afbureaukratiseringsudvalget takker for muligheden for at kommentere på forslag til opdatering af kongeindikatorer.

Der er i henhold til styrelsesvedtægten ingen af kongeindikatorerne, som ligger indenfor It- og afbureaukratiseringsudvalgets politikformulerende område, hvorfor udvalget som enhed kun har begrænsede kommentarer til sagen. Der er imidlertid flere af udvalgets medlemmer, som kun sidder i dette udvalg, og derfor ønsker at kommentere individuelt på sagerne.

Udvalgets bemærkninger

Udvalget har som generel bemærkning til sagen, at der bør stræbes efter at tage udgangspunkt i data, som allerede eksisterer, således at unødigt bureaukrati undgås.

I forhold til kongeindikatoren for "Høj faglig kvalitet" bemærker udvalget, at det er vigtigt, at skiftet til "kliniske kvalitetsdatabaser" ikke medfører et registreringspres, som er skævvredet i forhold til den kliniske hverdag. Kerneydelsen – patientbehandling - bør fortsat have højeste prioritet.

Individuelle bemærkninger

Lise Müller ønsker at udtrykke særsilt bekymring for om valget af de "kliniske kvalitetsdatabaser" som indikator for "Høj faglig kvalitet" vil betyde, at registreringer får forrang for patientbehandling. Hun finder det væsentligt, at det altid er patientens situation, der styrer forløbet.

Karsten Skawbo-Jensen bemærker hertil, at udviklingen af kvaliteten i sundhedsvæsenet er vigtig, og at det i denne sammenhæng er et stort fremskridt, at man overgår til at anvende "kliniske kvalitetsdatabaser" som indikator for "Høj faglig kvalitet".

Punkt nr. 1 - Opdatering af kongeindikatorer i Fokus og Forenkling

Bilag 2 - Side -2 af 2

Pia Illum bemærker i denne sammenhæng, at det er vigtigt at de data, der anvendes er tidstro, for derved at sikre, at data er valide og for at undgå dobbelt registrering og samtidig sikre, at registrering bliver medregnet i den faktiske arbejdstid og således sikre det rette udstyr på rette sted. Dog understreger hun, at kerneydelsen til enhver tid går forud for registrering.

Randi Mondorf tilføjer til drøftelsen, at det må være en ledelsesmæssig opgave at sikre, at registreringerne gøres meningsfulde for medarbejderne, herunder også i forhold til at afklare og synliggøre, hvornår det tidsmæssigt giver mening at foretage dem.

Med venlig hilsen

It- og afbureaukratiseringsudvalget

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon +45 38 66 50 00
Web www.regionh.dk

Til: **Forretningsudvalget**

Dato: 1. december 2015

Høringssvar fra miljø- og trafikudvalget - opdatering af kongeindikator

Miljø- og trafikudvalget følger udviklingen i regionens CO2-udledning tæt. Der er netop udarbejdet klimaregnskaber for regionen som virksomhed for 2013 og 2014. De viser, at regionens CO2-udledning fra energiforbrug og transport samlet er faldet med 7 % fra 2013 til 2014. I samme periode har regionen øget den undgåede CO2-udledning, som følge af mere genanvendelse af affald, med 21 %. Den samlede CO2-udledning fra el, varme og transport fra Region Hovedstadens hospitaler, virksomheder og koncerncentre er for 2014 opgjort til 111.915 ton mod 120.408 tons i 2013.

Udvalget finder det positivt, at der har været et fald i CO2-udledningen og i sparet CO2 fra 2013 til 2014. Vejen mod fossilfrihed i energiforsyning og transportsektor er en gradvis CO2-reduktion.

Det er udvalgets opfattelse, at Region Hovedstaden med den politiske målsætning om en grøn og innovativ metropol og konkrete initiativer både i forbindelse med realisering af ReVUS og det strategiske indsatsområde grøn drift og udvikling vil bidrage til at øge fokus på reduktion af CO2-udledning for såvel Region Hovedstaden som organisation og som geografi og dermed sikre opfyldelse af målet om fossilfrihed i 2050.

Ambitionsniveauet for kongeindikatoren for regionen som virksomhed forventes at foreligge primo 2016.

NOTAT

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Mail csu@regionh.dk

Til: **Forretningsudvalget**

Dato: 10. december 2015

Sundhedsudvalgets høringssvar i forhold til årlig opdatering af kongeindikatorer i fokus og forenkling

Sundhedsudvalget ønsker at takke for muligheden for at kommentere på opdateringen af kongeindikatorer.

Sundhedsudvalget har forholdt sig til kongeindikatorerne vedrørende patientens situation styrer forløbet og høj faglig kvalitet, da det kun er disse, der er relevante for sundhedsområdet.

Patientens situation styrer forløbet

Sundhedsudvalget finder det hensigtsmæssigt, at den løbende patienttilfredshedsundersøgelse nu bredes ud på hospitalerne. Det vil være relevant at evaluere formuleringen af spørgsmål hen ad vejen. Sundhedsudvalget vil dog allerede nu komme med forslag til ændring:

”Er du alt i alt tilfreds med den måde dit besøg i ambulatoriet forløb på?”

Høj faglig kvalitet

Sundhedsudvalget finder det meningsfuldt at bruge data fra de kliniske kvalitetsdatabaser som kongeindikator, da det er data, som klinikerne selv har været med til at definere som relevante. Det giver god mening at bruge dem i denne sammenhæng. Det fremgår dog ikke tydeligt, at det kun er de for den enkelte afdeling relevante databaser, der skal inddrages i afdelingens driftsmålsstyring.

Endvidere fremgår det ikke tydeligt om ambitionsniveauet, der er sat til 80 % målopfyldelse, skal gælde for hver enkelt kvalitetsdatabase, eller om det henviser til den gennemsnitlige efterlevelse. Såfremt der er tale om et gennemsnit, består dette mål af data fra omkring 600 målepunkter. Der vil derfor kunne gemme sig dårlige målinger bag et fint gennemsnit. Derfor finder sundhedsudvalget det vigtigt, at målet suppleres med et søjlediagram (der henvises til figur 2 i bilag om de kliniske kvalitetsdatabaser),

Punkt nr. 1 - Opdatering af kongeindikatorer i Fokus og Forenkling

Bilag 4 - Side -2 af 2

der viser, hvordan niveauet ligger i den enkelte kvalitetsdatabaser, så der kan sættes ind de steder, hvor det ser dårligst ud.

Sundhedsudvalget ønsker at vide, om der foreligger retningslinjer for, hvor ofte målene i de enkelte kliniske databaser må ændres og af hvem. Såfremt der ikke findes retningslinjer, bør dette specificeres.

Med venlig hilsen på vegne af sundhedsudvalget

Karin Friis Bach
Formand for sundhedsudvalget

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665341
Mail csu@regionh.dk

Dato: 18. december 2015

Høringssvar fra Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde vedr. ambitionsniveau for kongeindikatorer og driftsmål

Kongeindikatorer

Udvalget kan tilslutte sig om forslaget om både kongeindikatorer og ambitionsniveau for "Patientens situation styrer forløbet" og "Høj faglig kvalitet".

Hvad angår ambitionsniveauet for "Patientens situation styrer forløbet" ønsker udvalget, at der efter et år tages stilling til, om ambitionsniveauet skal hæves.

Udvalget ønsker at få beskrevet de kliniske kvalitetsdatabaser med henblik på en uddybende forklaring af, hvordan de kan anvendes til at følge kvaliteten.

Driftsmål

Udvalget kan tilslutte sig forslag om nye mål for afsendelse af epikriser og ser frem til at se administrationens forslag til et ambitionsniveau for målet primo 2016.

Hvad angår driftsmål om akutte genindlæggelser ønsker udvalget at få præciseret, at akutte genindlæggelser måles på genindlæggelser inden for 30 dage uanset hvilken diagnose man indlægges for.

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 1512452
Ref.: LHOE

Dato: 6. januar 2016

Psykiatriudvalget takker for muligheden for at kommentere på fastlæggelsen af kongeindikatorer og ambitionsniveauer i driftsmålstyringen.

Af Kongeindikatorer er det relevant for Psykiatriudvalget at give bemærkninger til "Patientens situation styrer forløbet" samt "Høj faglig kvalitet", som måles på baggrund af de tilhørende driftsmål "tilfredshed" og "kliniske kvalitetsdatabaser".

Derudover er det særlig relevant for Psykiatriudvalget at give bemærkninger til driftsmålene "udredning inden for 30 dage", "akutte genindlæggelser" samt "tvang".

Kongeindikatorer

Psykiatriudvalget har drøftet kongeindikatorer for "Patientens situation styrer forløbet". I lighed med sidste års høringssvar er det Psykiatriudvalgets opfattelse, at spørgsmålene bør formuleres anderledes, så de giver et bedre indtryk af patientens reelle oplevelser af forløbet. Udvalget foreslår endvidere, at ambitionsniveauet hæves, så det er mere ambitiøst, idet den nuværende målopfyldelse viser, at ambitionsniveauet næsten er nået.

Kongeindikatoren "Høj faglig kvalitet" måles i kraft af kliniske databaser. Det er Psykiatriudvalgets vurdering, at databaserne bør udvides med patientindrapporterede data som led i vurderingen af den faglige kvalitet.

Driftsmålstyring

Psykiatriudvalget bakker op om, at ambitionsniveauet for driftsmålet "udredningen inden 30 dage" fastlægges til 80 % for både voksen og børne- og ungdomspsykiatri.

Som ved sidste års høring er det Psykiatriudvalgets opfattelse, at der bør være tal for "akutte genindlæggelser" inden for 7 dage på det psykiatriske område. Årsagen er, at genindlæggelser efter 7 dage i nogle situationer kan være fagligt fornuftige fx i forbindelse med medicinregulering eller lignende. Desuden bør ambitionsniveauet differentieres, idet udgangspunktet for genindlæggelser i hhv. somatik og psykiatri er meget forskelligt, og det er afgørende, at der sættes realistiske opnåelige mål i driftsmålstyringen.

Punkt nr. 1 - Opdatering af kongeindikatorer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -2 af 2

Hvad angår driftsmålet ”tvang” følger ambitionsniveauet den landsdækkende monitoring, hvilket udvalget finder hensigtsmæssigt.

Med Venlig hilsen

På vegne af Psykiatriudvalget
Karsten Skawbo-Jensen

Til: **Bilag 1**

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665060
Mail csu@regionh.dk

Dato: 19. december 2015
JU

NOTAT

Kongeindikatoren for klinisk kvalitet

Kongeindikatoren for klinisk kvalitet er blevet til ud fra et ønske om at finde en overordnet indikator for den samlede sundhedsfaglige kvalitet i hospitalsvæsenet. Det er via denne indikator muligt at dykke ned i data og få indsigt i, hvad det er, der over tid er sket, og som har medført en såvel positiv som negativ udvikling. Indikatoren er endvidere udviklet i overensstemmelse med regionsrådets ønske den 10. marts 2015 om at ændre kongeindikatorerne fra "uventede dødsfald" og "akutte genindlæggelser" til "klinisk kvalitet".

Der findes godt 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Hver database har et antal indikatorer, typisk 5-15, hvoraf de fleste har en standard for god kvalitet. Indikatorerne, som udtrykker god kvalitet på det konkrete sygdomsområde og de tilhørende standarder er fastsat af fagspecialister på tværs af hele landet og indikatorerne opdateres typisk en gang årligt i forbindelse med nationale audit i den enkelte database. En indikator kunne fx være andelen af patienter med apopleksi, der bliver behandlet med blodfortyndende behandling (trombolyse) inden for en time efter ankomst til hospitalet. Standarden er her sat til 75%. Det er vigtigt der leves op til standarden for denne indikator, da hurtig behandling kan være afgørende for patients fremtidige førlighed.

Kongeindikatoren måler hvor stort et antal af indikatorerne i de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, der er opfyldt ud af det samlede antal indikatorer. Beregningen bygger således på allerede eksisterende datakilder uden behov for ny indsamling af data.

Kongeindikatoren (andel) udregnes på følgende vis¹:

Summen af indikatorer, hvor standarden er opfyldt
summen af alle indikatorer, der har en fastsat standard

Kongeindikatoren er således et udtryk for, i hvilken udstrækning Region Hovedstaden lever op til de til enhver tid fastsatte kvalitetsindikatorer og standarder på tværs af sygdomsområder. Kongeindikatoren dækker sygdomsområder, som bl.a. er kendetegnet ved at omfatte "de store", "de dyre" og "de alvorlige" sygdomme. Psykiatrien er indeholdt. Målsætningen er, at Region Hovedstaden skal have en gennemsnitlig målopfyldelse på 80% på tværs af alle databaser.

¹ I Kongeindikatoren vægtes alle databaser ens både for at understrege, at det er vigtigt at følge kvalitet i alle sygdomsområder, men også for at undgå at små databaser med mange indikatorer ikke fylder uforholdsmæssigt meget. Dette sker ved at summere alle databasernes individuelle andel og dividere med antal af databaser. Standarden anses i øvrigt som opfyldt, såfremt den er statistisk opfyldt (det vil sige, at den fastsatte standard ligger inden for konfidensintervallet).

Punkt nr. 1 - Opdatering af kongeindikatorer i Fokus og Forenkling

Bilag 7 - Side -2 af 8

Det væsentlige er, at driftsmålsstyringen med denne kongeindikator i høj grad får fokus på kerneydelsen, som mange forskellige afdelinger og specialer bidrager direkte til. Det medvirker til at give øget ledelsesfokus og opmærksomhed på, hvilken faglig udvikling der er indenfor de enkelte specialer og dermed medvirker til at fremme implementering af kvalitetsforbedringer på et sygdomsområde på afdelingsniveau. Den øgede ledelsesopmærksomhed på de indikatorer som fagfolkene har fastsat kan medvirke til, at kongeindikatoren kan flyttes over tid, men der er grænser for hvor meget, da den jo til stadighed opdateres med nye indikatorer i takt med den faglige udvikling.

Man kunne også forestille sig, at hvis kongeindikatoren fx viser en konstant værdi på 80% over 3 år, at det således reelt ville være udtryk for en forbedring for patienterne, da der som nævnt bagved ligger en faglig udvikling.

Datagrundlaget for beregningen er det samme på tværs af afdelinger (specialer), hospitaler og regioner og leveres i dag af regionernes kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) i generisk form til de regionale ledelsesinformationssystemer, som i Region Hovedstaden hedder FLIS. Regionen modtager på nuværende tidspunkt data fra ca. 43 databaser (se bilag 1). Alle databaser forventes implementeret inden udgangen af 2016.

Bispebjerg Frederiksberg Hospital har kørt pilottest af de kliniske kvalitetsdatabaser som kongeindikator siden august 2015.

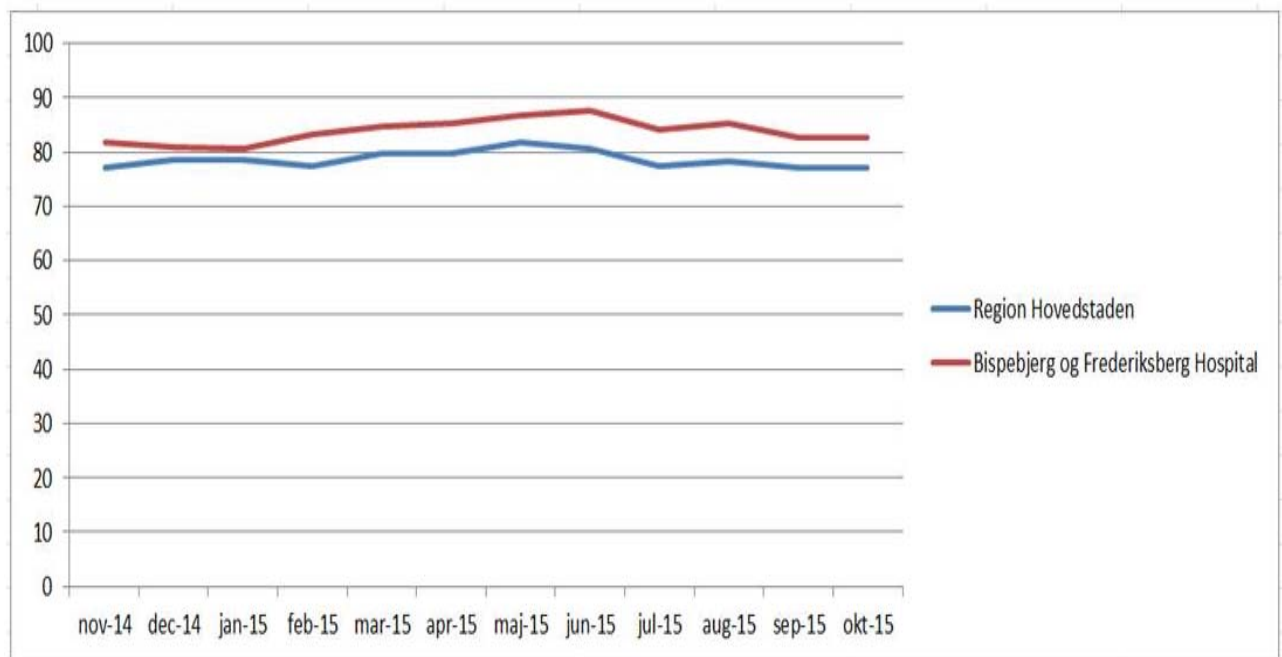
Nedbrydning af kongeindikatoren på organisatorisk niveau

Det er muligt at bryde indikatoren ned på relevante organisatoriske niveauer. F.eks. kan indikatoren beregnes på hospitalsniveau. Det er dog ikke andelen af opfyldte indikatorer, der opnås på det enkelte hospital, der er mest interessant, men derimod ledelsens og kvalitetsafdelingens mulighed for at dykke ned i data og få et hurtigt overblik og indsigt i, hvilke indikatorer hospitalet ikke lever op til. De enkelte afdelinger har allerede adgang til de relevante databaser, som er tilknyttet afdelingen. Der kan således umiddelbart følges op direkte i forhold til de enkelte sygdomsområder, da man kan se, på hvilke hospitaler og afdelinger samt i hvilke specialer, de fastsatte standarder ikke er opfyldt og hvad der er sket over tid. Dette overblik skal kunne tilgås via FLIS, hvilket skønnes at betyde væsentlige tidsbesparelser i forhold til, hvis opgørelserne skulle udarbejdes manuelt af de enkelte hospitalers kvalitetsafdelinger.

Præsentation af data for kongeindikatoren klinisk kvalitet

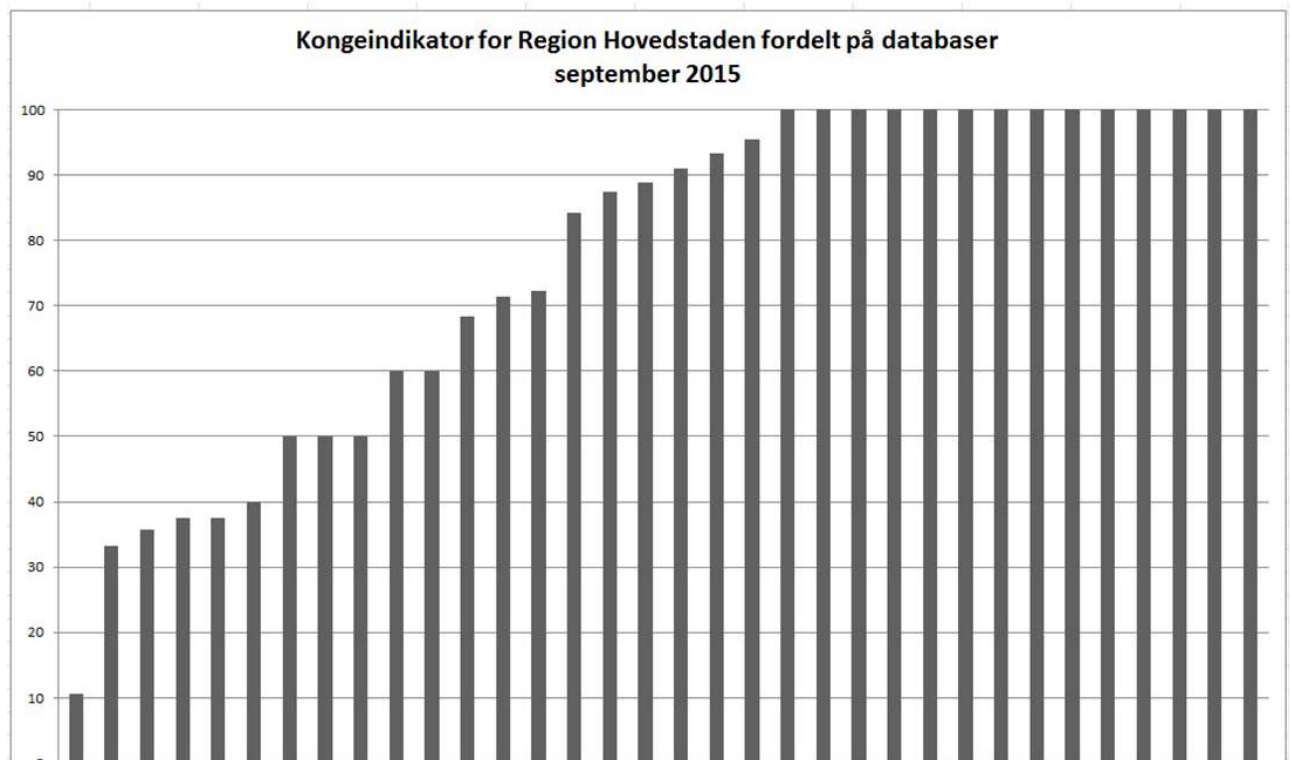
I det følgende præsenteres de data som er i spil i forbindelse med brug af kongeindikatoren, som de aktuelt ser ud. Princippet er helt overordnet, at man fra det samlede resultat af kongeindikatoren i regionen (se figur 1) kan trykke sig ned på resultatet på de enkelte hospitaler (se figur 2) og dernæst resultatet på de enkelte afdelinger og dernæst ned på de enkelte indikatorer og (med de rette rettigheder) i sidste ende helt ned på den enkelte patient (figur 4 og figur 5). Dermed er der mulighed for i sidste ende, at gennemgå de enkelte patientforløb. Figur 1 -3 vil primært have interesse for de øverste ledelsesniveauer i regionen, mens de øvrige figurer har detaljeret indhold beregnet til hospitalsledelsesniveauet og klinikerne på de enkelte afdelinger.

Det er væsentligt at gøre opmærksom på, at kongeindikatoren er forskelligt sammensat fra hospital til hospital, da det er forskelligt hvilke specialer og dermed databaser, som findes på de enkelte hospitaler. Kongeindikatoren kan dermed heller ikke direkte anvendes til at benchmarke eller sammenligne hospitalernes resultater med hinanden. Det er således ikke primært det samlede resultat, der er interessant, men derimod muligheden for ledelsen, kvalitetsafdelinger, klinikere m.fl. for hurtigt at få et overblik og dykke ned i data på de relevante organisatoriske enheder, som en kvalitetsdrøftelse så kan tage udgangspunkt i.



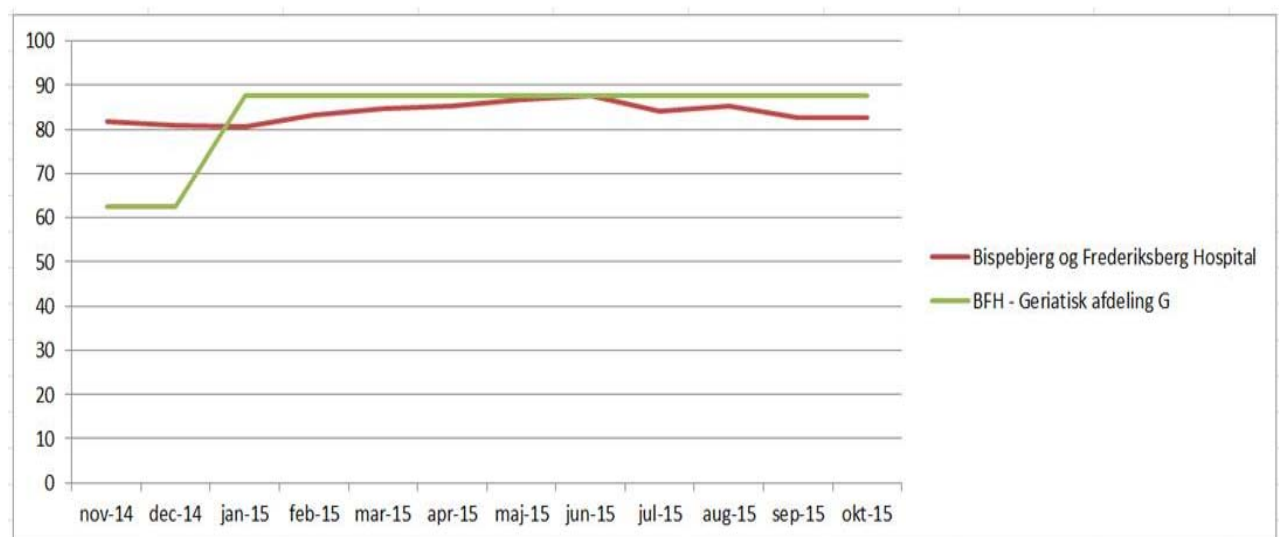
Figur 1: Viser resultatet af kongeindikatoren på regionsniveau samt for Bispebjerg Frederiksberg Hospital, hvorved man kan få et indtryk det enkelte hospitals bidrag til Region Hovedstadens samlede resultat

Bag et tilfredsstillende gennemsnit kan der gemme sig utilfredsstillende resultater i de enkelte databaser. Derfor suppleres kongeindikatoren på regionsniveau med en præsentation som viser, hvor stor en del af indikatorerne med fastsatte standarder som Region Hovedstaden lever op til i de enkelte databaser (se figur 2). Herved kan man få et samlet overblik og kan rette fokus på de databaser, som har en lav målopfyldelse. Man kunne fx vælge at sætte fokus på databaser, som har en målopfyldelse på mindre end 40%,



Figur 2: Illustration af, hvordan man kan få et overblik over andelen af indikatorer med fastsatte standarder, som er opfyldt i de enkelte databaser. Hver enkelt søjle repræsenterer en kvalitetsdatabase.

På tilsvarende vis som data kan præsenteres på regionsniveau med hospitaler (jf. figur 1) kan resultaterne illustreres på hospitalsniveau med afdelinger.



Figur 3: Viser resultatet af kongeindikatoren på hospitalsniveau. Her er vist geriatrisk afdelings bidrag til hospitalets samlede resultat.

Endelig kan man trykke sig videre i systemet og se hvilke konkrete indikatorer, som er opfyldt og hvilke, der ikke er opfyldt på de enkelte afdelinger. For den enkelte afdeling er det kun de relevante databaser som henhører under afdelingen, der inddrages i afdelingens driftsmålsstyring.

Punkt nr. 1 - Opdatering af kongeindikatorer i Fokus og Forenkling Bilag 7 - Side -5 af 8

På Bispebjerg Hospital har man i pilottesten i øvrigt sendt følgende data til afdelingsledelserne:

1. Fra FLIS med skærmdump for hvert sygdomsområdes røde indikatorer, dvs. ikke opfyldte indikatorer (Figur 4)
2. En oversigt over alle røde indikatorer/ikke opfyldte indikatorer på hele hospitalet (figur 5)
3. Kongeindikator på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital som seriediagram (figur 6)
4. For alle de røde indikatorer er endvidere på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital udarbejdet seriediagrammer, som viser udviklingen over tid (ej medtaget her)

Indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser

Nyeste data til og med: September (2015) Sammenlign med: Landsresultat
 Database: Dansk Voksen diabetesdatabase (dvdd) Hospital: Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler
 Afdeling: Medicinsk Ambulatorium, FRH

Indikator	Opfølgelsesperiode	Data-komplethed	Seneste værdi	Konfidens-interval	Standard	Antal patienter	Sammenligning	Udvikling
01.11 HbA1c på = 59 mmol/mol (dvdd)	September 2015	100	20,0	9,05 - 35,65		40	45,3	
01.12 HbA1c på = 75 mmol/mol (dvdd)	September 2015	100	100,0	91,19 - 100,00		40	100,0	
01.2 HbA1c ikke antidiabetisk beh. (dvdd)	September 2015	100	5,3	0,13 - 26,03	5	19	0,9	
02.11 Blodtryk (dvdd)	September 2015	100	95,1	83,47 - 99,40	95	41	95,9	
03.11 Måling af kolesterol (dvdd)	September 2015	100	97,5	86,84 - 99,94	95	40	98,0	
03.21 LDL > 2,5 (2)- ikke behandling (dvdd)	September 2015	100	0,0	0,00 - 45,93		6	34,6	
04.11 Undersøgelse af nyrefunktion (dvdd)	September 2015	100	97,6	87,14 - 99,94	95	41	96,3	
04.21 Med. beh. ved nyrepåvirkning (dvdd)	September 2015	29	25,0	3,19 - 65,09		8	18,8	
05.11 Øjnenundersøgelse - 2 år (dvdd)	September 2015	100	95,1	83,47 - 99,40	90	41	91,9	
05.21 Øjnenundersøgelse - 4 år (dvdd)	September 2015	100	100,0	91,40 - 100,00	95	41	96,3	
06.11 Fodundersøgelse - 2 år (dvdd)	September 2015	100	82,9	67,94 - 92,85	95	41	95,4	
06.2 Rygestatus (dvdd)	September 2015	100	97,6	87,14 - 99,94	90	41	61,9	
06.3 Rygestop (dvdd)	September 2015	100	30,0	11,89 - 54,28	90	20	15,3	
13.1 Dækningsgrad (dvdd)	September 2015	100	68,4	56,75 - 78,61		76	69,6	
14.1 Overensstemmelse (dvdd)	September 2015	100	98,1	89,74 - 99,95		52	95,8	
15.1 Dækningsgrad - fødselsdato (dvdd)	September 2015	100	75,4	63,51 - 84,95		69	78,2	
16.1 Overensstemmelse - fødselsdato (dvdd)	September 2015	100	98,1	89,74 - 99,95		52	95,5	

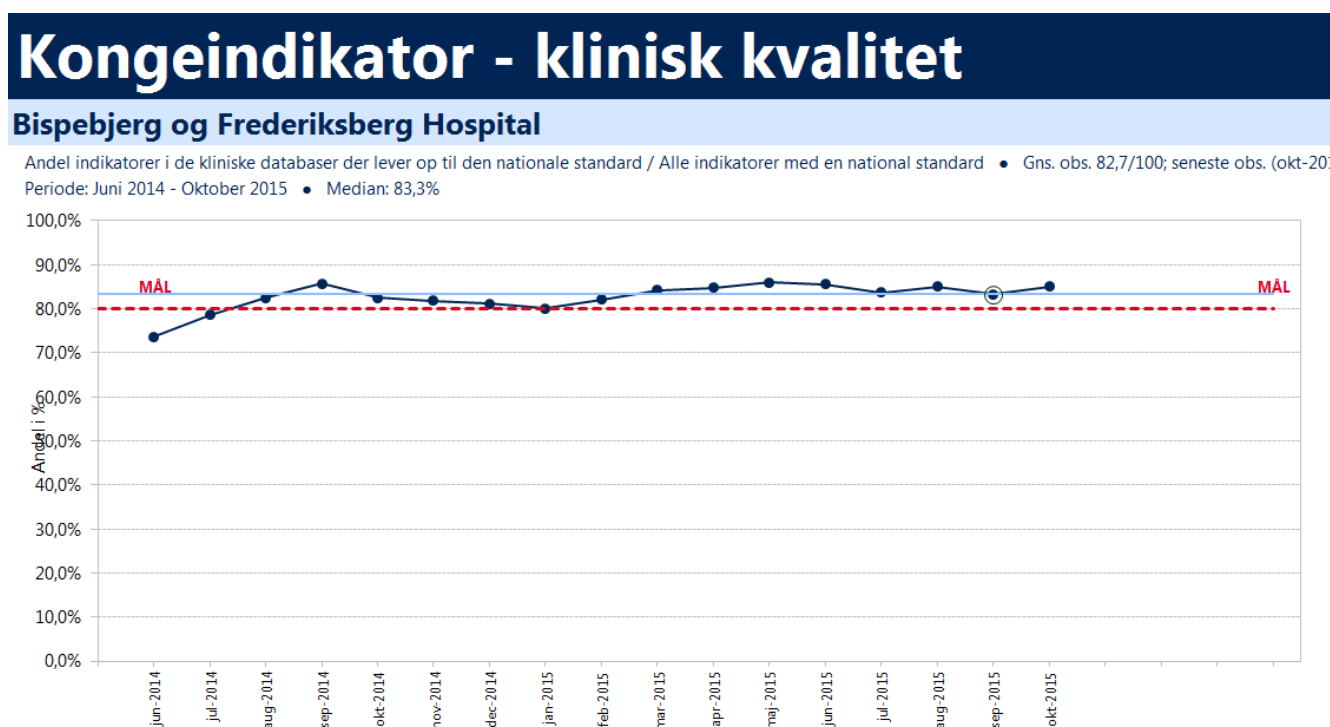
Figur 4: Viser præcist hvilke indikatorer, der er opfyldt (grøn), der er statistisk opfyldt (gul) og hvilke der ikke er opfyldt (rød) for en given database. Via FLIS har de relevante afdelinger adgang til detaljerede oplysninger vedr. resultaterne og opfyldelsen af de enkelte indikatorer – også over tid. For en nærmere gennemgang af de informationer, der er i tabellen og hvordan de bruges kan henvises til publikationen: Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser - En introduktion til afrapporteringen af resultater fra de Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser i FLIS.

Punkt nr. 1 - Opdatering af kongeindikatorer i Fokus og Forenkling

Bilag 7 - Side -6 af 8

Røde indikatorer i september 2015 der indgår i hospitalets kongeindikator		
database	Indikatornr.	Indikatornavn
daproca	23	Datakomplethed: Diagnose
daproca	26	Datakomplethed: PROM
did	10	Kapacitet overflyt, medicinsk
dkrr	1	Komplethed alle korsbånd op.
dvdd	6,1	Fodundersøgelse - 2 år
hofter	1,2	Præoperativ optimering
hofter	2,2	Operationsdelay ($\leq 24t$)
hofter	2,3	Operationsdelay ($\leq 36t$)
hofter	3,1	Tidlig mobilisering
hofter	4,2	Basismobilitet før brud
hofter	4,3	Basismobilitet ved udskrivelse
hofter	5,1	Ernæring
hofter	6,1	Profylakse osteoporose
hofter	7,1	Profylakse fald
kol	1,1	Lungefunktion
kol	2,1	Ernæringstilstand
kol	3,1	Åndenød
kol	4,1	Rygestatus
kol	8,1	Inhalationsteknik

Figur 5: Her er en samlet oversigt over alle de indikatorer, som hospitalet ikke opfylder på tværs af alle databaser. Hermed kan hospitalsledelsen få et samlet overblik over hvilke indikatorer hospitalet ikke lever op til.



Figur 6: Kongeindikator på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital vist i seriediagram

Bilag 1: Databaser i Region Hovedstaden, som er implementeret i FLIS

- ☐ Blødende mavesår, Akut Kirurgi Databasen (ulcus)
- ☐ BUP-ADHD databasen (adhd)
- ☐ Dansk Apopleksiregister (dap)
- ☐ Dansk Brystcancer Register (dbcg)
- ☐ Dansk Depressionsdatabase (ddd)
- ☐ Dansk Esophagus-, Cardia- og Ventrikelkarcinom database (decv)
- ☐ Dansk Fedmekirurgiregister (dfr)
- ☐ Dansk Gynækologisk Cancer Database - Cervix (dgcddc)
- ☐ Dansk Gynækologisk Cancer Database - Endometrie/Corpus (dgcdec)
- ☐ Dansk Gynækologisk Cancer Database - Ovarie (dgcdoc)
- ☐ Dansk Hjerteregister (dhreg)
- ☐ Dansk Hjertesvigts Database (dhd)
- ☐ Dansk Hoftealloplastik Register (dhr)
- ☐ Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database (DHHD) (dhhd)
- ☐ Dansk Intensiv Database (did)
- ☐ Dansk Knæalloplastik Register (dkr)
- ☐ Dansk Korsbånds Rekonstruktions Register (dkrr)
- ☐ Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (foedsler)
- ☐ Dansk Lever-Galdevejs Cancer Database (dlgcd)
- ☐ Dansk LungeCancer Register (dlcr)
- ☐ Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister (dnsl)
- ☐ Dansk Neuro Onkologisk Register (dnor)
- ☐ Dansk Palliativ Database (dpd)
- ☐ Dansk Pancreas Cancer Database (dpcd)
- ☐ Dansk Prostata Cancer Database (daproca)
- ☐ Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (kol)
- ☐ Dansk Skulderalloplastik Register (dsr)
- ☐ Dansk Tværfagligt Register for Hoftene Lårbensbrud (hofter)
- ☐ Dansk Urogynækologisk Database (dugabase)
- ☐ Dansk Voksen diabetesdatabase (dvdd)
- ☐ Den Nationale skizofrenidatabase (skizofreni)

Punkt nr. 1 - Opdatering af kongeindikatorer i Fokus og Forenkling

Bilag 7 - Side -8 af 8

- ☐ Herniedatabasen - Inguinalhernier (ihern)
- ☐ Herniedatabasen - Ventralhernier (vhern)
- ☐ Hæmatologiske Fællesdatabase - Akut leukæmi (alg)
- ☐ Hæmatologiske Fællesdatabase - Kroniske Myeloide sygdomme (mpds)
- ☐ Hæmatologiske Fællesdatabase - Malignt lymfom (lyfo)
- ☐ Hæmatologiske Fællesdatabase - Myelomatose (dmsg)
- ☐ Landsdækkende Database for Geriatri (ger)
- ☐ Landsregistret Karbase (kar)
- ☐ National Database for Søvnapnø (ndosa)
- ☐ Perforation, Akut Kirurgi Databasen (perfv)

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon +45 38 66 50 00
Direkte 26466580
Web www.regionh.dk

Til: **Forretningsudvalget**

Dato: 1. december 2015

Høringssvar fra erhvervs- og vækstudvalget - opdatering af ambitionsniveauer og driftsmål

Erhvervs- og vækstudvalget har drøftet forslag til opdatering af ambitionsniveauer og driftsmål med relevans for udvalgets område.

Udvalget følger udviklingen i hjemtagning af eksterne midler til forskning og innovation i forbindelse med de kvartalsvise rapporteringer. Udvalget kan konstatere, at der er en positiv udvikling i hjemtagningen af midler.

Udvalget bakker op om, at driftsmålet ”eksterne midler til forskning og innovation” udvikles og opdateres, således at der fra 2016 måles på hjemtagne eksterne midler fra både hospitaler, centre og virksomheder i Region Hovedstaden som organisation.

Det er udvalgets opfattelse, at der med den politiske målsætning om ekspansive videncenter er skabt et stærkt fokus på at tilvejebringe eksterne midler til at udvikle regionens excellente forskningsmiljøer i samspil med erhvervslivet og med øvrige videninstitutioner. Dette fokus vil styrkes yderligere med det justerede driftsmål og dermed bidrage til at realisere ReVUS og det strategiske indsatsområde om forskning og innovation.

Når der foreligger erfaringer på området, anbefaler udvalget, at det nuværende ambitionsniveau på 100 mio. kr. årligt hæves.

Erhvervs- og vækstudvalget er enige i de fastlagte ambitionsniveauer for disponering og forbrug af strukturfondsmidler. Det er vigtigt at sikre, at midlerne realiseres og udmøntes i overensstemmelse med den regionale vækst- og udviklingsstrategi.

NOTAT

Til: Forretningsudvalget

Borgervænget 7,3
2100 København Ø

Telefon +45 3864 8000
Direkte 24 82 36 15
Mail IMT@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29190623

Dato: 1. december 2014

Høringssvar i forhold til fastlæggelse af ambitionsniveau for driftsmålstyring

It- og afbureaukratiseringsudvalget takker for muligheden for at kommentere på opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer for driftsmålstyring.

Der er i henhold til styrelsesvedtægten ingen af driftsmålene, som ligger indenfor It- og afbureaukratiseringsudvalgets politikformulerende område, hvorfor udvalget som enhed kun har en enkelt bemærkning til sagen.

Udvalget bemærker, at der bør stræbes efter at man i forbindelse med driftsmålstyringen tager udgangspunkt i data, som allerede eksisterer, således at unødigt bureaukrati undgås.

Med venlig hilsen

It- og afbureaukratiseringsudvalget

NOTAT

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Mail csu@regionh.dk

Til: **Forretningsudvalget**

Dato: 10. december 2015

Sundhedsudvalgets høringssvar i forhold til årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveau i driftmålsstyringen

Sundhedsudvalget takker for muligheden for at kommentere på opdateringen af driftsmål og ambitionsniveau for driftmålsstyring.

Sundhedsudvalget er forelagt driftsmål for sundhedsområdet, da det kun er disse, der er relevante. I det følgende forholder sundhedsudvalget sig til driftsmålene vedrørende tilfredshed, leverance og kvalitet på sundhedsområdet.

Overordnet set er sundhedsudvalget meget tilfreds med, at høringssvaret fra sidste omgang er taget til efterretning, og at flere af driftsmålene er præciseret eller udgået og erstattet af nye, der er mere dækkende. Det virker fornuftigt med overholdelse af målsætninger for de kliniske kvalitetsdatabaser og en nedsættelse af antibiotikaforbruget.

Måling for udredningsretten

Sundhedsudvalget påpeger, at der er forskellige faglige årsager til, at en del af patienterne fravælger at gøre brug af udredningsretten, og det ville stadig være mest hensigtsmæssigt at måle på, hvor vidt patienterne bliver *tilbudt* udredning inden for 30 dage.

Sundhedsudvalget ønsker at leve op til loven om, at 100 % af patienterne skal udredes inden for 30 dage, dvs. at 100 % af patienterne skal *tilbydes* udredning inden for 30 dage. Da der ikke kan måles på dette, måles i stedet for hvor mange, der bliver udredt. Ambitionsniveauet er sat til 80 % efter politisk ønske, men sundhedsudvalget tror det er vanskeligt at opnå i og med, så mange patienter af forskellige årsager fravælger at gøre brug af udredningsretten. Det kan være hensigtsmæssigt at vurdere om denne målopfyldelse skal gælde alle patientgrupper. Sundhedsudvalget anbefaler, at administrationen udarbejder et bud på, hvor mange der skønnes at skulle være udredt inden for 30 dage, hvis vi skal overholde loven med de 100 %.

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 3 - Side -2 af 2

Uventede dødsfald

Sundhedsudvalget finder det kommunikationsmæssigt problematisk, at kvalitet er lig med færre uventede dødsfald på hospitalerne. Kommunikativt vil det være hensigtsmæssigt at ændre formuleringen til uventede hjertestop.

Akutte genindlæggelser/forebyggelige genindlæggelser

Sundhedsudvalget er enig i driftsmålet om de akutte genindlæggelser men finder det hensigtsmæssigt, hvis det kan gøres muligt at måle på de unødige genindlæggelser, som fx at en patient blev sendt hjem for tidligt.

Enhedslisten har endvidere i sit høringssvar tilkendegivet, at de overordnet set stadig er kritiske over for driftsmålsstyringstanken, fordi den fokuserer på det, der er muligt at måle og ikke det, der kunne være ønskeligt at måle. Helt enkelt menes dette at være: Hvor mange patienter kom ud af hospitalet og var helbredt for det, de blev indlagt for og uden at have fået nye sygdomme med hjem.

Med venlig hilsen på vegne af sundhedsudvalget

Karin Friis Bach
Formand for sundhedsudvalget

NOTAT

Til: Forretningsudvalget

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38665341
Mail csu@regionh.dk

Dato: 18. december 2015

Høringssvar fra Udvalget vedr. tværasektorielt samarbejde vedr. ambitionsniveau for kongeindikatorer og driftsmål

Kongeindikatorer

Udvalget kan tilslutte sig om forslaget om både kongeindikatorer og ambitionsniveau for "Patientens situation styrer forløbet" og "Høj faglig kvalitet".

Hvad angår ambitionsniveauet for "Patientens situation styrer forløbet" ønsker udvalget, at der efter et år tages stilling til, om ambitionsniveauet skal hæves.

Udvalget ønsker at få beskrevet de kliniske kvalitetsdatabaser med henblik på en uddybende forklaring af, hvordan de kan anvendes til at følge kvaliteten.

Driftsmål

Udvalget kan tilslutte sig forslag om nye mål for afsendelse af epikriser og ser frem til at se administrationens forslag til et ambitionsniveau for målet primo 2016.

Hvad angår driftsmål om akutte genindlæggelser ønsker udvalget at få præciseret, at akutte genindlæggelser måles på genindlæggelser inden for 30 dage uanset hvilken diagnose man indlægges for.

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 1512452
Ref.: LHOE

Dato: 6. januar 2016

Psykiatriudvalget takker for muligheden for at kommentere på fastlæggelsen af kongeindikatorer og ambitionsniveauer i driftsmålstyringen.

Af Kongeindikatorer er det relevant for Psykiatriudvalget at give bemærkninger til "Patientens situation styrer forløbet" samt "Høj faglig kvalitet", som måles på baggrund af de tilhørende driftsmål "tilfredshed" og "kliniske kvalitetsdatabaser".

Derudover er det særlig relevant for Psykiatriudvalget at give bemærkninger til driftsmålene "udredning inden for 30 dage", "akutte genindlæggelser" samt "tvang".

Kongeindikatorer

Psykiatriudvalget har drøftet kongeindikatorer for "Patientens situation styrer forløbet". I lighed med sidste års høringssvar er det Psykiatriudvalgets opfattelse, at spørgsmålene bør formuleres anderledes, så de giver et bedre indtryk af patientens reelle oplevelser af forløbet. Udvalget foreslår endvidere, at ambitionsniveauet hæves, så det er mere ambitiøst, idet den nuværende målopfyldelse viser, at ambitionsniveauet næsten er nået.

Kongeindikatoren "Høj faglig kvalitet" måles i kraft af kliniske databaser. Det er Psykiatriudvalgets vurdering, at databaserne bør udvides med patientindrapporterede data som led i vurderingen af den faglige kvalitet.

Driftsmålsstyring

Psykiatriudvalget bakker op om, at ambitionsniveauet for driftsmålet "udredningen inden 30 dage" fastlægges til 80 % for både voksen og børne- og ungdomspsykiatri.

Som ved sidste års høring er det Psykiatriudvalgets opfattelse, at der bør være tal for "akutte genindlæggelser" inden for 7 dage på det psykiatriske område. Årsagen er, at genindlæggelser efter 7 dage i nogle situationer kan være fagligt fornuftige fx i forbindelse med medicinregulering eller lignende. Desuden bør ambitionsniveauet differentieres, idet udgangspunktet for genindlæggelser i hhv. somatik og psykiatri er meget forskelligt, og det er afgørende, at der sættes realistiske opnåelige mål i driftsmålsstyringen.

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 5 - Side -2 af 2

Hvad angår driftsmålet ”tvang” følger ambitionsniveauet den landsdækkende monitoring, hvilket udvalget finder hensigtsmæssigt.

Med Venlig hilsen

På vegne af Psykiatriudvalget
Karsten Skawbo-Jensen

Opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling

Bilag 1.

I nedenstående skema gennemgås de enkelte driftsmål i driftsmålstyringen med angivelse af udvalgenes bemærkninger og administrationens endelige anbefaling

Sundhedsområdet

Måle-punkter	Driftsmål som foreslået af administrationen den 10. november 2015	Ambitionsniveauer for driftsmål som foreslået af administrationen den 10. november 2015 (eksisterende ambitionsniveau i parentes)	Udvalgenes udtalelse	Administrationens anbefaling
Tilfredshed	Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?/Er du alt i alt tilfreds med besøgets forløb? Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger vedrørende din undersøgelse / behandling?	4,5 (intet)	Der er ikke kommet bemærkninger til dette driftsmål. Dog har flere udvalg afgivet udtalelse i forbindelse med driftsmålets brug som kongeindikator. Sundhedsudvalget har foreslået, at de valgte spørgsmålsformuleringer evalueres. Samtidig har udvalget foreslået en ændret formulering af spørgsmålet til ambulante patienter, således at dette fremover affattes : "Er du alt i alt tilfreds med den måde dit besøg i ambulatoriet forløb på?" Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde anfører, at det er enig i formuleringen af spørgsmålene. Udvalget nævner dog, at ambitionsniveauer bør tages op til overvejelse efter ét år. Psykiatriudvalget fremfører at ambitionsniveauet for indikatoren på "patientens situation styrer forløbet" bør hæves.	I lyset af de indkomne bemærkninger anbefaler administrationen at <u>fastholde</u> den foreslåede formulering af indikatoren for "patientens situation styrer forløbet: "Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?/Er du alt i alt tilfreds med besøgets forløb?" Det anbefales endvidere at fastholde det foreslåede ambitionsniveau på 4,5, idet dette foreslås taget op til revision og eventuel justering i forbindelse med den næste årlige revision af kongeindikatorer og ambitionsniveauer. Samtidig anbefales det, i tråd med sundhedsudvalgets bemærkninger, at de valgte formuleringer evalueres inden forelæggelsen af næste årlige opdatering af

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -2 af 8

				kongeindikatorer og ambitionsniveauer (november 2016).
Levering	Svartider, Akuttelefonen	90 % besvares indenfor 3 minutter. 100 % besvares indenfor 10 minutter. (90 % af opkaldene skal besvares indenfor 3 minutter. Alle opkald skal besvares indenfor 10 minutter) Ambitionsniveauet er tidligere fastlagt politisk.	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
	Ventetid, akutmodtagelse	50 % af patienter igangsat indenfor én time. 100 % af patienter igangsat indenfor fire timer. (50 % af patienterne skal være igangsat indenfor en time og 95 % af patienterne indenfor 4 timer). Ambitionsniveauet er tidligere fastlagt politisk.	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
	Forløbstider, kræftpatienter	Overholdelse af standardforløbstider fra start til initial behandling: 90 %. Ambitionsniveauet er anbefalet af kræftudvalget og efterfølgende godkendt i regionsrådet. (Overholdelse af standardforløbstider fra start til initial behandling: 90 %.)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
	Udredning inden 30 dage	80 % skal være udredt inden for 30 dage (både somatik og psykiatri) (80 % skal være udredt inden for 30 (somatic))	Sundhedsudvalget gør opmærksom på, at der er forskellige gyldige årsager til, at patienter ikke udredes inden for 30 dage. En del patienter kan ikke udredes inden fristen af faglige årsager, og en del patienter vælger at gøre brug af deres frie valg og komme til på et bestemt sygehus med længere ventetid. Loven foreskriver, at patienterne skal <i>tilbydes</i> udredning inden for 30 dage, men det er det pt. ikke muligt at måle på.	<u>Fastholdes</u> Det foreslås at administrationen udarbejder en redegørelse for, om ambitionsniveauet på 80 % er det rigtige i forhold til at kunne overholde lovgivningen.

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -3 af 8

			Derfor måles på, om patienterne <i>er udredt</i> inden for 30 dage. Udvalget ønsker på den baggrund en redegørelse fra administrationen for, om 80 % er det rigtige ambitionsniveau, hvis det skal afspejle, at loven er overholdt, dvs. om 80 % udredt inden for 30 dage skønnes at afspejle, at 100 % er tilbudt udredning inden for 30 dage.	
	Andel af elektroniske epikriser (udskrivningsbreve afsendt indenfor én dag)	Fastlægges når der foreligger et erfaringsgrundlag. Ambitionsniveauet ventes besluttet ved næste årlige opdatering af niveauerne. (95%, tre dage)	Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde anfører, at de kan tilslutte sig forslag om nye mål for afsendelse af epikriser. Udvalget ønsker et forslag til et ambitionsniveau for målet primo 2016.	<u>Fastholdes</u> Det foreslås, at administrationen drøfter muligheden for en fremskyndet forelæggelse af forslag til ambitionsniveau, sådan at dette kan fremlægges i forbindelse med 2. kvartårslige rapportering vedrørende driftsmål og ambitionsniveauer.
Kvalitet	Hospitalserhvervet infektion: Bakteriæmi (bakterier i blodet) Hospitalserhvervet infektion: VAP (Respiratorrelateret lungebetændelse)	Målene foreslås at <u>udgå</u> . (Halvering af antallet af hospitalserhvervede bakterieæmier sammenlignet med 2010 og 2011) (Under 5 VAP pr. 1000 respiratordage for hver intensiv afdeling).	Der er ikke kommet bemærkninger til forslaget om at lade driftsmålene udgå	<u>Fastholdes</u> (driftsmålene foreslås at udgå)
	Antibiotikaforbrug NYT driftsmål	1) Faldende antibiotikaforbrug. 2) Andelen af penicilliner ift. det samlede forbrug udgør mindst 70 %. (intet)	Sundhedsudvalget anfører, at det nye driftsmål er fornuftigt.	<u>Fastholdes</u>
	Kliniske kvalitetsdatabaser NYT driftsmål	80 % målopfyldelse (intet)	Sundhedsudvalget anfører, at det nye driftsmål er fornuftigt.	<u>Fastholdes</u>
	Uventede dødsfald	Løbende reduktion i antallet af patienter, der får hjertestop og dør. (Mål: faldende tendens)	Sundhedsudvalget finder det kommunikationsmæssigt problematisk, at kvalitet er lig med færre uventede dødsfald på hospitalerne. Kommunikativt vil det være hensigtsmæssigt at ændre formuleringen til uventede hjertestop.	<u>Ændres</u> definitionen af driftsmålet foreslås fastholdt. Titlen på driftsmålet foreslås ændret til "Uventede hjertestop".
	Akutte genindlæggelser	Løbende reduktion i	Sundhedsudvalget er enig i	<u>Fastholdes</u>

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -4 af 8

		antallet af genindlæggelser. (Intet)	driftsmålet om de akutte genindlæggelser, men finder det hensigtsmæssigt, hvis det kan gøres muligt at måle på de unødige genindlæggelser, som fx at en patient blev sendt hjem for tidligt. Psykiatriudvalget gør opmærksom på, at det mener, at driftsmålet for det psykiatriske område bør måles for 7 dage frem for 30 dage. Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde ønsker en præcisering af, at akutte genindlæggelser måles på genindlæggelser inden for 30 dage, uanset hvilken diagnose man indlægges for.	Idet målet dog for det psykiatriske område justeres sådan, at det dækker akutte genindlæggelser indenfor 7 dage. I forbindelse med 2. kvartårige rapportering foreslås det, at administrationen forelægger en redegørelse for mulighederne for at måle på "unødige" genindlæggelser samt den af udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde ønskede præcisering.
	Tvang	Årlig reduktion på 20 % i antallet af bæltefikseringer (Årlig reduktion med 20 % (NB: Målet ventes justeret når der er fastlagt nationale mål)).	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
Medarbejdere og ledere	Sygefravær	Maksimalt 4,5 % (4,5 %	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
Produktivitet	Budgetoverholdelse, økonomi	Realiseret forbrug i perioden på løn, øvrig drift og egne indtægter sat i forhold til tilsvarende budget i samme periode (x 100). Mål = < 100 (Mål: => 100)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
	Budgetoverholdelse, aktivitet	Realiseret aktivitetsværdi (målt i DRG-værdi) i perioden sat i forhold til det tilsvarende budget i samme periode (x 100). Mål = > 100 Ambitionsniveauet er fastlagt med henblik på at sikre produktion og budgetoverholdelse Seneste målopfyldelse: 99,2 (indeks) (Mål: => 100)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
	Udvikling i effektivitet (index).	Mål = > 100 Ambitionsniveauet er fastlagt med henblik på at sikre produktion og	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -5 af 8

		budgetoverholdelse Seneste målopfyldelse 109,9 (indeks) (Mål: > 100)		
--	--	---	--	--

Regional udvikling

Målepunkter	Driftsmål som foreslået af administrationen den 10. november 2015	Ambitionsniveauer for driftsmål som foreslået af administrationen den 10. november 2015. (eksisterende ambitionsniveau i parentes)	Udvalgenes udtalelse	Anbefaling
Tilfredshed	Måling af tilfredshed i forbindelse med V1 kortlægning og V2 undersøgelser af jord-forurening	Nyt driftsmål pr. 1.8.2015, ambitionsniveau fastlægges senere. Ambitionsniveauet ventes besluttet ved næste årlige opdatering af niveauerne. (intet)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet.	<u>Fastholdes</u>
Levering	Ventetid på V1-kortlægning og afslutning af V2 - undersøgelser	90 % af endelige V1 kortlægninger sendes indenfor 4 uger. 90 % mod hidtil 85 % af miljøprioriterede V2 undersøgelser afsluttes indenfor en sagsbehandlingstid på 15 mdr. Ambitionsniveauet er fastlagt på baggrund af erfaring. Ambitionsniveauet er realistisk. (90 % af endelige v1 kortlægninger sendes indenfor 8 uger. 85 % af miljøprioriterede V2 undersøgelser afsluttes indenfor en sagsbehandlingstid	Miljø- og Trafikudvalget gør opmærksom på, at det er enigt i ambitionsniveauet	<u>Fastholdes</u>

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -6 af 8

		på 15 mdr.)		
	Strukturfondsmidler udmøntes 100 % (2 driftsmål)	100 % disponeret 100 % forbrugt (100 % disponeret 100 % forbrugt)	Erhvervs- og vækstudvalget gør opmærksom på, at det er enig i de fastlagte ambitionsniveauer	<u>Fastholdes</u>
Kvalitet	Ekstern finansiering til forskning og innovation	Der genereres minimum 100 mio. kr. pr. år i eksterne forsknings- og innovationsmidler (Der genereres minimum 100 mio. kr. pr. år i eksterne forsknings- og innovationsmidler)	Udvalget bakker op om, at driftsmålet "eksterne midler til forskning og innovation" udvikles og opdateres, således at der fra 2016 måles på hjemtagne eksterne midler fra både hospitaler, centre og virksomheder i Region Hovedstaden som organisation. Når der foreligger erfaringer på området, anbefaler udvalget, at det nuværende ambitionsniveau på 100 mio. kr. årligt hæves.	<u>Fastholdes med foreslået justering</u> Driftsmålet foreslås fra 2016 ændret til at omfatte Region Hovedstaden som organisation, således at der fremover vil blive målt på alle eksterne indtægter til forskning og innovation. Det foreslås at ambitionsniveauet hæves, når dere foreligger et erfaringsgrundlag.
	Passagerudviklingen i Region Hovedstadens kollektive trafik	Kontinuerlig årlig passagervækst på 2,5 % i Region Hovedstadens nuværende busser og lokalbanetog. Ambitionsniveauet er fastlagt på baggrund af Movias trafikplan. Målet har vist sig at være for ambitiøst. Der pågår drøftelser med Movia herom. (Kontinuerlig årlig passagervækst på 2,5 % i Region Hovedstadens nuværende busser og lokalbanetog)	Miljø- og trafikudvalget anfører, at der som opfølgning på politisk og administrativ dialog med Movia er udarbejdet et forslag til justerede driftsmål og ambitionsniveauer for regionale buslinjer. Udvalget foreslår, at ambitionsniveauet ændres til 1 % årlig stigning i passagertal, idet det vurderes at være både realistisk og ambitiøst set i lyset af ændrede trafikmønstre og udviklingen i den regionale kollektive trafik de seneste år.	<u>Justeres i</u> overensstemmelse med forslag fra miljø- og trafikudvalget
	CO ₂ Nyt driftsmål	Driftsmål for CO ₂ . I første omgang gennemføres et pilotprojekt baseret på elforbrug for overordnede afregningsmålere. Ambitionsniveau	Miljø – og trafikudvalget er positive over for administrationens forslag om implementering af nyt driftsmål vedr. CO ₂	<u>Justeres i</u> overensstemmelse med forslaget og i overensstemmelse med anbefaling fra Miljø- og Trafikudvalget

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -7 af 8

		fastlægges, når erfaringer på området foreligger. (Intet)		
Produktivitet	Passagerkilometer i Region Hovedstadens kollektive trafik ift. kr. (realiseret passagertal pr. kilometer / budgetteret passagertal pr. kilometer.)	>= 1 (>= 1)	Miljø- og trafikudvalget gør opmærksom på, at det har vist sig, at det nuværende produktivitetsmål "passagerer/kørt km" ikke er et egnet mål grundet stor forskel på land- og bykørsel, hvorfor det ikke siger særligt meget om produktiviteten og udnyttelsen af ressourcerne. På den baggrund anbefales et nyt driftsmål for produktivitet: Udgiftsbehov/påstiger i regionens busser.	<u>Justeres i</u> overensstemmelse med forslag fra miljø- og trafikudvalget.
Medarbejdere og ledere	Sygefravær	4,5 % (4,5 %)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet	<u>Fastholdes</u>

Den Sociale Virksomhed

Målepunkter	Driftsmål som foreslået af administrationen den 10. november 2015	Ambitionsniveauer for driftsmål som foreslået af administrationen den 10. november 2015 (eksisterende ambitionsniveau i parentes)	Udvalgenes udtalelse	Anbefaling
Tilfredshed	Alt i alt er du tilfreds med at være her	Fastsættes når der foreligger et grundlag for baseline. Ambitionsniveauet ventes besluttet ved næste årlige opdatering af niveauerne. (intet)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet	<u>Fastholdes</u>
Levering	Belægningsprocent	98 % (Belægningsprocent (antal dage pr. måned / antal dage, hvor beboeren er indskrevet).)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet	<u>Fastholdes</u>
Kvalitet	Magtanvendelser.	12 stk. / måned (En faldende tendens over det seneste år)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet	<u>Fastholdes</u>
Produktivitet	Budgetopfølgning	Løn + øvrig drift / korrigerede budget <= 100	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller	<u>Fastholdes</u>

Punkt nr. 2 - Årlig opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer i Fokus og Forenkling
Bilag 6 - Side -8 af 8

		sigter på budgetoverholdelse. ($\geq 1,00$)	ambitionsniveauet	
Medarbejdere og ledere	Sygefravær	4,5 % (4,5 %)	Der er ikke kommet bemærkninger til driftsmålet eller ambitionsniveauet	<u>Fastholdes</u>

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon +45 38 66 50 00
Web www.regionh.dk

Til: Forretningsudvalget

Dato: 7. december 2015

Høringssvar fra miljø- og trafikudvalget

På miljø- og trafikudvalgets møde den 1. december 2015 blev udvalget forelagt en sag vedr. opdatering af driftsmål og ambitionsniveauer for driftsmålstyringen, der ligger indenfor udvalgets ressort, med henblik på at afgive høringssvar til forretningsudvalget.

Generelt er der tilfredshed i udvalget med udviklingen i forhold til driftsmålene på V1-kortlægning og V2-undersøgelser, og med at ambitionsniveauet for V2-undersøgelserhæves. Det er afgørende for regionens borgere, at ventetiderne på kortlægning og undersøgelse af forurenede grunde er så korte som overhovedet muligt. De fastlagte ambitionsniveauer for ventetider vurderes at være ambitiøse og sikre en høj service for borgere, der venter på at få kortlagt en grund.

Som opfølgning på politisk og administrativ dialog med Movia er der udarbejdet et forslag til justerede driftsmål og ambitionsniveauer for regionale buslinjer.

For driftsmål vedr. passagerudviklingen i Region Hovedstadens offentlige trafik har det hidtidige ambitionsniveau på 2,5 % årlig stigning i passagertallet vist sig at være for ambitiøst i forhold til det realiserede passagertal. Udvalget foreslår derfor, at ambitionsniveauet ændres til 1 % årlig stigning i passagertal, idet det vurderes at være både realistisk og ambitiøst set i lyset af ændrede trafikmønstre og udviklingen i den regionale kollektive trafik de seneste år.

Det har endvidere vist sig, at det nuværende produktivitetsmål ”passagerer/kørt km” ikke er et egnet mål grundet stor forskel på land og by kørsel, hvorfor det ikke siger særligt meget om produktiviteten og udnyttelsen af ressourcerne. På den baggrund anbefales et nyt driftsmål for produktivitet: Udgiftsbehov/påstiger i regionens busser.

Administrationen har foreslået, at der implementeres et nyt driftsmål for CO₂, hvilket udvalget er positive overfor, idet det relaterer sig fint i forhold til kongeindikatoren CO₂. Derudover vil det give mulighed for at øge kendskabet til udviklingen i CO₂-forbrug for Region Hovedstaden som virksomhed.



Behandling af høringssvar i lovforslaget

Baggrund

Udkastet til anlægslov for letbanen har været i høring fra 23. oktober til 23. november 2015. Høringen har givet anledning til en del bemærkninger, heraf flere fra ejerkredsen. Det gælder blandt andet et fælles høringssvar fra 10 kommuner og Region Hovedstaden om betydningen for letbanen af ændringerne af Herlev og Glostrup stationer samt høringssvar fra især Herlev Kommune om hastighedsgrænser. Et antal høringssvar fra ledningsejerne giver anledning til en ændret tilrettelæggelse af anlægsarbejderne. Udover høringssvarene vil resultatet af den eksterne kvalitetssikring af anlægsoverslag, tidsplan m.v. skulle indgå i grundlaget for lovforslagets økonomiske bemærkninger.

I det følgende gives en kort redegørelse for disse høringssvar m.v. og deres konsekvenser for lovforslaget og dermed letbaneprojektet.

Herlev og Glostrup stationer

I det fælles høringssvar fra de 10 af ejerkommunerne og Region Hovedstaden peges der på, at en flytning af Herlev station og en genåbning af regionaltogsperronen på Glostrup station vil have en væsentlig betydning for passagertallet i letbanen.

Der er ikke afsat penge til at gennemføre disse to projekter.

I 2014 blev der indgået en politisk aftale mellem den daværende regering (Socialdemokraterne og Det Radikal Venstre) Dansk Folkeparti, Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten om Metro, letbane, nærbane og cykler. I denne aftale blev der afsat midler til, at BaneDanmark kunne foretage undersøgelser og gennemføre VVM-vurderinger af de to nævnte projekter. Disse VVM undersøgelser forventes at være færdige ultimo 2016.

Hastighedsgrænser

Herlev Kommune har i sit høringssvar fremsat indvendinger imod, at hastighedsgrænserne gennem kommunen – bortset fra den tættest bebyggede og mest bymæssige strækning fra Herlev Hovedgade til Hjortespringvej - er fastholdt på det nuværende niveau, 70 km i timen, selv om hastighedsgrænserne i VVM-redegørelsen var forudsat nedsat til 50 km i timen.

Fastholdelsen af hastighedsgrænserne på hoveddelen af Ring 3 er baseret på et høringssvar til VVM-redegørelsen fra Vejdirektoratet, som lægger afgørende vægt på at sikre bilernes fremkommelighed på Ring 3, blandt andet for at opretholde kapaciteten og mindske overflytningen af biltrafik til Motorringvejen. I overensstemmelse med vejlovens regler har Herlev Kommune hørt Vejdirektoratet, som har accepteret hastighedsneds ttelsen på den centrale strækning men sat sig imod en hastighedsnedsættelse på resten af strækningen gennem Herlev. Herlev Kommune har efterfølgende indbragt Vejdirektoratets afgørelse for transport- og bygningsministeren.

Ekstern kvalitetssikring af anlægsoverslag og tidsplan

Som grundlag for forslaget til anlægslov er der foretaget en ekstern kvalitetssikring af anlægsoverslag og tidsplan. Kvalitetssikringen er foretaget af rådgivningsfirmaet Emcon.

Konklusionen er, at Emcon på baggrund af den eksterne kvalitetssikring ikke er bekendt med vægtige runde til, at der ikke bør træffes beslutning om at gå videre med projektet på baggrund af det af Hovedstadens Letbane fremlagte beslutningsgrundlag, herunder i forhold til anlægsbudgettet, risikovurderingen og tidsplanen.

Endvidere, at det er vurderingen, at de anførte risici, herunder omkostninger til sikkerhedsgodkendelse og projektets omkostninger til ledningsomlægninger kan holdes inden for de afsatte reserver. Denne konklusion påvirkes ikke af det forhold, at Emcon vurderer risikoen for omkostninger til sikkerhedsgodkendelse højere end Hovedstadens Letbane.

Den eksterne kvalitetssikring, der vurderede tidsplanen som optimistisk, gav anledning til en ekstraordinær risikovurdering af tidsplanen. De tre største risici for forlængelse af tidsplanen vurderes at være ledningsomlægninger, trafikafvikling i anlægsperioden og sikkerhedsgodkendelsesprocessen. Den løbende risikovurdering har vist, at risikoen for en forlængelse af tidsplanen samlet vurderes at være på ca. 15 måneder. Den ekstraordinære risikovurdering, hvor de væsentligste risici blev underkastet en mere dybtgående vurdering på grundlag af de senest indvundne erfaringer, resulterede i, at den samlede risiko for forlængelse af tidsplanen på grundlag af den eksterne kvalitetssikring vurderes til 9 – 18 måneder. Det ville i givet fald i sig selv betyde åbning af letbanen mellem 2021 – 2023. Tidsplanen skal dog også ses i lyset af høringssvarene fra ledningsejerne, jf. nedenfor.

Ledningsejernes høringssvar

Som svar på høringen om lovudkastet har en række ledningsejere fremsat indvendinger imod den forudsatte strategi for omlægning af ledninger i forbindelse med anlægget af letbanen på Ring 3. Den forudsatte strategi

svarer til den, der har været anvendt ved andre store anlægsprojekter. Strategien, som er forudsat i både Principaftalen og projekteringsloven, indebærer, at ledningerne omlægges, før de egentlige anlægsarbejder igangsættes. Formålet hermed er, at anlægsarbejdet kan gennemføres så effektivt som muligt uden sammenblanding med ledningsomlægningerne.

Som bekendt kan letbaneprojektets ejere imidlertid først træffe endelig beslutning om gennemførelse af letbanen, når resultatet af udbuddet af de store kontrakter foreligger, hvilket forventes at ske i foråret 2017. Derfor indebærer strategien, at ledningsejere, hvis ledninger er placeret efter gæsteprincippet, og som derfor selv skal afholde omkostningerne ved omlægningen, kan komme til at afholde disse omkostninger forgæves, såfremt ejerne måtte beslutte ikke at gennemføre letbanen.

Ledningsejernes krav

På denne baggrund kræver ledningsejerne - med lidt forskellige formuleringer - at bygherren garanterer at ville refundere ledningsejernes omkostninger, hvis projektet mod forventning måtte blive opgivet. Dette vil indebære, at selskabet - og dermed dets ejere - vil skulle bære risikoen for en omkostning på formentlig omkring 500 mio. kr. - ud over de 475 mio. kr. som er forudsat anvendt til forberedende arbejder, projektering og udbud m.v. - inden den endelige beslutning om projektet træffes. Dette er ikke i overensstemmelse med principaftalen.

Ledningsejerne har herudover rejst en række andre indvendinger imod tilrettelæggelsen af ledningsomlægningerne i forhold til anlægsprocessen. Deres indvendinger går blandt andet på, at projektets detaljeringsgrad som følge af den valgte udbudsstrategi ikke er tilstrækkelig, at der vil kunne opnås besparelser ved en koordinering af ledningsomlægningerne og anlægsarbejderne, at der er afsat for kort tid til ledningsomlægningerne og, for nogle ledningsejeres vedkommende, at en integrering af ledningsomlægningerne med anlægsprocessen ville indebære fordele.

Indstilling til ændret strategi

På baggrund af den øgede risiko, som ledningsejernes reaktion påfører Hovedstadens Letbane og dermed selskabets ejere, har selskabet beskrevet mulige alternative anlægsstrategier, som herefter har været drøftet mellem selskabet og Transport- og Bygningsministeriet.

Selskabet har blandt de alternative strategier peget på den strategi, som selskabet vurderer, vil have mindst negativ indflydelse på letbaneprojektets gennemførelse, jf. ovenfor om principaftalens økonomi. Strategien indebærer, at det i lovforslaget foreslås, at igangsætning af ledningsomlægningerne udskydes til foråret 2017, når ejerne - på grundlag af resultatet af udbudsprocessen - har truffet endelig beslutning om gennemførelsen af letbaneprojektet.



Herefter vil ledningsejernes planlægning og projektering kunne koordineres med anl gsentrepren rernes detailprojektering efter kontraktindgåelse, hvorefter ledningsomlægningerne vil kunne igangsættes i februar 2018. Ledningsomlægningerne vil fortsat skulle foregå adskilt fra anlægsarbejderne, med mindre ledningsejerne og anl gsentrepren rerne ad frivillighedens vej kan blive enige om en integration af dele af arbejdet.

Med denne strategi vil letbaneselskabet og dets ejere kunne undgå en markant øget risiko, inden ejernes beslutning om gennemførelse af letbanen træffes. Samtidig vil ledningsejernes ønsker om at undgå unødvendige ledningsomlægninger samt langt hovedparten af deres øvrige ønsker blive imødekommet.

Såfremt ledningsejerne ikke på grundlag af lovforslagets vedtagelse ændrer opfattelse, vil udskydelsen af ledningsomlægningerne imidlertid forsinke letbaneprojektet, således at det må forventes, at åbningen af banen først kan ske i 2023 med risiko for forlængelse til 2024 i stedet for i 2021 med risiko for forlængelse til 2023, når der også tages hensyn til de øvrige risici for forlængelse af tidsplanen, jf. den eksterne kvalitetssikring, herunder som følge af trafikafviklingen i anlægsperioden. Der henvises til omtalen oven for om den ekstraordinære risikovurdering som opfølgning på den eksterne kvalitetssikring af letbaneprojektet.

Endvidere vil projektets anlægsøkonomi – på grund af det større sammenfald mellem projekteringen og gennemførelsen af ledningsomlægninger og anl gsopgaverne - blive udsat for øgede risici på op til 100 mio.kr. ud over de risici, som i  vrigt findes på projektets nuværende stade. Disse risici er dog væsentligt mindre end risikoen ved at lade ledningsomlægningerne følge den hidtidige strategi. Endvidere vil risiciene blive søgt reduceret under den videre projektering. Den samlede risiko vurderes fortsat at ligge inden for de afsatte reserver.

Udvalg om afklaring af omkostningerne til ledningsomlægninger og ledningsejernes muligheder for at få dækket disse omkostninger gennem brugerbetaling

Ud over de nævnte indvendinger har ledningsejerne betvivlet letbaneprojektets overslag over omkostninger til ledningsomlægninger, idet de mener, at omkostningerne vil være væsentligt større. Endvidere har nogle af ledningsejerne rejst spørgsmål om, hvorvidt de vil kunne dække deres omkostninger gennem brugerbetaling.

Med henblik på at afklare disse spørgsmål påtænker Transport- og Bygningsministeriet at nedsætte et hurtigt arbejdende udvalg med deltagelse af ledningsejerne og Hovedstadens Letbane m.fl. Udvalget skal komme med et konsolideret bud på omkostningerne til

ledningsomlægninger og desuden belyse, hvilke muligheder ledningsejere, der er omfattet af regulering af indtægter m.v., har for at få dækket deres omkostninger gennem brugerbetaling.

Udvalget skal komme med sine forslag så betids, at Folketinget vil kunne orienteres om resultatet inden vedtagelsen af anlægslovforslaget, som planlægges fremsat for Folketinget den 13. januar 2016.

Redegørelse på kvartalsmødet

På kvartalsmødet den 10. december vil der i forlængelse af ovenstående blive redegjort for håndteringen i lovforslaget af de modtagne høringssvar og deres konsekvenser for letbaneprojektet, herunder navnlig spørgsmålet om håndtering af ledningsejernes høringssvar. Målet er, at der hurtigt kan opnås enighed om den ændrede strategi, så konsekvenserne for lovforslagets tidsplan begrænses.

Punkt nr. 4 - Orientering om konsekvenser af høringsvar fra en række ledningsejere til anlægsloven for Hovedstadens letbane

Bilag 2 - Side -1 af 2

Handlemuligheder

Transportministeriet (TRM) har bedt om ejerkredsens bemærkninger til ledningsejernes kommentar. Det er ministeriets opfattelse, at der i anlægslovsforslaget, som planlægges fremsat 16. januar 2016, må tages højde for ledningsejernes bemærkninger

- **enten** ved at ledningsomlægninger udføres parallelt med anlægget af banen – dvs. efter der er truffet anlægsbeslutning – med en deraf følgende forsinkelse af anlægget fra slutdato 2021 til 2023 eller 2014,
- **eller** ved at der gives ledningsejerne garanti for, at udgifterne til ledningsomlægning vil blive refunderet inden for en ramme på 500 mio. kr., hvis banen ikke anlægges.

Hvis ministeriets anbefalinger ikke følges, er den tredje mulighed at fastholde pålægget til ledningsejerne om omlægning før anlægsbeslutning – men uden at give dem en garanti for refusion af udgifterne.

Lovgivning og vedtægt

Vejlovens regler om gæsteprincippet for ledningsejere omfatter også letbaneanlægget. Efter vejloven betaler ledningsejeren for omlægning af ledninger, som er nødvendiggjort af arbejder, der **iværksættes** af vejmyndigheden (her kommunerne på Ring 3). Vejmyndigheden har pligt til at koordinere planlagte arbejder mhp den mest hensigtsmæssige tilrettelæggelse både for ledningsejer og vejmyndighed.

Twister mellem en kommunal vejmyndighed og et forsyningsselskab om ledninger i og over vejareal afgøres af transportministeren.

Efter vedtægten for letbaneselskabet HL skal interessenterne godkende væsentlige ændringer enstemmigt. Det fremgår af vedtægten, at såfremt finansieringen af store uforudsete udgifter ikke kan rummes inden for interessentskabets langtidsbudget, må HL over for interessenterne rejse spørgsmålet om, hvorledes interessenterne (ejerne) ønsker ekstraomkostningerne finansieret. Interessenternes beslutning herom kræver enstemmighed.

Vurdering

Det er sekretariatets vurdering, at der som vejloven er formuleret, næppe er grundlag for at pålægge ledningsejere udgiften til omlægning, før det er besluttet, om banen skal anlægges. Hvis HL fastholder et pålæg om omlægning før anlægsbeslutning uden garanti for refusion, kan det forudses, at ledningsejerne indbringer spørgsmålet for transportministeren. Da ministeren er medejer af HL kan han blive inhabil og må i så fald overlade afgørelsen til en anden minister.

Det må anses for sandsynligt, at ledningsejerne vil få medhold i en klage. Ledningsejerne omfatter DONG og Energinet.dk, som ejes af klimaministeriet og 3 ledningsejere i kommunalt regi. Det vides ikke, om der er andre end interessentkommuner blandt de kommunale ledningsejere.

Hvis HL imod transportministeriets anbefaling fastholder pålægget til ledningsejerne uden garanti for refusion, kan det forudses at ledningsejerne klager. Da et sådant pålæg – hvis ledningsejerne ikke klager eller ikke får medhold i en klage – potentielt kan indebære en risiko for at HL må udbetale erstatning med

Punkt nr. 4 - Orientering om konsekvenser af høringssvar fra en række ledningsejere til anlægsloven for Hovedstadens letbane
Bilag 2 - Side -2 af 2

op til 500 mio. kr. til ledningsejerne må HL's reserver kunne rumme denne risiko – hvilket igen vil sige at en beslutning om pålæg kræver enighed i ejerkredsen.

Konklusion

Der er herefter efter sekretariatets vurdering alene mulighed for enten at følge TRM's anbefaling eller at sagen udsættes på mulig afklaring med ledningsejerne. Det kan imidlertid indebære, at fremsættelsen af anlægslovforslaget udsættes.

Det bemærkes, at da regionsrådet behandlede sag om afgivelse af høringssvar til lovforslaget var problematikken om en potentiel risiko i størrelsesordenen 500 mio. kr. ikke kendt. Såfremt regionen skal tage stilling til et forslag om at fastholde pålægget til ledningsejerne uden garanti for refusion af forgæves afholdte udgifter må det kræve en fornyet behandling i regionsrådet.

14-12-15

Hfm

Punkt nr. 4 - Orientering om konsekvenser af høringssvar fra en række ledningsejere til anlægsloven for Hovedstadens letbane

Bilag 2 Side - 1 af 1

REGION
Hovedstaden

Regionsrådsformanden

Transport- og Bygningsministeriet
Frederiksholms Kanal 27F
1220 København K

Att. Kontorchef Thomas Jørgensen

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38665000
Direkte +45 3866 6083
Mail regionsraadsformand@regionh.
dk
Web www.regionh.dk

Ref.: hhm

Dato: 15. december 2015

Vedr. Hovedstadens Letbane I/S

Som medejer af Hovedstadens Letbane I/S har Region Hovedstaden på et møde i dag med de kommunale medejere af letbanen drøftet høringssvarene fra ledningsejerne om udkastet til anlægslov for letbane på Ring 3 og de konsekvenser, som en imødekommelse af ledningsejernes synspunkter vil have for projektets tidsplan.

Som regional medejer kan vi – høringssvarene taget i betragtning – acceptere, at disse konsekvenser indarbejdes i forslaget til anlægslov. Det er herved for Region Hovedstaden en forudsætning, at en imødekommelse af ledningsejernes synspunkter, som oplyst på mødet i dag, ikke umiddelbart vurderes at indebære væsentlige konsekvenser for projektets anlægøkonomi, der ligger udover de afsatte reserver, ligesom vi forudsætter, at de afledte konsekvenser for finansieringsplanen, herunder tidsplan for indbetaling af interessenternes bidrag, afklares i det videre forløb.

Som medejer af letbaneprojektet vil vi dog foreslå, at det i lovbemærkningerne tilkendegives, at der i det videre arbejde med letbaneprojektet vil blive arbejdet for at nedbringe forlængelsen af tidsplanen, således at letbanen så vidt muligt kan åbne senest i 2023.

Kopi af dette brev er sendt til de kommunale medejere af Hovedstadens Letbane I/S.

Med venlig hilsen

Sophie Hæstorp Andersen

Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling
Frederiksholms Kanal 21
1220 København K

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon +45 38 66 50 00
Direkte 38665545
Web www.regionh.dk

Dato:

Vedr. indberetning af kapacitet for de gymnasiale uddannelser 2016 i Region Hovedstaden

Efter behandling i Region Hovedstadens forretningsudvalg fremsendes optagekapaciteten for 2016 på de gymnasiale uddannelser – stx, hf, htx og hhx - i skematisk oversigtsform i Region Hovedstaden. Regionsrådet behandler administrationens indberetning på møde den 2. februar 2016, og administrationen fremsender i umiddelbar forlængelse heraf protokollat til ministeriet.

Optagekapaciteten er opgjort i antal klasser à 28,0 elever per tæledagen i september 2016 og det herefter samlede antal pladser.

Den almene studentereksamen og højere forberedelseseksamen

I indberetningen af optagekapaciteten i de fire forpligtende samarbejder Nordsjælland, Nord, Vest og Centrum indgår også den samlede optagekapacitet for de respektive geografiske områder.

I optagekapaciteten indgår hverken asperger-klasserne på Høje Taastrup Gymnasium og hf eller den ene hf-klasse som er genstand for vinteroptag på Københavns Åbne Gymnasium. Gymnasiers IB-kapacitet indgår heller ikke.

Det fremgår af indberetningerne om stx kapaciteten

At følgende gymnasier i de enkelte forpligtende samarbejder hver indberetter én stx-klasse mere i 2016 end i 2015:

Nordsjælland: Allerød Gymnasium, Egedal Gymnasium, Espergærde Gymnasium og HF samt Frederiksborg Gymnasium og HF

Nord: Borupgaard Gymnasium og Gl. Hellerup Gymnasium

Vest: Falkonergårdens Gymnasium og HF med både en ordinær og en Team Danmark klasse

Centrum: Rysensteen Gymnasium, Skt. Annæ Gymnasium og Ørestad Gymnasium. Det fremgår derudover af indberetningen fra det forpligtende samarbejde i Centrum, at følgende gymnasier vil kunne oprette en ekstra klasse som led i fordelingsproceduren: Frederiksberg Gymnasium, Ge-

Punkt nr. 5 - Indberetning af optagekapaciteten i 2016 på de gymnasiale uddannelser Bilag 1 - Side -2 af 6

fion Gymnasium, Ørestad Gymnasium samt Tårnby Gymnasium og HF.

At følgende gymnasier i de enkelte forpligtende samarbejder hver indberetter én stx-klasse mindre i 2016 end i 2015:

Nord: København Nord.

Vest: CPH West Albertslund Gymnasium

Centrum: Tårnby Gymnasium og HF

I øvrigt bemærker administrationen, at Københavns Private Gymnasium opskriver optagekapaciteten for 2016 med 1 klasse mere end i 2015. N. Zahles Gymnasium opskriver med 2 klasser.

Det fremgår af indberetningerne af **hf kapaciteten**

At følgende hf-kursussteder i de enkelte forpligtende samarbejder hver indberetter én stx-klasse mere i 2016 end i 2015:

Vest: VUC Hvidovre-Amager.

Centrum: VUC Hvidovre-Amager. Det bemærkes, at følgende hf-kursussteder ifølge indberetningen vil kunne oprette hver en klasse ekstra som led i fordelingsproceduren: HF-Efterslægten og KVUC.

Højere teknisk eksamen og højere handelseksamen

Det fremgår af indberetningerne af **htx kapaciteten**

At følgende htx-uddannelsessteder opretter hver øger klassetallet i 2016 sammenlignet med 2015:

CPH West i Albertslund indberetter 2 klasser mere, Erhvervsskolen Nordsjælland i Hillerød 1 klasse mere, KTS 1 klasse mere på Sukkertoppen og 2 klasser på Julius Thomsens Plads.

At følgende htx-uddannelsessteder hver mindsker klassetallet i 2016 sammenlignet med 2015:

Erhvervsskolen Nordsjælland i Helsingør 2 klasser mindre og dermed oprettes ingen klasser i Helsingør i 2016, TEC på Frederiksberg 1 klasse mindre.

Det fremgår af indberetningerne af **hhx-kapaciteten**, at Niels Brock øger klassetallet på Julius Thomsens Plads med 7 klasser og mindsker klassetallet på Kultorvet med 3 klasser.

Med venlig hilsen

Mads Monrad Hansen

Enhedschef

Punkt nr. 5 - Indberetning af optagekapaciteten i 2016 på de gymnasiale uddannelser
Bilag 1 - Side -3 af 6

Indberetning af kapacitet 2016/2017 fra	STX		toårig HF	
Offentlige gymnasier og hf-kurser	Antal klasser à 28	antal pladser	Antal klasser à 28	antal pladser
område Nordsjælland				
- Allerød Gymnasium	9	252		
- Birkerød Gymnasium og HF	9	252	1	28
- Egedal Gymnasium & HF	11	308	2	56
- Espergærde Gymnasium og HF	13	364	1	28
- Frederiksborg Gymnasium og HF	15	420	2	56
- Frederikssund Gymnasium	6	168	2	56
- Frederiksværk Gymnasium og HF	5	140	2	56
- Gribskov Gymnasium	8	224		
- Helsingør Gymnasium	10	280		
- Rungsted Gymnasium	10	280		
VUC Nordsj. Helsingør			3	84
VUC Nordsj. Hillerød			5	140
Offentlige i Nordsjælland i alt	96	2.688	18	504
område Nord				
- Aurehøj Gymnasium	9	252		
- Borupgaard Gymnasium	15	420		
- Gammel Hellerup Gymnasium	13	364		
Gentofte HF			8	136
- Gladsaxe Gymnasium	13	364		
- Herlev Gymnasium & HF	7	196	4	112
- Nærum Gymnasium				
København Nord	5	140		
Nærum Gymnasium	14	392		
- Ordrup Gymnasium	10	280		
- Virum Gymnasium	13	364		
VUC Lyngby			5	140
- Øregård Gymnasium	9	252		
Offentlige i Nord i alt	108	3.024	17	388
område Vest				
- CPH WEST Albertslund	7	196	4	112
- CPH WEST Ishøj	5	140		
- Falkenbergsgårdens Gymnasium & HF	8(+4 Team Danmark)	336	1 Team Danmark	28
Hvidovre Gymnasium & HF	6	168	3	84
- Høje-Taastrup Gymnasium & HF	7	196	2	56
- Nørre Gymnasium	12	336		
- Rødovre Gymnasium	10	280		
HF og VUC Vestegnen			4	112
VUC Hvidovre-Amager, Hvidovre			7	196

Punkt nr. 5 - Indberetning af optagekapaciteten i 2016 på de gymnasiale uddannelser
Bilag 1 - Side -4 af 6

	Antal klasser à 28	antal pladser	Antal klasser à 28	antal pladser
Offentlige i Vest i alt	59	1.652	21	588
område Centrum				
- Christianshavns Gymnasium	9	252		
- Frederiksberg Gymnasium	8	224		
Frederiksberg HF-Kursus			11	308
- Gefion Gymnasium	14	392		
HF-Efterslægten			8	224
KVUC			5	140
- Københavns åbne Gymnasium	9	252	3	84
- Rysensteen Gymnasium	13	364		
- Sankt Annæ Gymnasium	8	224		
- Tårnby Gymnasium	8	224	3	84
VUC Hvidovre-Amager (Amager)			5	140
- Ørestad Gymnasium	15	420		
Offentlige i Centrum i alt	84	2.352	35	980
Hovedstadsregionen i alt	347	9.716	91	2.460
Bornholm				
Campus Bornholm	9	252	2	56
Offentlige gymnasier Region Hovedstaden i alt	356	9.968	93	2.516
Kapacitet på private gymnasier				
Private Nordsjælland				
Marie Kruse Skole	5	140		
Nordsjællands Grund og Gymnasieskole	5	140	2	50
Private Nordsjælland i alt	10	280	2	50
Private Nord				
Bagsværd Kostskole og Gymnasium	3	84		
Private Nord i alt	3	84		
Private Vest				
Brøndby Gymnasium	4	100		
Høje-Tåstrup Private Gymnasium	2	56		
Johanneskolen	4	100		
Private Vest i alt	10	256		
Private Centrum				
Det Frie Gymnasium	4	112	3	84
Ingrid Jespersens Gymnasieskole	4	112		
Københavns Private Gymnasium	3	84		
Niels Steensens Gymnasium	4	100		
N Zahles Gymnasieskole	5	140		

Punkt nr. 5 - Indberetning af optagekapaciteten i 2016 på de gymnasiale uddannelser
Bilag 1 - Side -5 af 6

	Antal klasser à 28	antal pladser	Antal klasser à 28	antal pladser
Private Centrum i alt	20	548	3	84
Private Region Hovedstaden i alt	43	1.168	5	134
Samlet kapacitet for Region Hovedstaden - stx og toårig hf				
Offentlige gymnasier & HF				
Område Nordsjælland	96	2.688	18	504
Område Nord	108	3024	17	388
Område Vest	59	1652	21	588
Område Centrum	84	2352	35	980
Offentlige i Hovedstadsregionen i alt	347	9716	91	2460
Bornholm	9	252	2	56
Offentlige i Regionen Hovedstaden i alt	356	9968	93	2516
Private gymnasier & HF				
Område Nordsjælland	10	280	2	56
Område Nord	3	84		
Område Vest	10	256		
Område Centrum	20	548	3	84
Private i Regionen i alt	43	1.168	5	140
Region Hovedstaden i alt – Offentlige og private	399	11.136	98	2.656

Punkt nr. 5 - Indberetning af optagekapaciteten i 2016 på de gymnasiale uddannelser
Bilag 1 - Side -6 af 6

Indberetning af kapacitet for skoleåret 2016/2017 treårig HHX & HTX				
Indberetning af kapacitet fra	HTX		HHX	
	Antal klasser à 28	Antal pladser	Antal klasser à 28	Antal pladser
Campus Bornholm	2	56	2	56
CPH West - Albertslund	4	112		
CPH West - Ishøj	5	140	7	196
CPH West - Ballerup			6	168
Erhvervssk. Nordsj, Hillerød	9	252		
Erhvervssk. Nordsj, Helsingør			3	84
Hotel- og Restaurantskolen	3	84		
KNORD Lyngby			11	308
KNORD Frederikssund			3	84
KNORD Hillerød			9	252
KTS - Sukkertoppen	12	336		
KTS - Julius Thoms. Plads	2	56		
KTS - Vibehus	5	140		
Niels Brock – på Julius Thomsens Plads heraf Handelsgymnasium 10 klasser Innovationsgymnasium 10 klasser			20	560
Niels Brock - Internationale gymnasium på Kultorvet			11	308
TEC Frederiksberg	8	224		
TEC Lyngby	9	252		
TEC Ballerup	7	190		
HTX og HHX kapacitet i alt	66	1.842	72	2.016

NOTAT

Telefon +45 38 66 50 00
Direkte 38665545
Web www.regionh.dk

EAN-nr: 5798001686327

Dato: 9. januar 2014

Oversigt over de forpligtende samarbejder mellem almen- gymnasiale uddannelsesinstitutioner, der udbyder studentereksamen og toårig højere forberedelseseksamen

De almen-
gymnasiale uddannelsesinstitutioner, der udbyder studentereksamen og toårig højere forberedelseseksamen, skal ifølge lovgivningen samarbejde forpligtende om at sikre, at det samlede behov for kapacitet tilgodeses bedst muligt indenfor samarbejdets geografiske område.

Regionsrådet har efter indstilling fra de offentlige almen-
gymnasiale institutioner godkendt de forpligtende samarbejder således:

- **Nordsjælland**, som dækker institutionerne i Allerød, Birkerød, Egedal, Espergærde, Frederikssund, Frederiksværk, Gribskov, Helsingør, Hillerød og Rungsted,
- **Nord**, som dækker institutionerne i Ballerup, Gentofte, Gladsaxe, Hellerup, Herlev, Lyngby, Nærum, Ørdrup og Virum,
- **Vest**, som dækker institutionerne i Albertslund, Hvidovre, Høje-Tåstrup, Ishøj, Rødovre samt gymnasierne Falkonergården og Nørre G,
- **Centrum**, som dækker institutionerne Frederiksberg, Dragør, København og Tårnby.
- **Bornholm**

RAMMEAFTALE

mellem

Professionshøjskolen Metropol

Tagensvej 18, 2200 København N

CVR-nr.: 30891732

(herefter betegnet "Metropol")

Og

Region Hovedstaden

Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød

Cvr-nr.:

(herefter betegnet "RegionH")

Tilsammen benævnt "parterne" og hver for sig "part"

1. Formål og indhold

Danmark har et højt udviklet sundhedsvæsen og en fremtrædende styrkeposition i forhold til forskning og udvikling af nye løsninger inden for forebyggelse, undersøgelse og behandlinger på sundhedsområdet i det offentlige sundhedsvæsen og i det private erhvervsliv.

Professionshøjskolen Metropol og Region Hovedstaden er sammen med de højere uddannelsesinstitutioner og det private erhvervsliv centrale parter i forhold til at fastholde og udbygge den stærke position, som Danmark har på disse områder.

Professionshøjskolen Metropol har til opgave at udbyde og udvikle videregående uddannelse inden for en række sundhedsfaglige faggrupper samt at varetage praksisnære og anvendelsesorienterede forsknings- og udviklingsaktiviteter og herigennem aktivt medvirke til, at ny viden tilvejebringes og bringes i anvendelse i såvel den private som den offentlige sektor.

Region Hovedstaden har med sit særlige ansvar for at sikre vækst i hovedstadsregionen og som sygehusejer og dermed hovedaftager af de faggrupper, der uddannes på professionshøjskolen Metropol, en klar interesse i at sikre den bedst mulige kobling mellem Professionshøjskolen og regionens sundhedsvæsen. Region Hovedstaden har herunder en særlig interesse i at sikre og fastholde højt kvalificerede medarbejdere og i at deltage i udvikling af ny viden til gavn for den undersøgelse, behandling og pleje, der ydes af professionsbachelor i det offentlige sundhedsvæsen og for at sikre et stærkt (rekrutterings-) fundament for vækst og udvikling i forhold til de private virksomheder, der er beskæftiget inden for sundhedsområdet.

Formålet med rammeaftalen er at:

1. Udvikle et partnerskab med afsæt i områder med faglig og strategisk interesse for begge parter.
2. Bruge hinanden som videnspartnere indenfor uddannelses-, forsknings- og udviklingsområdet og med afsæt heri indgå aftaler om fælles indsatser, som udmøntes i fælles samarbejder og udviklingsinitiativer.
3. Understøtte visioner og målsætninger i Strategi 2020 for Metropol samt Fokus og Forenkling for RegionH. Det betyder, at parterne har en fælles målsætning om at sikre:
 - undervisere med nyeste og bedste forskningsbaseret viden til gavn for kvaliteten i professionsbacheloruddannelserne,
 - integration af praksis i undervisningen,
 - udviklingen af et førende sundhedsvæsen med høj kvalitet og lige adgang til den nyeste og mest effektive behandling
 - at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, der motiverer borgere til at sikre den bedst opnåelige livskvalitet gennem hele livet,
 - at have fokus på lighed i sundhed- tryghed og trivsel for alle
 - at være blandt de førende storbyregioner i Europa indenfor forskning og udvikling

Parterne har en fælles ambition om at:

- fremme klinisk forskning og udvikling inden for de professioner parterne sammen uddanner til og at øge de studerendes fokus på forskningens betydning for klinisk praksis
- få de bedst uddannede professionsbachelorer som er parate til at indgå i fremtidens sundhedsvæsen, som er under løbende udvikling og omstilling. Herunder i forhold til anvendelse af nye behandlingsformer, ny teknologi og ændringer i relationen mellem borgeren/patienten og sundhedsvæsenet,
- sikre en kobling mellem Metropol og regionens sundhedsvæsen med henblik på at sikre og fastholde højt kvalificerede medarbejdere og udvikling af ny viden

Parterne aftaler en gang årligt en fælles handlingsplan for initiativer, som søges igangsat i det kommende år, herunder med fokus på:

- fælles projekter
- etablering af delestillinger
- aftaler om efter- og videreuddannelsesopgaver
- involvering af øvrige parter, herunder private virksomheder

I forbindelse med udarbejdelsen af handlingsplanen aftales samtidigt fælles målsætninger og succeskriterier for aktiviteterne i det kommende år.

I det omfang hvor disse indsatser omsættes i konkrete aftaler om fælles initiativer, bliver der nedsat udviklings-/arbejdsgrupper og udarbejdet konkrete underaftaler, der specificerer rammerne for de enkelte initiativer. Disse udarbejdes som allonger til denne aftale.

2. Styling og beslutningskompetence

Det strategiske samarbejde tilrettelægges af en **styregruppe** bestående af:

Fra Metropol:

- Dekanen for Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet
- Prodekan på Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet
- Institutchefen på Institut for Sygepleje

Fra Region Hovedstaden:

- Direktør, Center for Regional Udvikling
- Direktør, Center for HR
- Formanden for UCSF

Hvis det skønnes relevant, kan nøglepersoner inviteres til at deltage i mødet.

Der afholdes mindst tre møder årligt.

Faste punkter på dagsordenen

1. Gensidig orientering om nuværende og fremtidige strategiske og politiske indsatsområder
2. Orientering om status på konkrete samarbejder
3. Nye aftaler eller nye samarbejdsmuligheder
4. Eventuelt

Mødeindkaldelsen går på skift mellem Metropol og Region Hovedstaden, og begge parter bidrager til punkter på dagsordenen. Der indkaldes punkter til dagsordenen 14 dage før mødet, og endelig dagsordenen udkommer 1 uge før mødet.

Den mødeindkaldende part udarbejder og udsender referat fra mødet senest 14 dage efter afholdelse. Eventuelle indsigelser hertil skal meddeles skriftlig senest 7 dage efter modtagelse af referatet.

Udviklingsgrupper

Der kan nedsættes udviklingsgrupper/arbejdsgrupper efter behov til udvikling af initiativer eller praktisk implementering af aftalen. Mulige initiativer er fx.

1. **Grunduddannelser** fx praktik, klinisk koordinering, simulation, frafald, rekruttering, evaluering og effektmåling og uddannelsestilrettelæggelse med patientrettede kompetencer mv.
2. **Efter- og videreuddannelse** fx seminarer, fælles indsatser i forhold til opkvalificering både monofagligt og i forholdt til øget tværfaglighed og tværsektorielle tilgang, effektmåling, meritering af uddannelser mv .
3. **Forskning- og udviklingsprojekter** fx fælles forskningsprojekter, fælles forskeransættelser og delestillinger, fælles fondsansøgninger mv
4. **Strategiske samarbejder med andre relevante parter** (f.eks. KU SUND, DTU, mv.)

Sammensætningen af en udviklingsgruppe/arbejdsgruppe sker med udgangspunkt i de konkrete projekter/aftaler, men består som hovedregel af medlemmer fra både Metropol og Region Hovedstaden. Projektledelsen aftales fra projekt til projekt.

Aftaler om samarbejde under denne aftale skal som minimum omfatte følgende:

- Organisering
- Varighed
- Indhold og mål
- Rettigheder
- Økonomi
- Kommunikation
- Regler for ophør af aftalen



3. Ikrafttræden og ophør

Enhver form for ændringer eller tilføjelser til nærværende aftale kræver enighed mellem parterne, og ændringerne eller tilføjelsen skal foreligge i form af et skriftligt tillæg, underskrevet af begge parter.

Aftalen træder i kraft ved begge parters underskrift og revideres efter tre år.

Denne aftale kan opsiges af begge parter med seks måneders varsel. En eventuel opsigelse skal meddeles skriftligt.

På Professionshøjskolen Metropol's vegne

Dato:

På Region Hovedstadens

Dato:

Stefan Hermann

Rektor, Professionshøjskolen Metropol
Hovedstaden

Hjalte Aaberg

Regionsdirektør, Region

Evalueringer af store cykelbegivenheder

Værtskabet for store sportsbegivenheder indeholder en række potentialer til at skabe opmærksomhed om Danmark, ligesom det rummer mulighed for økonomisk gevinst som følge af de direkte indtægter i form af tilskud samt langsigtede i form af øget kendskab og turisme.

Danske værtskaber

Danmark har gode traditioner for at trække store sportsbegivenheder hertil. Inden for cykelsporten skal særligt fremhæves værtskabet for VM i landevejscykling i 2011 og starten på Giro d'Italia i 2012.

Der er igennem de senere år kommet øget fokus på at opgøre de positive effekter af værtskabet for store sportsbegivenheder. I Danmark har Sport Event Denmark og VisitDenmark således udviklet en beregningsmodel for store sportevents, der giver mulighed for at opgøre centrale nøgletal. Modellen bygger på en række antagelser, herunder om estimeret dagligt forbrug for tilskuere (fx 380 kr. pr. døgn for udenlandske dagsbesøgende), ligesom den ikke tager højde for crowding out effekter¹. Nøgletallene rummer derfor usikkerhed om den egentlig økonomiske effekt.

27. oktober 2015
15/06615-3
msj-dep

ERHVERVS- OG
VÆKSTMINISTERIET

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Tlf. 33 92 33 50
Fax. 33 12 37 78
CVR-nr. 10092485
EAN nr. 5798000026001
evm@evm.dk
www.evm.dk

Tabel 1 – nøgletal for VM i landesvejscykling og Giro d'Italia

Nøgletal (løbende priser)	VM i landevejs- cykling 2011	Giro d'Italia 2012
Budget (mio. kr.)	30	33,3
Tilskuere	545.000	500.000
- individuelle (dvs. unikke)	262.000	237.000
- heraf international	39.000	23.000
Omsætning på turister (mio. kr.)	232	108
- herunder international	176	40
Skatteprovenu (mio. kr.)	72	46
- kommunalt	-	4
Overnatninger (antal)	118.000	43.000
- internationale	94.000	18.000
Pressefolk	768	400
- international	493	280
Omtaler (artikler mv.)	40.441	6.677
- målrettede artikler om DK som ferieland	-	242
Tv-dækning (timer)	410	-
- seere (mio)	206	-

¹ I forbindelse med evaluering af Tour-starten i Rotterdam i 2010, blev der opgjort crowding out effect på 63-66 pct. på hotelovernatninger. Dvs. at disse værelser vil have været solgt til anden side, og dermed ikke medførte en merindtjening pga. touren.

Punkt nr. 7 - Medfinansiering af Tour de France-start i Danmark

Bilag 1 - Side -2 af 5

Internationale erfaringer med Tour de France

Internationalt er der ligeledes kommet større fokus på at redegøre for de positive effekter af store sportsbegivenheder. Denne udvikling ses således også for Tour de France, hvor der er sket en udvikling mht., hvilke nøgletal der offentliggøres. Dette er også den primære forklaring på, hvorfor der ved senere værtskaber er flere oplysninger tilgængelig end tidligere. Forskellige opgørelsesmetoder samt fokus gør dog, at det er vanskeligt at sammenligne tallene på tværs af lande og år. Fx opgøres omsætning i nogle undersøgelser alene med fokus på tilskuernes m.fl. forbrug (dvs. som i Danmark), mens det i andre opgøres inkl. udgifter til at afholde eventen, da projektmidlerne ligeledes skaber en økonomisk aktivitet i lokalsamfundet (economic impact).

I tabel 2 er præsenteret en bearbejdning af nøgletal oplyst i forbindelse med evalueringer af Grand Depart, Tour de France afviklet uden for Frankrig.

Tabel 2 – nøgletal for udenlandske værtskaber af Grand Depart

Nøgletal (løbende priser)	London 2007	Rotterdam 2010	England 2014	York 2014	Utrecht 2015*
Budget (mio)	?	112,5	270	?	116
Tilskuere	3.000.000	865.000	4.800.000	200.000	900.000
- individuelle (dvs. unikke)	-	-	3.500.000	160.000	-
- heraf international	300.000	-	113.000	3.200	-
Economic Impact	968	250	1.280	83	255
Omsætning på turister (mio. kr.)	884,4	158	1.098	70	131***
- herunder international	-	-	360		-
Overnatninger (antal)	-	46.160**	491.000	30.000	-
- internationale	-	-	179.000	-	-
Pressefolk	-	1.800	2.000	-	-
Omtaler (artikler mv.)	20.000	-	-		
Tv-dækning (timer)	-	18	-	-	-
- seere (mio)	-	17	-	-	-

* Opgjort som forventningerne til det hollandske værtskab i 2015

** Fraregnes crowding out effect er effekten beregnet til 24.123 yderligere overnatninger sfa. touren.

*** Ekskl. indtægter fra hotelovernatninger

Punkt nr. 7 - Medfinansiering af Tour de France-start i Danmark

Bilag 1 - Side -3 af 5

Der er ligeledes indikationer på, at touren har effekt ud over løbsdagene. En undersøgelse foretaget af Ministeriet for Turisme i Frankrig i 2003, viste således, at Tour de France resulterer i 15-30 pct. flere besøgende i ugerne efter en Tour-etape i forhold til et år uden.

Succeskriterier for Tour de France i Danmark

Danmark er allerede kendt som en fremtrædende cykelnation med en stærk cykelkultur, som andre lande henter inspiration i. Et værtskab for Tour de France vil medvirke til at forstærke dette positive billede af Danmark og understøtte VisitDenmarks arbejde med at markedsføre cykelturisme i Danmark.

Værtskabet for starten på verdens største årlige begivenheden ville ligeledes understrege Danmarks evne til at være vært for store sportsbegivenheder og er en oplagt mulighed for at vise innovative publikumsløsninger, og dermed muliggøre tiltrækningen af yderligere events.

Der er endnu ikke fastlagt en målsætning for et danske værtskab af Grand Depart, men baseret på erfaringer fra danske værtskaber af store sportsbegivenheder og evaluering af tour-starter uden for Frankrig, kan der forventes en både positiv økonomisk og kendskabsmæssig effekt.

En fælles national målsætning forventes udarbejdet i forbindelse med det danske bud på Grand Depart i 2018.

Punkt nr. 7 - Medfinansiering af Tour de France-start i Danmark

Bilag 1 - Side -4 af 5

Bilag – Fakta om Tour de France

Deltagere

198 stiller til start (22 teams af 9 ryttere)

300 support personale

15 medlemmer af løbsjuryen

2015 ruten

3.360 km (21 etaper)

3 land besøgt (Holland, Belgium og Frankrig)

Akkrediteret medier (2014 edition)

2.000 journalister and fotografer

637 medieorganisationer

373 aviser, presseagenturer and internet medier

92 tv-netværk

114 fotoagenturer

58 radiostationer

TV Broadcast

Vist i 190 lande

100 tv-kanaler, heraf 60 live

8 etaper vist fuldt ud

80 timers live broadcast (international signal)

6.100 timer vist worldwide i 2014

Internet/nye medier

32 million unikke besøg/146 million sider set på "letour.fr" i 2014

4 sprog: fransk, engelsk, spansk, tysk

1,700,000 fans på Facebook

1,300,000 followers på Twitter

100,000 på Instagram

1,1 million downloads af applikation målrettet til Tour de France

Organisation

100 A.S.O. personale

300 midlertidig personale

1.550 senge reserveret hver dag til løbsorganisation og cykelhold m.fl.

Referencer

[Evaluering af danske værtskaber for store sportsbegivenheder](#)

[Evaluering af VM i landevejscykling 2011](#)

[Evaluering af Giro d'Italia 2012](#)

[Evaluering London 2007](#)

[Evaluering Rotterdam 2010](#)

[Beslutningsoplæg Calderdale Metropolitan Borough Council til Grand Depart 2014](#)

[Evaluering England 2014](#) (hovedrapport)

[Evaluering York 2014](#)

[Prognose Holland 2015](#) (artikel)

[Prognose Holland 2015 v2](#) (artikel)

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Erhvervs- og vækstminister Troels Lund Poulsen
Erhvervs- og vækstministeriet
Slotsholmen 10-12
1216 København K

Telefon 48 20 50 00
Mail regionsraadsformand@regionh.
dk

Dato: 24. november 2015

Kære Troels Lund Poulsen

Tak for et godt og konstruktivt møde d. 13. november 2015 om et samlet dansk bud på afholdelse af Tour de France-starten i 2018.

Som jeg gav udtryk for på mødet, så finder jeg det interessant og positivt, hvis Danmark får mulighed for at afholde Grand Départ, da det vil medføre en betydelig turismeøkonomisk omsætning samt en markant branding af Danmark.

Jeg har derfor informeret regionsrådets medlemmer om, at de på regionsrådets møde i februar får mulighed for at tage stilling til Region Hovedstadens økonomiske engagement i Grand Départ. Det vil blive forelagt regionsrådet, at et evt. bidrag fra Region Hovedstaden tilføres det konsortium, der skal byde på og afholde Grand Départ, samt har det formelle juridiske ansvar over for Tour de France-organisationen.

Region Hovedstadens eventuelle bidrag sker under forudsætning af, at Region Hovedstaden ikke bærer en økonomisk risiko, der ligger ud over det eventuelle bidrag til konsortiet, som regionsrådet beslutter på sit møde i februar. Derudover vil det blive forelagt regionsrådet, at en eventuel medfinansiering ikke vil blive suppleret af anden direkte finansiering forbundet med afviklingen af Grand Départ.

Jeg ser frem til det fortsatte arbejde med at tiltrække Tour de France til Danmark, da det vil være en spændende begivenhed for hele landet.

Med venlig hilsen

Sophie Hæstorp Andersen

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Att.Sophie Hæstorp Andersen

**ERHVERVS- OG
VÆKSTMINISTEREN**

9. december 2015

Kære Sophie Hæstorp Andersen

Tak for dit brev af 24. november, hvori du giver udtryk for din opbakning til arbejdet med at trække Tour de France til Danmark.

Du gør i brevet opmærksom på forudsætningerne for Region Hovedstadens deltagelse i det fælles projekt. Du fremhæver således, at regionen ikke ønsker at hæfte for et evt. underskud ved det danske værtskab.

Jeg deler dit ønske om, at det danske værtskab sker inden for klare økonomiske rammer, og jeg er således glad for, at regioner og kommuner samt Sport Event Denmark på fællesmødet den 13. november alle gav tilsagn om at bakke økonomisk op om et dansk værtskab. Der er således tilvejebragt ca. 90 mio. kr., dvs. ca. 10 mio. kr. mere end det oprindelige budgetforslag foreslået af Alex Pedersen og Joachim Andersen.

Jeg forventer ligeledes, at vi gennem nedsættelsen af en professionel projektorganisation, hvori kompetencer inden for event og økonomistyring er til stede, kan sikre projektets gennemførelse. Jeg kan herunder oplyse, at Sport Event Denmark har tilkendegivet, at de kan indgå i denne organisation og dermed bidrage med deres store viden og erfaringer fx fra Giro d'Italia og VM i landevejscykling.

Rammerne for et succesfyldt dansk bud og efterfølgende værtskab for Grand Depart, Tour de France er således skabt i et tæt samarbejde mellem stat, regioner og kommuner samt Sport Event Denmark.

Med venlig hilsen



Troels Lund Poulsen

**ERHVERVS- OG
VÆKSTMINISTERIET**

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Tlf. 33 92 33 50
Fax. 33 12 37 78
CVR-nr. 10092485
EAN nr. 5798000026001
evm@evm.dk
www.evm.dk

Politisk forståelse mellem parterne bag Greater Copenhagen & Skåne Committee

The Greater Copenhagen & Skåne Committee er en politisk komité for kommunale og regionale myndigheder i Skåne, Hovedstaden og Sjælland. Formålet for organisationen Greater Copenhagen & Skåne Committee er at øge væksten og beskæftigelsen i den fælles metropol-region.

Udgangspunktet og ambitionen er, at alle tre regioner og 79 kommuner i den fælles region deltager i samarbejdet, og der er tale om et ligeværdigt samarbejde mellem de tre regionale geografier med fokus på fælles styrkepositioner.

Greater Copenhagen & Skåne Committee etableres gennem en omdannelse af Øresundskomiteen, idet der er behov for en mere beslutningsdygtig komite med større fokus på vækst og beskæftigelse. Mens alle kommuner på dansk side har været medlem af Øresundskomiteen via kommunekontaktrådene har dette ikke været tilfældet i Skåne, hvor alene regionen og de større kommuner har været repræsenteret. Der er derfor fælles politisk enighed om en model, der tager højde for, at det i begyndelsen ikke nødvendigvis er alle kommunerne, der indgår i samarbejdet. Nedenfor beskrives en model for fordeling af bestyrelsesposter, formandskab mv, som der er politisk enighed om blandt parterne:

Antallet af bestyrelsesposter

Bestyrelsen er det besluttende organ. Som udgangspunkt og ved fuld indmeldelse af alle kommuner i regionerne består bestyrelsen af 18 folkevalgte politikere, hvoraf 9 medlemmer udpeges fra regionerne og kommunerne i Hovedstaden og Sjælland og 9 medlemmer fra regionen og kommunerne i Skåne.

De enkelte geografiske regioner aftaler indbyrdes, hvordan bestyrelsesposterne skal fordeles.

Fra Hovedstaden er repræsentanterne i bestyrelsen:

1. Formanden for Region Hovedstaden
2. Formanden for KKR Hovedstaden
3. Næstformanden for KKR Hovedstaden
4. Overborgmesteren i Københavns Kommune
- 5.

Fra Sjælland er repræsentanterne i bestyrelsen

6. Formanden for Region Sjælland
7. Formanden for KKR Sjælland
8. Næstformanden for KKR Sjælland
- 9.

Fra Skåne er repræsentanterne i bestyrelsen:

1. Ordførende i regionstyrelsen, Region Skåne
2. Repræsentant fra Region Skåne

Punkt nr. 9 - Udpegning til bestyrelsen for The Greater Copenhagen & Skåne Committee

Bilag 1 - Side -2 af 6

3. Repræsentant fra Region Skåne
4. Malmö stad
5. Helsingborg stad
6. Lunds kommun
7. Kristianstads kommun
8. Kommunförbundet Skåne
9. En plads, som roterer mellem Hässleholm, Landskrona, Trelleborg

Såfremt ikke alle kommunerne (målt efter befolkningstal) i Østdanmark eller Sydsverige indgår i samarbejdet, reduceres antallet af bestyrelsesposter på den relevante side af Øresund efter nedenstående fordelingsnøgle og jf. vedtægternes § 4, stk. 5:

100-90 pct.: 9 medlemmer
90-80 pct.: 8 medlemmer
80-70 pct.: 7 medlemmer
70-60 pct.: 6 medlemmer
60-50 pct.: 5 medlemmer
50-40 pct.: 4 medlemmer

Formandskab

Formandskabet består af tre personer – en formand og to næstformænd, der udpeges af de tre regionale geografier for 1 år ad gangen. Formandskabet sammensættes af både kommunale og regionale repræsentanter, således at mindst en af næstformændene vælges blandt de kommunale bestyrelsesmedlemmer, i perioder med en regional bestyrelsesformand og mindst en blandt de regionale repræsentanter i perioder med en kommunal bestyrelsesformand.

For at en geografi kan få plads i formandskabet forudsættes det, at mindst 50 pct. af kommunerne (målt i befolkningstal) inden for regionen indgår i Greater Copenhagen & Skåne Committee.

Rotation af formandskab

Formandsposten går på skift mellem de tre regionale geografier for ét år ad gangen. Såfremt *alle* tre regioner og 79 kommuner indgår i samarbejdet er der enighed om, at rotationen sker efter nedenstående model (der er en 60/40 model), som tager højde for regions- og kommunalvalg i både Danmark og Sverige.

- 2016 Hovedstaden
- 2017 Skåne (kommunalvalg/regionsrådsvalg i DK)
- 2018 Sjælland (kommunalvalg/regionsrådsvalg i Sverige)
- 2019 Hovedstaden
- 2020 Sjælland
- 2021 Skåne (kommunalvalg/regionsrådsvalg i DK)
- 2022 Hovedstaden (kommunalvalg/regionsrådsvalg i Sverige)
- 2023 Skåne

Punkt nr. 9 - Udpegning til bestyrelsen for The Greater Copenhagen & Skåne Committee

Bilag 1 - Side -3 af 6

- 2024 Sjælland/Hovedstaden
- 2025 Skåne (kommunalvalg/regionsrådsvalg i DK)

Ellers roterer formandskabet ml. de tre geografier i efter rækkefølgen: Hovedstaden, Skåne, Sjælland. En forudsætning for at have formandsposten er dog, at mindst 50 pct. af kommunerne (målt i befolkningstal) indgår i samarbejdet.

Administrativ styregruppe:

Bestyrelsen for The Greater Copenhagen & Skåne Committee betjenes af en administrativ styregruppe, der sikrer, at medlemsorganisationerne eksekverer de beslutninger, som bestyrelsen træffer. Styregruppen udpeger en formand, som har til opgave at sikre koordinering med formandskabet og at sikre styregruppens eksekvering af bestyrelsens beslutninger.

Indtil andet besluttet, varetager Region Hovedstaden formandsposten i den administrative styregruppe og Region Skåne varetager næstformandsposten.

Evaluerings efter 3 år

Arbejdet i Greater Copenhagen & Skåne Committee evalueres efter tre år (inden udgangen af 2018). Evalueringen skal bl.a. omhandle opnåede resultater og størrelse samt sammensætning bestyrelse og formandskab.

Politisk överenskommelse mellan parterna bakom The Greater Copenhagen & Skåne Committee

The Greater Copenhagen & Skåne Committee är en politisk kommitté för kommunala och regionala myndigheter i Skåne, Huvudstaden och Själland. Syftet med organisationen The Greater Copenhagen & Skåne Committee är att öka tillväxten och sysselsättningen i den gemensamma storstadsregionen.

Utgångspunkten och målet är att alla tre regioner och 79 kommuner i den gemensamma regionen deltar i samarbetet och det handlar om ett jämlikt samarbete mellan de tre regionala geografiska områdena med fokus på de gemensamma styrkorna.

The Greater Copenhagen och Skåne Committee skapas genom en ombildning av Öresundskommittén, eftersom det finns ett behov av mer beslutskraftig kommitté med ökat fokus på tillväxt och sysselsättning. På den danska sidan har alla kommuner varit medlemmar i Öresundskommittén via kommunkontaktråden. Detta har dock inte varit fallet i Skåne, där endast regionen och de större kommunerna har varit representerade. Det finns därför en politisk enighet om en modell som tar hänsyn till att inte alla kommuner nödvändigtvis ingår i samarbetet inledningsvis. Nedan beskrivs en modell för fördelning av styrelseposter, ordförandeskap etc., där det finns en politisk samsyn mellan parterna:

Antalet styrelseposter

Styrelsen är beslutande organ. Som utgångspunkt och vid fullt deltagande från alla kommuner består styrelsen av 18 folkvalda politiker, varav 9 ledamöter utses från regionerna och kommunerna i Hovedstaden och Själland och 9 från regionen och kommunerna i Skåne.

De enskilda geografiska regionerna kommer överens sinsemellan hur styrelseposterna skall fördelas.

Från Huvudstaden är representanterna i styrelsen:

1. Ordföranden för Region Hovedstaden
2. Ordföranden för KKR Hovedstaden
3. Vice ordföranden för KKR Hovedstaden
4. Överborgmästaren i Köpenhamns kommun
- 5.

Från Själland är representanterna i styrelsen:

6. Ordföranden för Region Själland
7. Ordföranden för KKR Själland
8. Vice ordföranden för KKR Själland
- 9.

Från Skåne är representanterna i styrelsen:

1. Ordföranden i regionstyrelsen, Region Skåne
2. Representant från Region Skåne

Punkt nr. 9 - Udpegning til bestyrelsen for The Greater Copenhagen & Skåne Committee

Bilag 1 - Side -5 af 6

3. Representant från Region Skåne
4. Malmö stad
5. Helsingborg stad
6. Lunds kommun
7. Kristianstads kommun
8. Kommunförbundet Skåne
9. En plats som roterar mellan Hässleholm, Landskrona, Trelleborg

Om inte alla kommuner (mätt efter befolkningsmängd) i östra Danmark eller södra Sverige ingår i samarbetet, minskas antalet styrelseposter på den aktuella sidan av Öresund på följande sätt (se även stadgarna § 4, punkt. 5):

100-90 procent: 9 medlemmar
90-80 procent: 8 medlemmar
80-70 procent: 7 medlemmar
70-60 procent: 6 medlemmar
60-50 procent: 5 medlemmar
50-40 procent: 4 medlemmar

Ordförandeskap

Ordförandeskapet består av tre personer – en ordförande och två vice ordföranden som utses av de tre regionala geografiska områdena för 1 år åt gången. Ordförandeskapet består av både kommunala och regionala företrädare, så att åtminstone en av de två vice ordförande väljs bland kommunala styrelseledamöter, under perioder med en regional styrelses ordförande och åtminstone en av de regionala representanterna under perioder av en kommunal styrelses ordförande.

För att ett geografiskt område ska få del av ordförandeskapet, är det en förutsättning att minst 50 procent av kommunerna (mätt i befolkningsmängd) i regionen ingår i The Greater Copenhagen & Skåne Committee.

Rotation av ordförandeskap

Ordförandeposten växlas mellan de tre regionala geografiska områdena för ett år i taget. Om *alla* tre regioner och 79 kommuner ingår i samarbetet finns det enighet om att rotationen sker enligt nedanstående modell (det är en 60/40-modell), som tar hänsyn till regional- och kommunalval i både Danmark och Sverige.

- 2016 Hovedstaden
- 2017 Skåne (kommunalval/regionsrådsval i Danmark)
- 2018 Själland (kommunalval/regionsrådsval i Sverige)
- 2019 Hovedstaden
- 2020 Själland
- 2021 Skåne (kommunalval/regionsrådsval i Danmark)
- 2022 Hovedstaden (kommunalval/regionsrådsval i Sverige)
- 2023 Skåne

Punkt nr. 9 - Udpegning til bestyrelsen for The Greater Copenhagen & Skåne Committee

Bilag 1 - Side -6 af 6

- 2024 Sjælland/Hovedstaden
- 2025 Skåne (kommunalval/regionsrådsval i Danmark)

Annars växlar ordförandeskapet mellan de tre geografiska områden i följande ordning: Hovedstaden, Skåne, Sjælland. En förutsättning för att ha ordförandeskapet är dock att minst 50 procent av kommunerna (mätt i befolkningsmängd) ingår i samarbetet.

Administrativ styrgrupp:

Styrelsen för The Greater Copenhagen & Skåne Committee betjänas av en administrativ styrgrupp som säkerställer att medlemsorganisationerna verkställer de beslut som styrelsen fattar. Styrgruppen utser en ordförande som har till uppgift att säkerställa samordning med ordförandeskapet och se till att styrgruppen verkställer styrelsens beslut.

Fram till dess något annat beslutas, har Region Hovedstaden ordförandeskapet i den administrativa styrgruppen och Region Skåne har vice-ordförandeskapet.

Utvärdering efter 3 år

Arbetet i The Greater Copenhagen & Skåne Committee ska utvärderas efter tre år (innan utgången av 2018). Utvärderingen ska bland annat handla om uppnådda resultat och storlek samt sammansättning av styrelsen och ordförandeskapet.

Vedtægter for The Greater Copenhagen & Skåne Committee

§ 1 Den overordnede målsætning med The Greater Copenhagen & Skåne Committee

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committee er en politisk komité for kommunale og regionale myndigheder i Skåne, Hovedstaden og Sjælland. Hovedstaden består af Region Hovedstaden og 29 kommuner. Sjælland består af Region Sjælland og 17 kommuner. Skåne består af Region Skåne og 33 kommuner.

§ 2 Formål

1. Greater Copenhagen & Skåne Committee har til formål at øge bæredygtig vækst og beskæftigelse.
2. Komitéen skal:
 - Understøtte den fælles markedsføring af "Greater Copenhagen".
 - Arbejde for at skabe en stærk international infrastruktur.
 - Understøtte tiltrækningen af investorer, turister, virksomheder og talenter.
 - Arbejde for en integreret og bæredygtig vækstregion, herunder understøtte et sammenhængende arbejdsmarked og arbejde for at påvirke de lovgivninger og grænsehindringer, der vurderes at være barrierer for vækst.
 - Etablere fælles strategiske erhvervsindsatser.

§ 3 Medlemmer og basistjenester

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committee er en medlemsorganisation for kommuner og regioner i Skåne, Hovedstaden og Sjælland. Som medlem af komitéen forpligter kommuner og regioner sig til at engagere sig i samarbejdet og får gavn af The Greater Copenhagen & Skåne Committees basistjenester, jf. § 9.
2. Det besluttende organ i The Greater Copenhagen & Skåne Committee er en bestyrelse bestående af politiske repræsentanter fra hver side af sundet, jf. § 4.

§ 4 The Greater Copenhagen & Skåne Committees bestyrelse

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committees bestyrelse består af 18 folkevalgte politikere, hvoraf 9 medlemmer udpeges fra regionerne og kommunerne i Hovedstaden og Sjælland og 9 medlemmer fra regionen og kommunerne i Skåne.
2. Bestyrelsen kan invitere eksterne parter som observatører uden stemmeret. Det kan eksempelvis være repræsentanter for virksomheder, erhvervsfremmeaktører, klyngeorganisationer og vidensinstitutioner.
3. Møderne er ikke offentlige.
4. Såfremt ikke alle kommunerne i en region indgår i samarbejdet reduceres antallet af bestyrelsesposter i henhold til politisk aftale herom.
5. Der vælges ikke suppleanter for medlemmerne af bestyrelsen.
6. Bestyrelsen godkender overordnet handlingsplan, årsberetning, regnskab, budget og vedtægter.
7. Hvert medlem har en stemme. Beslutninger træffes ved almindelig stemmeflerhed. Står stemmerne lige, er formandens stemme afgørende.
8. Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når mindst halvdelen af bestyrelsens medlemmer, er til stede.
9. Bestyrelsen indkaldes mindst fire gange årligt med mindst 4 ugers varsel. Dagsordenen for møderne skal være medlemmerne i hænde senest 1 uge før mødet. Forslag, som ønskes behandlet på bestyrelsens møder, skal være formanden i hænde senest 3 uger før mødets afholdelse. Hvis 1/2 af medlemmerne i bestyrelsen forlanger det, skal formanden straks indkalde til ekstraordinært møde med det ovenfor anførte varsel.
10. Bestyrelsens beslutninger indføres under møderne i et beslutningsreferat. Formanden tilkendegiver, hvad der skal indføres. Ethvert medlem kan forlange sin afvigende mening kort tilført beslutningsprotokollen. Referatet godkendes af formanden og fremsendes til bestyrelsen.

11. De politiske beslutninger og indsatser er bundet op på de enkelte organisationers aktiviteter via styregruppen med deltagere på direktørniveau, jf. § 7.

§ 5 Formandskab

1. Formandskabet består af tre personer – en formand og to næstformænd der udpeges af de tre regionale geografier for 1 år ad gangen. Der er aftalt en model for rotation af formandsposten, der tager højde for tilslutningen til samarbejdet i den enkelte geografi.
2. Formandskabet sammensættes af både kommunale og regionale repræsentanter, således at mindst en af næstformændene vælges blandt de kommunale bestyrelsesmedlemmer, i perioder med en regional bestyrelsesformand og mindst en blandt de regionale repræsentanter i perioder med en kommunal bestyrelsesformand.
3. Formandskabet repræsenterer bestyrelsen mellem møderne.
4. Formandskabet forbereder dagsordenen til bestyrelsesmøderne i dialog med formanden for styregruppen.

§ 6 Politiske arbejdsgrupper

1. Bestyrelsen for The Greater Copenhagen & Skåne Committee kan efter behov nedsætte politiske arbejdsgrupper til at løse specifikke, afgrænsede opgaver.
2. Ved nedsættelsen af en politisk arbejdsgruppe besluttet samtidig, hvor lang tid arbejdsgruppen skal fungere.
3. De politiske arbejdsgrupper har indstillingsret til bestyrelsen.

§ 7 The Greater Copenhagen & Skåne Committees styregruppe og koordinationsgruppe

1. Bestyrelsen for The Greater Copenhagen & Skåne Committee betjenes af en styregruppe, der sikrer, at medlemsorganisationerne eksekverer de beslutninger, som bestyrelsen træffer.
2. Styregruppen består af embedsmænd på direktørniveau, som svarer til repræsentationen i bestyrelsen.
3. Styregruppen udpeger en formand og en næstformand for styregruppen. Formandens opgave er at sikre koordinering med formandskabet og at sikre styregruppens eksekvering af bestyrelsens beslutninger.
4. Styregruppeformandens organisation skal levere mindst fire årsværk til at lede koordinationsgruppen, jf. stk. 5.
5. Betjeningen af styregruppen sker i en tværgående koordinationsgruppe med embedsmænd fra de organisationer, som er repræsenteret i bestyrelsen. Organisationerne skal hver stille med mindst 1 repræsentant til koordinationsgruppen. Koordinationsgruppen mødes som minimum én gang om måneden.

§ 8 The Greater Copenhagen & Skåne Committees sekretariat

1. Sekretariatet for The Greater Copenhagen & Skåne Committee har til opgave at håndtere det praktiske omkring komitéens møder, afholdelse af mindst én konference årligt samt økonomistyring af komitéens midler mv.
2. The Greater Copenhagen & Skåne Committees sekretariat består af en sekretariatsleder og få medarbejdere.
3. Styregruppen træffer beslutning om ansættelse og afskedigelse af en sekretariatsleder samt sekretariatslederens nærmere ansættelsesvilkår. Beslutning om ansættelse, afskedigelse og ansættelsesvilkår i øvrigt for sekretariatet træffes af sekretariatslederen.

§ 9 Årlig handlingsplan for The Greater Copenhagen & Skåne Committee

1. Bestyrelsen vedtager årligt en handlingsplan for arbejdet i The Greater Copenhagen & Skåne Committee, der udpeger hvilke strategiske målsætninger og ønskede resultater, der forfølges. Handlingsplanen skal sikre, at arbejdet i komitéen er fokuseret på at skabe vækst og arbejdspladser i

Skåne, Hovedstaden og Sjælland. Af handlingsplanen skal det fremgå, hvilke basistjenester organisationen stiller til rådighed for sine medlemmer.

2. Handlingsplan og beretning forelægges medlemsorganisationerne på et årligt topmøde.

§ 10 Finansiering

1. Medlemmerne finansierer komitéens drift ved bidrag. Medlemsbidraget betales forud for hvert regnskabsår og forfalder til betaling senest ved udgangen af januar måned i budgetåret.

Betalingsforpligtelsen for det enkelte regnskabsår består uanset udmeldelse i løbet af året.

2. Udgifterne deles lige mellem regioner og kommuner i Skåne på den ene side, og Hovedstaden og Sjælland på den anden side. Den videre fordeling mellem de tre regionale geografier sker efter aftale mellem de respektive parter.

3. Til indsatsområder og initiativer kan der ansøges om yderligere bevillinger eller bidrag fra medlemmerne, andre interessenter, fonde, offentlige myndigheder mv.

§ 11 Regnskab og budget

1. Sekretariatet forbereder sammen med koordinationsgruppen overordnet budget samt kontingent (medlemsbidrag) til fremlæggelse for beslutning i The Greater Copenhagen & Skåne Committee i maj måned. Budgettet understøtter bestyrelsens årlige handlingsplan. Det af komiteen godkendte budget fremsendes til finansieringsparterne.

2. Regnskabsåret er kalenderåret. Hvert år i maj måned aflægges det reviderede regnskab for det forgangne år for komiteen. Regnskabet sendes derefter til finansieringsparternes godkendelse, jf. § 12.

§ 12 Driftsudgifter mv.

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committee finansierer driften af sekretariatet, herunder husleje. Desuden finansieres basistjenesterne, evt. med frivillige bidrag fra medlemsorganisationer og andre organisationer og fora – eks. vækstfora og Interreg – ligesom bestyrelsen kan vælge at anvende frie midler til at udmønte vedtagne strategiske indsatser.

2. Udgifter til diæter, ophold, transport ol. for medlemmer af komiteen og komiteens bestyrelse, styregruppe, koordinationsgruppe og sekretariat afholdes af medlemsorganisationerne selv.

§ 13 Revision

Komiteen udpeger hvert år en ekstern revisor og suppleant for denne.

§ 14 Vedtægtsændringer

Ændringer af The Greater Copenhagen & Skåne Committees vedtægter kræver beslutning i to på hinanden følgende møder i komiteen med et flertal på 3/4 af samtlige bestyrelsesmedlemmer.

§ 15 Opløsning

1. Opløsning af The Greater Copenhagen & Skåne Committee kræver beslutning i to på hinanden følgende møder i komiteen med et flertal på 3/4 af samtlige bestyrelsesmedlemmer.

2. Ved opløsning af The Greater Copenhagen & Skåne Committee fordeles overskud eller underskud mellem finansieringsparterne, jf. § 12, i forhold til deres bidrag det pågældende år.

§ 16 Udtrædelse

Et medlem af The Greater Copenhagen & Skåne Committee kan udtræde af samarbejdet med et halvt års varsel.

§ 17 Nye medlemmer i Greater Copenhagen & Skåne Committee

Optagelse af nye medlemmer i The Greater Copenhagen & Skåne Committee kan ske efter godkendelse i bestyrelsen.

§ 18 Ikrafttræden

Vedtægterne træder i kraft 1. januar 2016.

Stadgar för The Greater Copenhagen & Skåne Committee

§ 1 Den övergripande målsättningen med The Greater Copenhagen & Skåne Committee

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committee är en politisk kommitté för kommunala och regionala myndigheter i Skåne, Huvudstaden och Själland. Huvudstaden består av Region Hovedstaden och 29 kommuner. Själland består av Region Sjælland och 17 kommuner. Skåne består av Region Skåne och 33 kommuner.

§ 2 Syfte

1. Greater Copenhagen & Skåne Committee syftar till att öka hållbar tillväxt och sysselsättning.
2. Kommittén ska:
 - Stödja den gemensamma marknadsföringen av "Greater Copenhagen".
 - Arbeta för att skapa en stark internationell infrastruktur.
 - Arbeta för att locka investerare, turister, företag och talanger.
 - Arbeta för en integrerad och hållbar tillväxtregion, bland annat genom att understödja integreringen av arbetsmarknaden och försöka påverka den lagstiftning och de gränshinder som bedöms utgöra hinder för tillväxt.
 - Skapa gemensamma strategiska näringslivssatsningar.

§ 3 Medlemmar och grundläggande tjänster

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committee är en medlemsorganisation för kommuner och regioner i Skåne, Huvudstaden och Själland. Som medlem i kommittén åtar sig kommuner och regioner att engagera sig i samarbetet och får nytta av The Greater Copenhagen & Skåne Committees grundläggande tjänster, jfr § 9.
2. Det beslutande organet i The Greater Copenhagen & Skåne Committee är en styrelse bestående av politiska representanter från vardera sidan av sundet, jfr § 4.

§ 4 The Greater Copenhagen & Skåne Committees styrelse

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committees styrelse består av 18 folkvalda politiker, varav 9 ledamöter utses från regionerna och kommunerna i Huvudstaden och Själland och 9 från regionen och kommunerna i Skåne.
2. Styrelsen kan bjuda in externa parter som observatörer utan rösträtt. Det kan till exempel vara representanter för företag, företagsfrämjare, klusterorganisationer och kunskapsinstitutioner.
3. Mötena är inte offentliga.
4. Om inte alla kommunerna i en region ingår i samarbetet, minskas antalet styrelseposter enligt den politiska överenskommelsen om detta.
5. Det utses inga ersättare för styrelseledamöterna.
6. Styrelsen godkänner den övergripande handlingsplanen, årsberättelsen, räkenskaperna, budgeten och stadgarna.
7. Varje ledamot har en röst. Beslut fattas med enkel majoritet. Är rösterna lika är ordförandes röst avgörande.
8. Styrelsen är beslutsamässig när minst hälften av styrelseledamöterna är närvarande.
9. Styrelsen sammankallas minst fyra gånger per år med minst fyra veckors varsel. Dagordningen ska vara ledamöterna tillhanda senast en vecka före mötet. Förslag som man önskar behandla på styrelsens sammanträden ska vara ordföranden tillhanda senast tre veckor före mötesdagen. Om hälften av ledamöterna i styrelsen så begär ska ordföranden omedelbart inkalla till ett extraordinärt möte med ovan angivet varsel.
10. Styrelsens beslut antecknas under mötet i ett protokoll. Ordföranden anger vad som ska skrivas in i protokollet. Varje ledamot har rätt att i korthet få antecknat en avvikande uppfattning till protokollet. Referatet godkänns av ordföranden och skickas ut till styrelsen.

11. De politiska besluten och insatserna är bundna till enskilda organisationers aktiviteter via styrgruppen med deltagare på direktörsnivå, jfr § 7.

§ 5 Ordförandeskap

1. Ordförandeskapet består av tre personer – en ordförande och två vice ordföranden som utses från de tre regionala geografiska områdena för 1 år åt gången. Det finns en överenskommelse om en modell för rotation av ordförandeposten som tar hänsyn till kommunernas deltagande i de enskilda geografiska områdena.
2. Ordförandeskapet består av både kommunala och regionala företrädare, så att åtminstone en av de två vice ordförande väljs bland kommunala styrelseledamöter, under perioder med en regional styrelses ordförande och åtminstone en av de regionala representanterna i perioder av en kommunal styrelses ordförande.
3. Ordförandeskapet representerar styrelsen mellan mötena.
4. Ordförandeskapet förbereder dagordningen till styrelsemötena i dialog med ordföranden för styrgruppen.

§ 6 Politiska arbetsgrupper

1. Styrelsen för The Greater Copenhagen & Skåne Committee kan efter behov tillsätta politiska arbetsgrupper för att lösa specifika, avgränsade uppgifter.
2. När en politisk arbetsgrupp tillsätts beslutas det samtidigt hur lång tid arbetsgruppen ska vara verksam.
3. De politiska arbetsgrupperna har förslagsrätt till styrelsen.

§ 7 The Greater Copenhagen & Skåne Committees styrgrupp och koordinationsgrupp

1. Styrelsen för The Greater Copenhagen & Skåne Committee betjänas av en styrgrupp som säkerställer att medlemsorganisationerna verkställer de beslut som styrelsen fattar.
2. Styrgruppen består av tjänstemän på direktörsnivå, som motsvarar representationen i styrelsen.
3. Styrgruppen utser en ordförande och en vice ordförande för styrgruppen. Ordförandens uppgift är att säkerställa samordning med ordförandeskapet och att säkerställa att styrgruppen verkställer styrelsens beslut.
4. Styrgruppsordförandens organisation ska leverera minst fyra årsverken till ledning av koordinationsgruppen, jfr punkt 5.
5. Betjänandet av styrgruppen sker i en tvärgående koordinationsgrupp med tjänstemän från de organisationer som är representerade i styrelsen. Organisationerna ska bidra med minst en representant till koordinationsgruppen. Koordinationsgruppen sammanträder som minimum en gång i månaden.

§ 8 The Greater Copenhagen & Skåne Committees sekretariat

1. Sekretariatet för The Greater Copenhagen & Skåne Committee har till uppgift att hantera det praktiska kring kommitténs möten, hålla minst en konferens om året samt hålla i den ekonomiska styrningen av kommitténs medel med mera.
2. The Greater Copenhagen & Skåne Committees sekretariat består av en sekretariatschef och få medarbetare.
3. Styrgruppen fattar beslut om anställning och uppsägning av sekretariatschef samt om sekretariatschefens närmare anställningsvillkor. Beslut om anställning, uppsägning och anställningsvillkor i övrigt för sekretariatet fattas av sekretariatschefen.

§ 9 Årlig handlingsplan för The Greater Copenhagen & Skåne Committee

1. Styrelsen antar årligen en handlingsplan för arbetet i The Greater Copenhagen & Skåne Committee, som anger vilka strategiska målsättningar och önskade resultat som ska fullföljas. Handlingsplanen ska säkerställa att arbetet i kommittén är fokuserat på att skapa tillväxt och arbetstillfällen i Skåne,

Huvudstaden och Sjölland. Av handlingsplanen ska det framgå vilka grundläggande tjänster organisationen ställer till förfogande för sina medlemmar.

2. Handlingsplan och rapport presenteras för medlemsorganisationerna vid ett årligt toppmöte.

§ 10 Finansiering

1. Medlemmarna finansierar driften av kommittén genom bidrag. Medlemsbidraget betalas i förskott för varje räkenskapsår och förfaller till betalning senast vid januari månads utgång under budgetåret.

Betalningsskyldigheten för det enskilda räkenskapsåret består trots uppsägning under året.

2. Kostnaderna delas lika mellan regioner och kommuner i Skåne på ena sidan och i Huvudstaden och Sjölland på den andra sidan. Den övriga fördelningen mellan de tre regionala geografiska områdena sker efter avtal mellan de respektive parterna.

3. Till insatsområden och initiativ kan man ansöka om ytterligare stöd eller bidrag från medlemmarna, andra intressenter, fonder, offentliga myndigheter etc.

§ 11 Räkenskap och budget

1. Sekretariatet förbereder tillsammans med koordinationsgruppen den övergripande budgeten samt kontingent (medlemsbidraget) att framläggas för beslut i The Greater Copenhagen & Skåne Committee i maj månad. Budgeten understödjer styrelsens årliga handlingsplan. Den av kommittén godkända budgeten översänds till finansieringsparterna.

2. Räkenskapsår är kalenderåret. Varje år i maj överlämnas de reviderade räkenskaperna för föregående år till kommittén. Räkenskaperna översänds därefter till finansieringsparterna för godkännande, jfr § 12.

§ 12 Driftskostnader etc.

1. The Greater Copenhagen & Skåne Committee finansierar driften av sekretariatet, däribland lokalhyran. Dessutom finansieras de grundläggande tjänsterna, eventuellt med frivilliga bidrag från medlemsorganisationer och andra organisationer och forum – exempelvis tillväxtforum och Interreg – samtidigt som styrelsen kan välja att använda fria medel till att genomföra de strategiska satsningar som antagits.

2. Kostnader för traktamenten, uppehåll, transport och liknande för medlemmar i kommittén och kommitténs styrelse, styrgrupp, koordinationsgrupp och sekretariat står medlemsorganisationerna själva för.

§ 13 Revision

Kommittén utser varje år en extern revisor och suppleant för denne.

§ 14 Stadgeändringar

Ändringar av The Greater Copenhagen & Skåne Committees stadgar kräver beslut vid två på varandra följande möten i kommittén med en majoritet på 3/4 av samtliga styrelseledamöter.

§ 15 Upplösning

1. Upplösning av The Greater Copenhagen & Skåne Committee kräver beslut vid två på varandra följande möten i kommittén med en majoritet på 3/4 av samtliga styrelseledamöter.

2. Vid upplösning av The Greater Copenhagen & Skåne Committee fördelas överskottet eller underskottet mellan finansieringsparterna, jfr § 12, i förhållande till deras bidrag innevarande år.

§ 16 Utträde

En medlem av The Greater Copenhagen & Skåne Committee kan utträda ur samarbetet med ett halvårs varsel.

§ 17 Nya medlemmar i The Greater Copenhagen & Skåne Committee

Antagning av nya medlemmar i The Greater Copenhagen & Skåne Committee kan ske efter godkännande i styrelsen.

§ 18 Ikraftträdande

Stadgarna träder i kraft den 1 januari 2016.

Budget 2016 for The Greater Copenhagen & Skåne Committee

Budget 2016 for The Greater Copenhagen & Skåne Committee		
Medarbejdere i nyt sekretariat		DKK 2.150.000
Husleje (Baseret på regnskab fra Øresundskomiteén)		DKK 200.000
Overhead (udgifter til revision, Shared Services Center, IT, kopimaskiner etc.)		DKK 650.000
Udgifter i forbindelse med revitaliseringen Fx til udarbejdelse af materiale for komiteen, lancering og andre udgifter		DKK 500.000
Basistjeneste 1: Redskaber til fælles markedsføring Copenhagen Capacity er i dag operatør på opgaven. Udgifterne skal bl.a. gå til udbredelse af Greater Copenhagen-brandet til Skåne. (Region Hovedstaden finansierer i dag brandarbejdet, investorportal og One Point Entry med i alt DKK 4,35 mio. via resultatkontrakten for Copenhagen Capacity i 2015-2018.)		DKK 1.000.000
Basistjeneste 2: Tiltrækning af virksomheder og talent	Udbredelse af One Point Entry til at dække Skåne	DKK 1.000.000
	Markedsføring og videreudvikling af Investorportalen	DKK 700.000
	Udbredelse af Investorportalen til også at dække Skåne	DKK 300.000
	Øvrige aktiviteter	DKK 500.000
Basistjeneste 3: Arbejdsmarkedsintegration - herunder arbejdet med grænsehindre		DKK 1.500.000
Basistjeneste 4: Nye fælles strategiske indsatser Medfinansiering til nye strategiske indsatser		DKK 1.500.000
To årlige konferencer		DKK 500.000
Buffer Til uforudsete eller ekstra udgifter		DKK 500.000
I alt		DKK 11.000.000

Fordeling af budgetudgifterne i Greater Copenhagen & Skåne Committee i 2016

Budgettet på DKK 11 mio. fordeles således:

- Hovedstadens og Sjællands tilskud: DKK 5 mio.
(Hovedstaden: DKK 3.416.000, Sjælland: DKK 1.584.000)¹
- Skånsk tilskud: DKK 5 mio.
- Nordisk Ministerråd: DKK 1 mio.
- I ALT: DKK 11 mio.

¹ Udregning baseret på befolkningstal

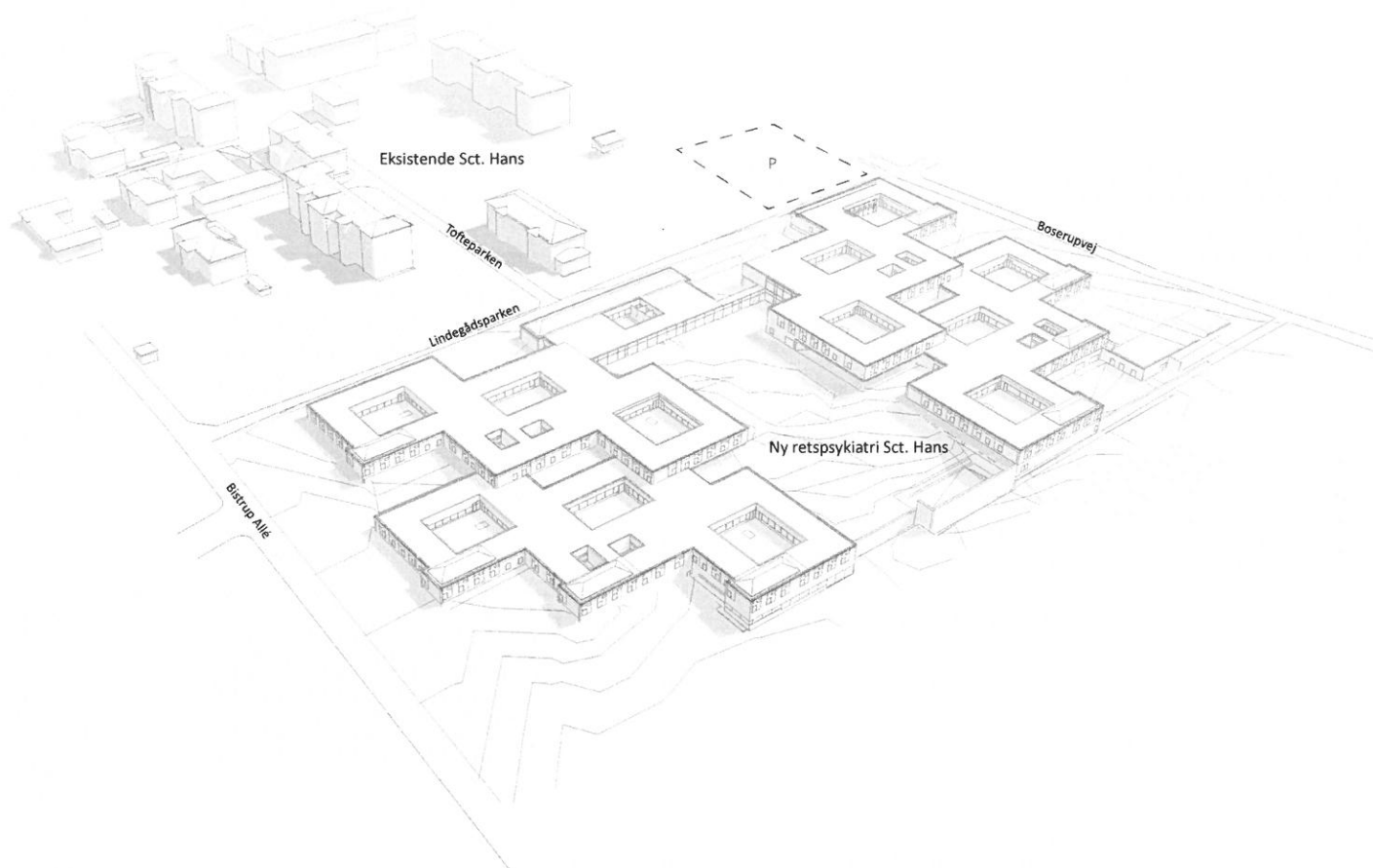
FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015



NY RETSPSYKIATRI SCT. HANS

Dispositionsforslag
December 2015

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans
Bilag 1 - Side -2 af 36



Fugleperspektiv af den nye retspsykiatri i sammenhæng med eksisterende bebyggelse på Sct. Hans øst

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -3 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

NY RETSPSYKIATRI SCT. HANS

DISPOSITIONSFORSLAG

December 2015

INDHOLD

1.0 INTRODUKTION

1.1	Baggrund for dispositionsforslaget	s. 2
1.2	Brugerinddragelse	s. 3
1.3	Byggefelt	s. 4
1.4	Myndighedsforhold	s. 4

2.0 PROJEKTETS DISPONERING

2.1	Bebyggelsesplan, veje, stier og parkering	s. 5
2.2	Arkitektur, bebyggelse og arkitektonisk idé	s. 6
2.3	Fleksibilitet og funktionalitet	s. 6
2.4	Bæredygtighed	s. 7
2.5	Disponering	s. 8
2.6	Snit	s. 10
2.7	Haver og udearealer	s. 12
2.8	Ankomstbygning	s. 13
2.9	Sengeenhed og sengeafsnit	s. 14
2.10	Sengestue, akutstue og skærmede sengestuer	s. 16
2.11	Fællesfunktioner, multihal, terapibassin, kulturhuset og udeområder	s. 18
2.12	Serviceområde, logistik	s. 19
2.13	Sikkerhed (sikringsanlæg)	s. 20
2.14	Indeklima	s. 20
2.15	Helende arkitektur	s. 21
2.16	Bygningsintegreret kunst	s. 21
2.17	Tilgængelighed	s. 21

3.0 MATERIALER OG OVERFLADER

3.1	Materialevalg	s. 22
3.2	Hygiejne	s. 23
3.3	Inventar og udstyr	s. 23

4.0 KONSTRUKTIONER, INSTALLATIONER

4.1	Beskrivelse af jordbundsforhold og konstruktion	s. 24
4.2	Beskrivelse og hovedprincipper for vvs/vent	s. 25
4.3	Beskrivelse og hovedprincipper for el	s. 27

5.0 BRANDSTRATEGI

		s. 29
--	--	-------

6.0 AREALER

6.1	Arealskemaer	s. 30
6.2	Rumskemaer, dRofus og drift og vedligehold	s. 32

7.0 ØKONOMI

7.1	Budget	s. 33
7.2	Overslag til entrepriseomkostninger	s. 33
7.3	Øvrige omkostninger	s. 33
7.4	Change Request	s. 33
7.5	Totaløkonomi	s. 33
7.6	Bygningsdelsoverslag	s. 33
7.7	Kvalitet- og risikostyring	s.34
7.8	Tid	s.35

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -4 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

1.0 INTRODUKTION

Kvalitetsfundsprojektet Ny Retsspsykiatri Sct. Hans er en vigtig brik i at skabe gode og sammenhængende psykiatriske behandlingstilbud for regionens retsspsykiatriske patienter.

Projektet tager afsæt i Region Hovedstadens Psykiatris visioner for fremtidens psykiatri, hvor patienten er i centrum. Der skabes rammer for integrerede og differentierede behandlingstilbud, herunder plads til bevægelse og aktivitet. De fysiske rammer er stimulerende og motiverende for patienter og personale, og projektet understøtter tilbud, der både kan skræddersys til patienternes individuelle behov og til karakteren af den retslige foranstaltning.

Projektets udgangspunkt er Region Hovedstadens Psykiatris visioner for kvalitetsfundsprojektet:

- At optimere behandlingstilbuddet
- Sikre trygge forhold for patienter og personale
- Skabe rammerne for differentierede behandlingstilbud
- Øge antallet af lukkede retsspsykiatriske sengepladser.

Ved etableringen af Ny Retsspsykiatri Sct. Hans opføres ca. 21.000m² nybyggeri med plads til i alt 126 retsspsykiatriske sengepladser, som vil sikre at flere patienter med retslig foranstaltning kan få en målrettet behandling.

Med afsæt i ovenstående samt efter en frugtbar brugerproces fremstår dispositionsforslaget, Ny Retsspsykiatri Sct. Hans som et effektivt og rationelt projekt i en menneskelig skala med fokus på at skabe trygge rammer både ude og inde, og signalere oplevelse og variation. Men også som et byggeri, hvor rammerne tilgodeser patienternes individuelle behov i forhold til behandling og meningsfulde aktivitetstilbud.

Der er ikke gået på kompromis med det oprindelige vinderprojekts idéer og tanker til de patientrelaterede faciliteter, og der vil med realisering af projektet blive skabt rammer for et behandlings- og arbejdsmiljø på et højt fagligt niveau, til glæde både for patienter og for personale.

1.1 Baggrund for dispositionsforslaget

I juni 2013 blev KHR Arkitekter A/S med underrådgiverne Rubow Arkitekter A/S, Rådgivende Ingeniørfirma Oluf Jørgensen A/S, Rådgivende Ingeniørfirma Spangenberg & Madsen A/S samt Opland Landskabsarkitekter ApS udpeget som vinder af konkurrencen om projekteringen af Ny Retsspsykiatri Sct. Hans.

Med baggrund i vinderprojektet blev der sammen med Roskilde Kommune, forud for opstarten af dispositionsforslagsfasen, gennemført en afklaring og forhandling af nogle planmæssige forhold og rammer for projektet. Roskilde Kommune fremsatte i den forbindelse supplerende myndighedskrav med betydning for projektets udformning og materialevalg og deraf økonomiske merudgifter. Der var, som følge heraf, først fælles grundlag for at påbegynde dispositionsforslagsfasen i september 2014. Under dispositionsforslagsfasen har det endog været nødvendigt at fortsætte en tæt dialog med Roskilde Kommune omkring de planmæssige krav, idet Roskilde Kommune i forhold til et sædvanligt niveau for en lokalplan har fremsat yderligere omfattende og detaljerede krav til projektet.

Milepæle:

Endeligt tilsagn fra Kvalitetsfonden i september 2012

Byggeprogram forelå marts 2012

Konkurrenceprogram forelå august 2012

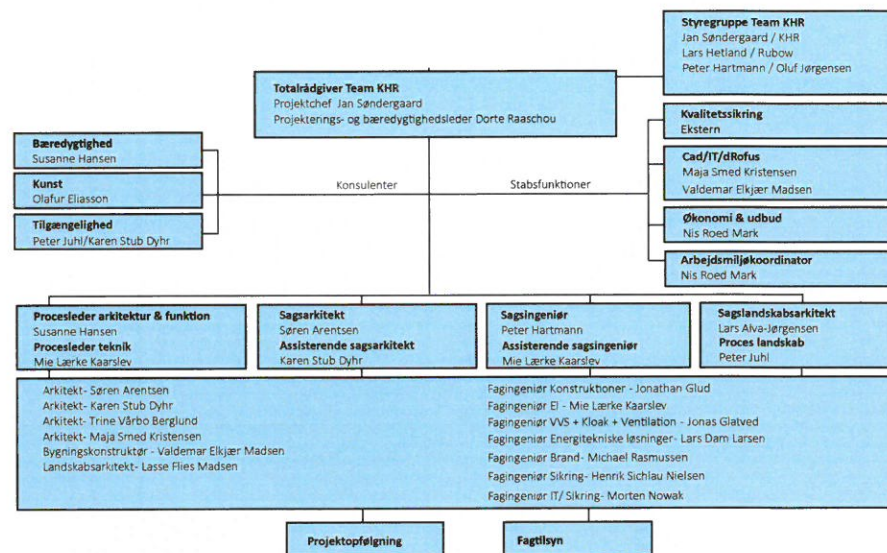
Konkurrence fase 1 - afsluttet januar 2013

Konkurrence fase 2 - afsluttet juni 2013

Dispositionsforslag afsluttet september 2015.

Dispositionsforslagsfasen er gennemført i en 3-faset brugerdialog, der har involveret et stort udsnit af personale og ledelse på PC Sct. Hans. Dialogen med brugerne har dannet grundlag for en viderebearbejdning af vinderprojektet fra juni 2013 til nærværende dispositionsforslag. Undervejs i processen med udarbejdelsen af dispositionsforslaget viste et økonomisk midtvejsoverslag, at projektet var under et stærkt økonomisk pres, som følge af de supplerende myndighedskrav fra Roskilde Kommune, indkommende erfaringstal fra lignende byggesager samt som følge af de særlige krav i retsspsykiatrien til sikring, sikkerhed, brand, indeklima m.v. Derfor er der i foråret 2015, gennemført en optimering af projektet, hvor etagearealet er reduceret og projektet er gjort mere bygbart for at balancere projektet i forhold til det styrende budget.

Organisationsdiagram som beskriver totalrådgivers interne organisering i rådgivergruppen



Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -5 af 36

1.2 Brugerinddragelse

Dispositionsforslaget er udarbejdet parallelt med afvikling af en brugerproces som blev afsluttet i foråret 2015. Brugerprocessen var baseret på 5 gennemgående brugergrupper:

Gruppe 1: Sengeenhed

Gruppe 2: Fællesaktiviteter, ude og inde

Gruppe 3: Ankomstbygning og personalefaciliteter

Gruppe 4: Logistik

Gruppe 5: Drift og teknik

Hver brugergruppe var tværfagligt sammensat og organiseret omkring en gennemgående gruppeformand. Der har deltaget arbejdsmiljørepræsentanter i gruppe 1, 2, 3 og 5. Totalrådgiver har deltaget med repræsentanter fra alle tekniske fag i alle grupper.

Dispositionsforslaget er præsenteret for patienter og pårørende i november 2015 som opfølgning på inddragelsen, som er foregået til og med programskrivningen.

Brugerprocessen blev indledt med et 'kick off', hvor konkurrenceprojektet blev grundigt introduceret og rammerne for brugerprocesforløbet blev sat. Der er efterfølgende afviklet 3 arbejds møder i hver gruppe, hvor brugernes input på møder er indarbejdet i det gennemgåede materiale.

Brugergrupperne har haft mulighed for at forberede sig på arbejds møder med udsendt materiale en uge inden de respektive møder. Alle møder er refereret successivt og lagt på intranettet, for at skabe transparens i beslutningsprocessen.

Brugerne har generelt forholdt sig til arbejdsgange, sikkerhed for personale og patienter, funktionskrav i forhold til arbejdsmiljø og behandling, og rumindretning af alle særlige rumtyper.

Tegningsmaterialet har været suppleret af både illustrationer, modeller og simple filmiske visualiseringer af områder med store krav til overskuelighed. Grupperne er introduceret til rumskemaer, og har generelt haft mulighed for at kommentere funktionskrav og bestykningskrav direkte på rumtegninger.



Undervejs i processen blev der bygget en 1:1 model af en sengestue som alle brugergrupper har haft mulighed for at prøve individuelt eller som fælles ekskursion.

Dispositionsforlagsfasen blev afsluttet med en samlet præsentation af dispositionsforslaget den 7. oktober 2015 for alle brugergrupperne.

Næste fase

Brugerinddragelsen i Projektforlagsfasen vil forløbe fra november 2015 til marts 2016. Det er fasen, hvor alt vedrørende byggeriet skal fastlægges med udgangspunkt i dispositionsforslaget. Her vil bl.a. udstyr, materialer og farver blive fastlagt. Grupperne er inddelt som i dispositionsforlagsfasen, men med en særlig gruppe omkring fastlæggelse af forhold omkring sikring og brand.

1.3 Byggefeltet

Ny Retsspsykiatri Sct. Hans etableres i forbindelse med den vestlige del af PC Sct. Hans Øst på et område, der afgrænses af Lindegårdsparken, Bistrup Allé og Boserupvej, samt en fredningslinje mod vest.

Byggegrunden, som udgør 40.100m² ligger på et diagonalt skrånende terræn, som falder 12 meter i nord-vestlig retning mod Roskilde Fjord.

Alle eksisterende bygninger på byggefeltet, Solhus, Enghus, Erhvervsterapien og Klinik-fysioterapibygningen skal nedrives for at skabe plads til nybyggeriet. Derfor er der behov for genhusning af patienter og personale på Sct. Hans.

Bygherre forestår genhusningen. De tidligere arbejder, som vil blive udført i 2016 til medio 2017, omfatter:

- Arkæologiske undersøgelser
- Nedrivning af erhvervsterapi og fysioterapi
- Omlægning af trykledning og 10 kV
- Ny afledning af overfladevand
- Nedrivning af Solhus og Enghus
- Etablering af parkeringsplads

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -6 af 36

1.4 Myndighedsforhold

Kvalitetsfundsprojektet for Ny Retsspsykiatri Sct. Hans er med nærværende dispositionsforslag viderebearbejdet i forhold til det vindende forslag fra rådgiverkonkurrencen, som blev afsluttet i sommeren 2013.

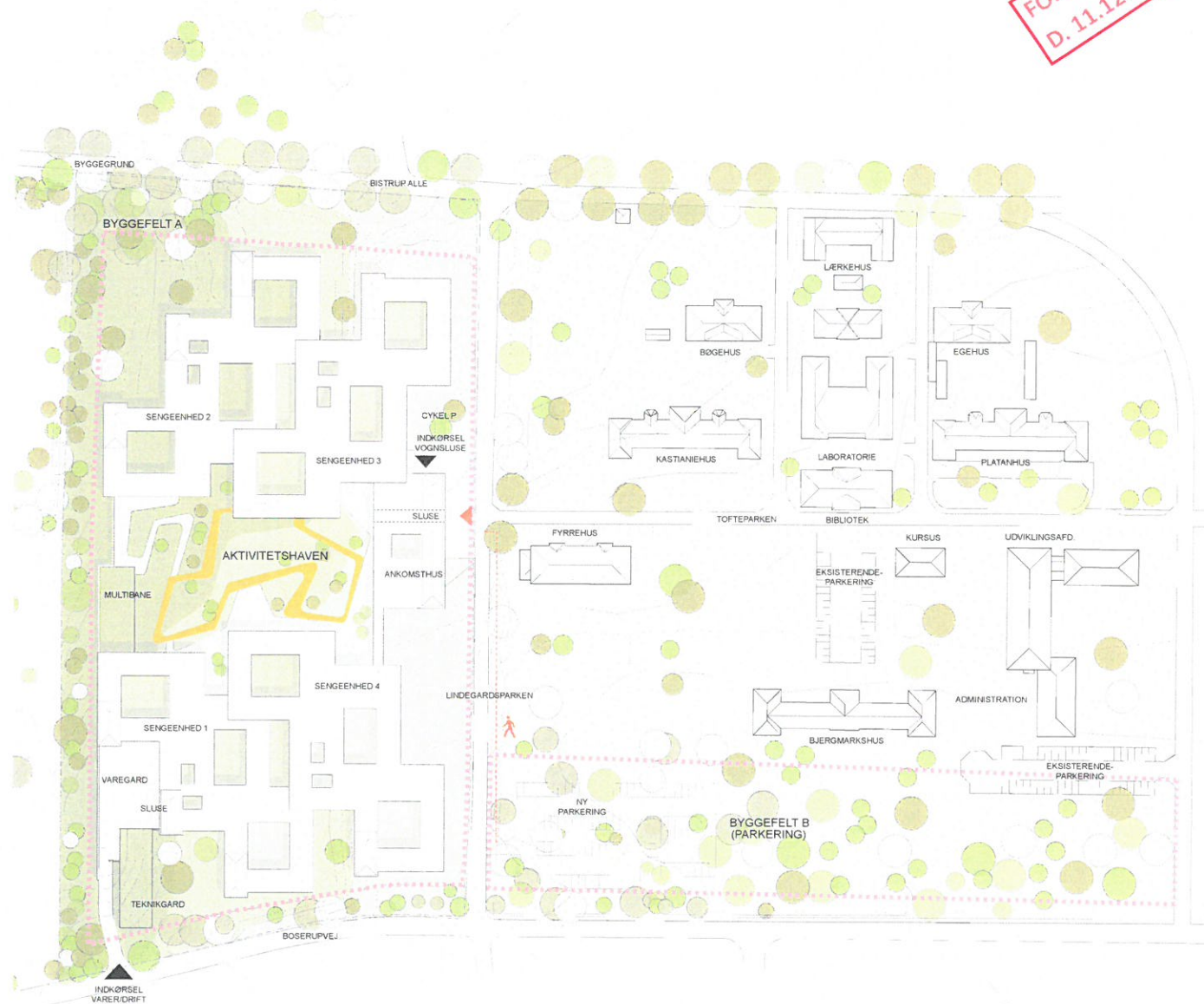
Forud for projektkonkurrencen havde Roskilde Kommune udarbejdet og vedtaget de planmæssige rammer for området i form af et 14-punkts program, som indgik i konkurrenceprogrammet for projektkonkurrencen. Alle de 3 projekter, som indgik i den afsluttende forhandling i konkurrencen i foråret 2013, opfyldte ud fra objektive kriterier Roskilde Kommunes 14-punkts program.

Inden den egentlige opstart af dispositionsforslaget blev det aftalt med Roskilde Kommune at gennemføre en fælles dialog om mindre tilpasninger og detaljeringer af vinderprojektet i efteråret 2013. Formålet var at processen omkring udarbejdelse af en lokalplan og udarbejdelsen af dispositionsforslaget efterfølgende kunne forløbe parallelt og gnidningsløst.

Som følge af de supplerende myndighedskrav fra Roskilde Kommune var det nødvendigt for Region Hovedstadens Psykiatri at indgå i et længere afklarende forløb med Roskilde Kommune for at sikre projektets funktionalitet for patienter og personale og reducere tillægsomkostninger som følge af de supplerende myndighedskrav. Den afklarende proces med Roskilde Kommune er således forløbet fra efterår 2013 og fortsat igennem hele dispositionsforslagsfasen, hvor også behovet for at optimere projektet for at skabe balance mellem budgettet og overslag over projektets omkostninger, har været udfordrende at få accept til fra planmyndigheden i Roskilde.

Der er i foråret 2015 indledt et samarbejde med Roskilde Kommune med henblik på udarbejdelse af lokalplan for området. Det forventes at lokalplanen vil blive sendt i høring primo 2016 og at en endelig godkendt lokalplan vil foreligge ultimo 2016.

Sideløbende med de planmæssige forhold har der fra medio 2014 pågået en dialog med brand- og bygningsmyndigheden omkring brandstrategien for projektet, der som følge af kravene til sikring og en udvendig perimeter, er en vigtig parameter for disponeringen og de tekniske løsninger i forhold til redning og indsats i en brandsituation. Endvidere har der været dialog med forsyningsselskaberne DONG og Roskilde Forsyning om varme-, vand- og elforsyning af byggeriet. Ligeledes er den fremtidige løsning for afledning af spildevand og overfladevand koordineret med både Roskilde Forsyning og myndigheden i Roskilde Kommune.



SITUATIONSPLAN 1:1000

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -7 af 36

2.0 PROJEKTETS DISPONERING

2.1 Bebyggelsesplan

Det eksisterende Sct. Hans Øst ligger symmetrisk på et plateau med Tofteparken som markant øst-vest gående akse. Den nye bebyggelse ligger for foden af plateauet på et byggefelt med et stærkt skrående terræn. I kraft af de topografiske forskelligheder adskiller Ny Retspsykiatri Sct. Hans sig derfor i sit strukturelle udlæg fra det eksisterende bygningskompleks.

Arkitektonisk og kontekstuel sammenbindes den nye bebyggelse med det eksisterende Sct. Hans ved sin retvinklede fortsættende struktur, der frembringer velkendte facadelængder mod omgivelserne. Brugen af tegl og karaktergivende motiver som fremspring i murværk refererer tydeligt til den eksisterende bebyggelse.

Den nye retspsykiatri har tæt behandlingsmæssig sammenhæng med naturen og etableres som et lavt byggeri, der følger terrænet. Landskabets topografi er indarbejdet i bygningens overordnede volumendisponering, så grund og bygning "skruer" sig ind i hinanden. Bygningen bliver en del af landskabet, og hele anlægget bliver overskueligt og nærværende.

Bebyggelsen er udlagt som et tosidigt anlæg med to sengeenheder grupperet på grundens nordlige del og to sengeenheder på grundens sydlige del omsluttede et fælles haveanlæg.

Ankomsthuset er placeret centralt på grundens østlige afgrænsning mod det eksisterende Sct. Hans med hovedindgang i direkte forlængelse af Tofteparken. Med sin centrale placering binder ankomsthuset sengeenhederne sammen, og der etableres naturligt en aktivitetshave i midten af anlægget. Mod vest afgrænses aktivitetshaven af en min. 4,5 meter høj ydre perimenter, som bl.a. fungerer som bande omkring den udendørs boldbane. Det er fra størstedelen af aktivitetshaven, samt fra ankomsthuset, muligt at se hen over haven og ud på det fredede naturområde.

Bebyggelsen afgrænser på en naturlig måde det samlede anlæg mod omgivelserne, og den ydre perimenter opnås uden at signalere indhegning. Langs aktivitetshaven forbinder en indendørs havegang hele anlægget. Som elementer tilknyttet havegangen er lagt en række fællesaktiviteter, herunder en multisal og et terapibassin, der begge grundet deres beliggenhed får udsigt over det smukke fredede område mod vest.

Direkte under havegangen og under terræn, forbindes anlægget af en servicegang hvorfra al forsyning ledes fra serviceområdet og ud til de fire sengeenheder, fællesaktiviteterne og ankomsthuset.

Vej, sti og parkering

Der er nem adgang til anlægget fra det øvrige Sct. Hans, og fra de eksisterende parkeringsområder ledes man naturligt mod hovedindgangen. Den nye parkering i område B underordner sig det eksisterende campuslandskab og størstedelen af den eksisterende beplantning bevares. Parkeringen brydes af grønne lommer med træer og buske.

I tilknytning til ankomstbygningen mod øst, er der disponeret en ankomstplads med udlagt parkeringsareal til cykler. Pladsen udføres i robuste materialer og indrettes med få beplantningselementer samt belysning der tilpasses den eksisterende belysning langs med Lindegårdsparken.

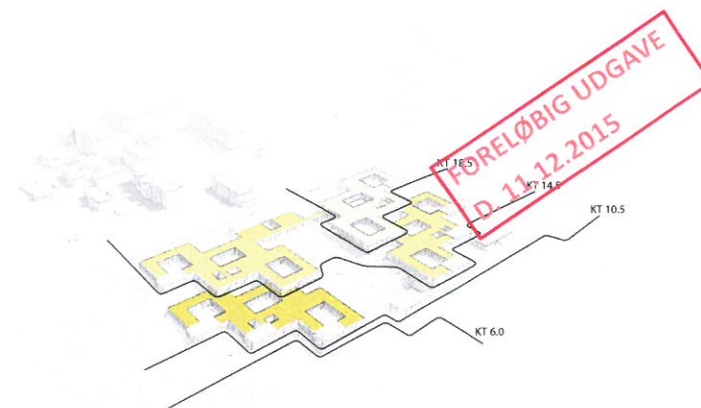
2.2 Arkitektur, bebyggelse og arkitektonisk idé

Ny Retspsykiatri Sct. Hans tager sit udspring i stedets store kvaliteter med fokus på at udnytte omgivelsernes iboende potentialer.

Projektet lader sig inspirere af stedets karakteristiske arkitektoniske elementer som tyngden og sammenhængen i materialer, proportioner, facadeornamenteringer som gesims og sokkelmotiver, samt det allestedsnærværende landskab.

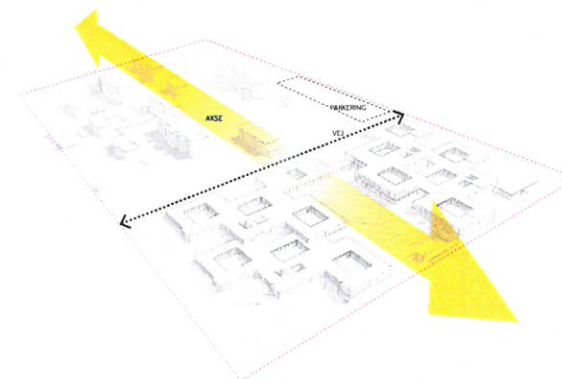
Facaderne i den nye bebyggelse opføres således i mursten afsluttet med gesims. Tage udføres generelt med grønne tage, mens ankomstbygningen, samt otte mindre tage over sengeenhederne, udføres som skifertage med direkte reference til det eksisterende Sct. Hans. Proportionerne ny-fortolkes, så bebyggelsen både refererer til de klassiske facadetakter og samtidig indpasser sig grundens terrænfald ved at lægge sig som rolige horizontale plateauer. En genfortolkning, der bidrager til at den nye bebyggelse vil blive oplevet som et nyt og naturligt bidrag til stedets identitet.

Bygningsdisponeringen giver optimale daglysforhold og et langt udsyn fra patienternes sengestuer. Udsyn til landskabet hen over de grønne tage, gør at bygningen bliver en naturlig del af grundens bevoksning og engdraget mod fjorden.



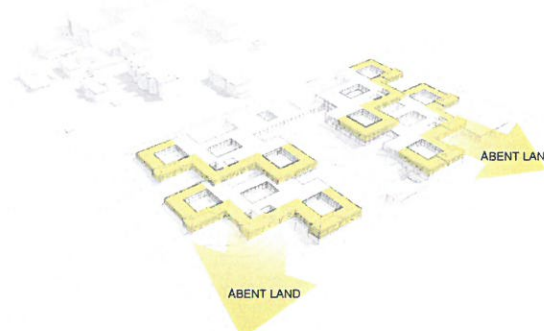
HOVEDGREB

Projektets disponering udspringer af landskabets naturlige fald. Det fremtidige Ny Retspsykiatri Sct. Hans placeres så det i store træk følger de bløde terrænenheder i form af fire overordnede koter.



AKSEN FORLÆNGES

Det store kig fra akse mod marker og skov i nordvest forbliver et markant udsyn fra det fremtidige, sikrede parkum. Ankomstbygningen optager akse fra eksisterende Sct. Hans



SENGEENHEDERNE

De 4 sengeenheder udlægges demokratisk på grunden i forhold til frie udsigtsforhold mod omgivelserne, men individuelt tilpasset terrænenhederne.

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -8 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

I kombination med bearbejdningen af bygningen, i forhold til kontekst og historie, arbejdes med at skabe fremtidens retsspsykiatri.

Den nye bebyggelse får en overskuelig og let aflæselig bygningsstruktur samt et professionelt udtryk, hvilket vil medvirke til at patienten føler sig tryk i situationen, og er betrygget i at modtage den rette behandling.

Overalt i anlægget fanges lys og udsigt ind ved hjælp af åbne partier mod landskabet og fjorden, gårdhaver og grønne tage. Udsigt og adgang til gårdhaver vil understøtte patientens aktivitetsmuligheder, og kontakten til naturen vil skabe positiv adspredelse for både patienter og personale.

2.3 Fleksibilitet og funktionalitet

Projektets fire væsentligste design-parametre; lys, luft, materialer og sikkerhed skal sikre et beskyttende og arkitektonisk afklaret behandlingsmiljø, med fokus på udnyttelse af grundens potentiale til gavn for både brugere og omgivelser.

I forbindelse med udviklingen af projektet er der stort fokus på det miljø, som skabes for brugerne, personale og patienter gennem de fysiske rammer i projektet.

Fokus er både på personalets fysiske arbejdsbetingelser samt de psykiske påvirkninger, som findes i miljøet, og som også er påvirkninger, der i høj grad gælder for patienterne. Projektets disponering er udformet, så det kan anvendes til behandlingsaktiviteter, hvor kravene til indretning og funktion løbende ændres. Der kan etableres skærmede (isolerede) områder i større og mindre enheder.

Fælles aktivitetsrum kan anvendes til flere typer gruppeaktiviteter, og spise-stuer kan anvendes til visse former for aktiviteter.

Bygningerne udformes så størst mulig fleksibilitet opnås. Det vil blive muligt at ombygge, så anlægget vil kunne huse andre størrelser af sengeafsnit i fremtiden. Dette opnås ved anvendelse af lette vægkonstruktioner, og ved at installationer placeres over nedhængt loft.



Ankomsthuset set fra Tofteparken

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -9 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

2.4 Bæredygtighed

Bæredygtighed er i byggeprogrammet og projektet defineret og prioriteret som følgende.

1. Sikkerhed
2. Arbejdsmiljø
3. Indeklima
4. Energi og CO2 udslip - energiforbrug og udledning i drift, materialeforbrug samt drift og vedligehold af bygningsanlæg og tekniske installationer
5. Vand - i forhold til forbrug og afløbning

Fokusområderne for projektet er opstillet med baggrund i visionen for projektet, ud fra indspil i brugerprocessen, ud fra totaløkonomiske indledende vurderinger, samt med baggrund i mulighederne i de aktuelle og forventede planforhold.

Sikkerhed

I projektets planløsning og indretning er der særlig fokus på overskuelighed og transparenens. Omgivelserne og de nødvendige tekniske løsninger er koordineret og udvalgt, så krav og ønsker til sikkerhed understøttes optimalt. Det gælder bl.a. at der vælges materialer som kan modstå angreb fra patienter og bygningselementer som fastgøres så de ikke kan demonteres og tilvirkes til våben.

Personalet udstyres med overfaldsalarmer, så der til enhver tid kan tilkaldes hjælp, og ved alarm vil det fremgå specifikt, i hvilket rum og hvem der har udløst alarmen.

I forhold til byggeprocessen planlægges et byggeri, som i videst muligt omfang undgår sikkerhedsmæssige udfordringer, samt anvendelse af materialer som ikke er farlige eller sundhedsskadelige i benyttelsen.

Disse tiltag videreføres i byggefasen af byggeledelsen, gennem planen for sikkerhed og sundhed.

Arbejdsmiljø

I projektet er der bredt fokus på det arbejdsmiljø som skabes for brugerne gennem de fysiske rammer. Det gælder især udsigt og udsyn til grønne omgivelser. Byggeriets disponering og transparenens gør det trygt at bevæge sig rundt, idet personale og patienter kan overskue og følge med i hvad der foregår. Funktionernes disponering muliggør at personalet kan være blandt patienterne, men også har mulighed for at trække sig tilbage til områder uden patienter.

Huset er opbygget i 4 ens sengeenheder, hvilket skaber ro og genkendelighed for personale, der ikke har deres daglige gang på et sengeaflsnit, men fx skal komme til hjælp ved alarm.

En sengeenhed består af to sengeaflsnit som deler personalefunktioner, hvilket medvirker til at skabe synergi blandt personalet, da man naturligt mødes i dagligdagen.

Det betyder også at personalet i de 2 sammenhængende sengeaflsnit er tæt, rent fysik, også i akut opståede situationer.

Indeklima

Luft-, varme-, lys- og lydforhold er centrale parametre i forhold til at skabe gode fysiske rammer for behandling af psykiatriske patienter, og har stort fokus fra brugerne og i projektet.

Projektet er disponeret med velproportionerede sengestuer med god rumhøjde, og med varieret dagslysforhold. Det samme gør sig gældende for gange og fællesarealer i sengeenhederne, hvor der her skabes en stærk kontakt og synlighed til de indre gårdhave. Opvarmning og køling i sengestuer er gennem mekanisk ventilation og projekteres, således at varme og "frisk lufttilførsel" kan styres fra sengestuen af patienten.

Energi og CO2 udslip

Projektet udføres som bygningsklasse 2020, som opnås ved gode u-værdier i klimaskærmen, god udnyttelse af dagslys, energieffektive installationer, samt en effektiv styring af indeklima og installationer.

Byggeriet forsynes med fjernvarme, som har høj energiudnyttelse og der kobles til det eksisterende fjernvarmenet der forsyner Sct. Hans.

Der er stort fokus på ressourceforbrug i den efterfølgende drifts- og vedligeholdelsesperiode, så der anvendes kendte og afprøvede teknologier og detaljer.

Grundlæggende vil der i projektet blive anvendt bæredygtige materialer med meget lang levetid, samt enkle og driftssikre detaljer.

Vand

Tagene på projektet udføres med grønne tage, som udover en visuel rekreativ funktion, vil medvirke til at forsinke regnvandet, og derved lette trykket på tagvandsafledningen til fjorden ved særligt skybrud.

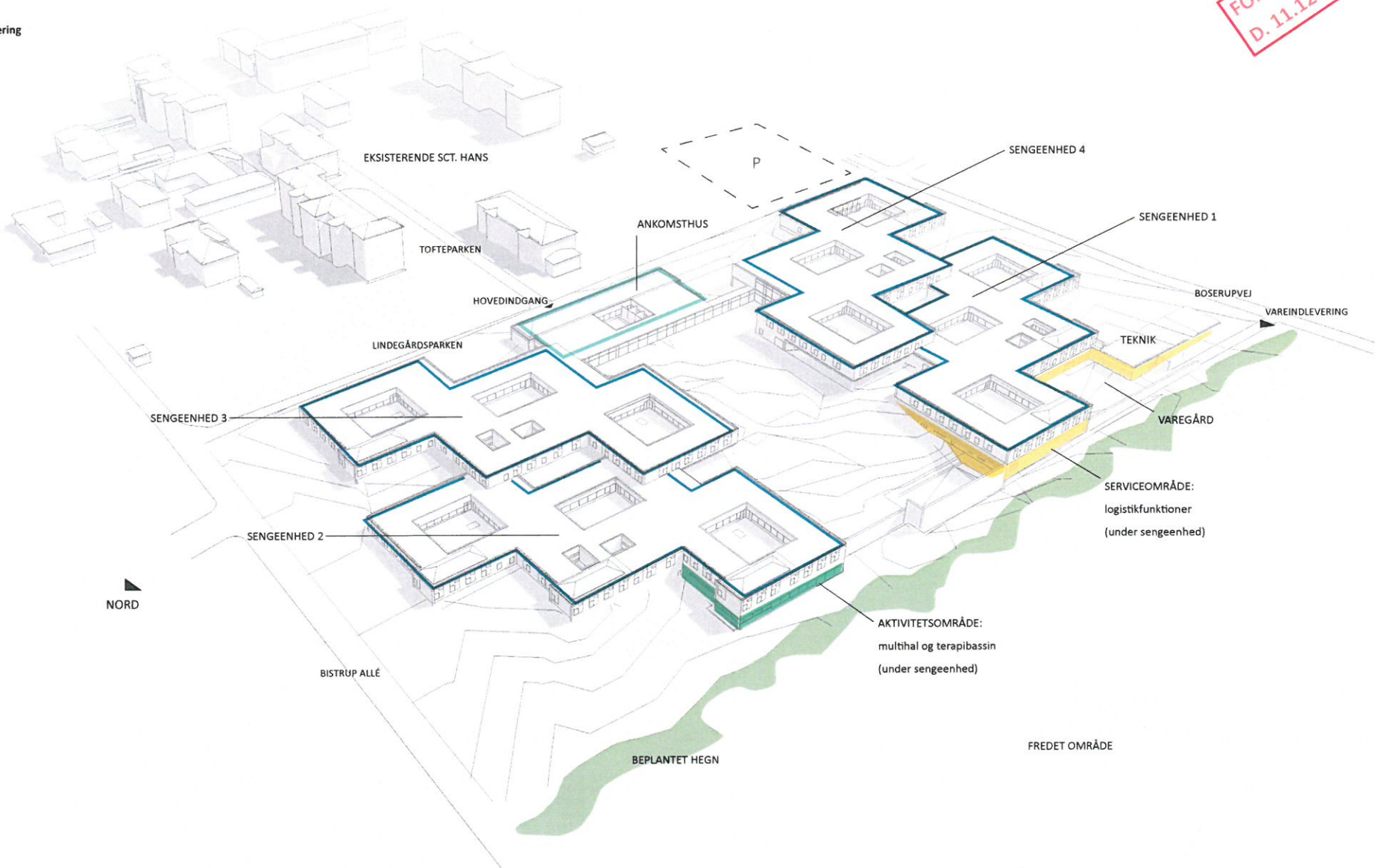
Herudover har projektet fokus på vandbesparende armaturer mv.

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

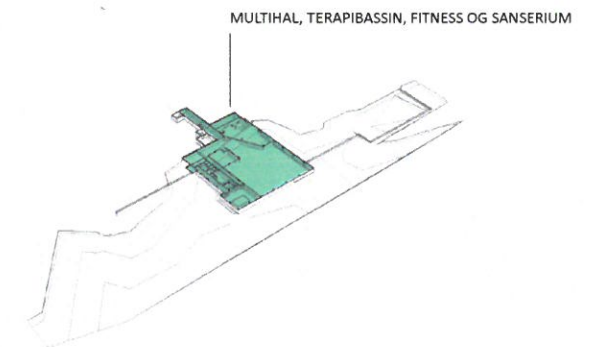
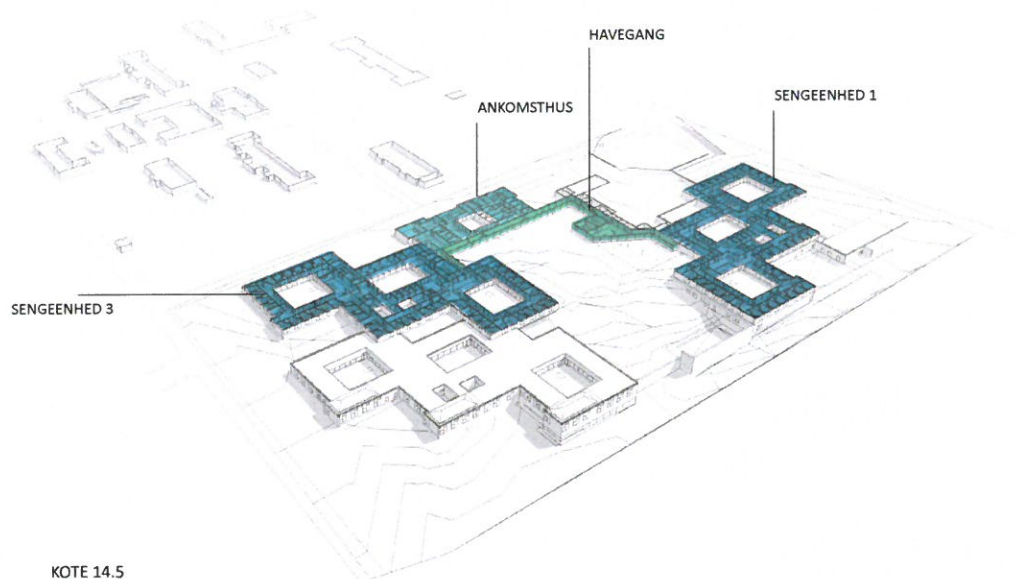
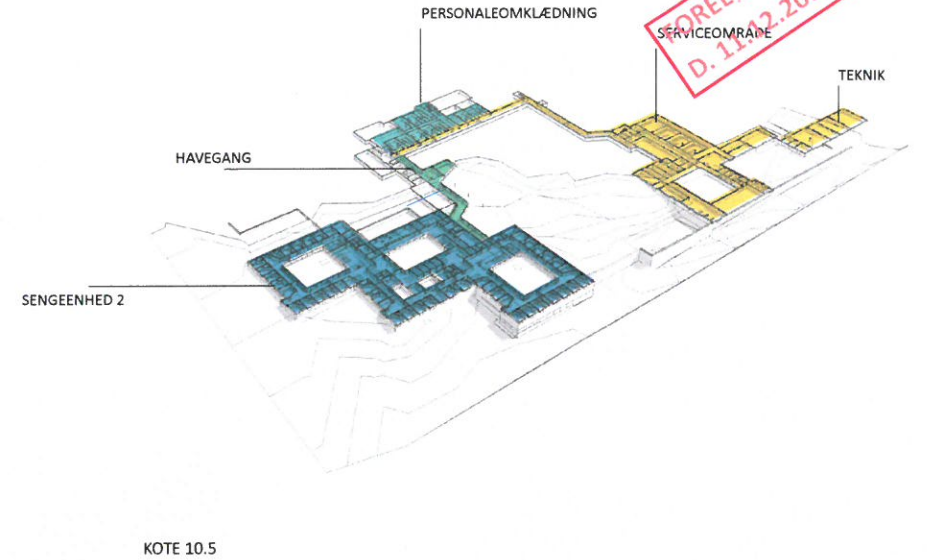
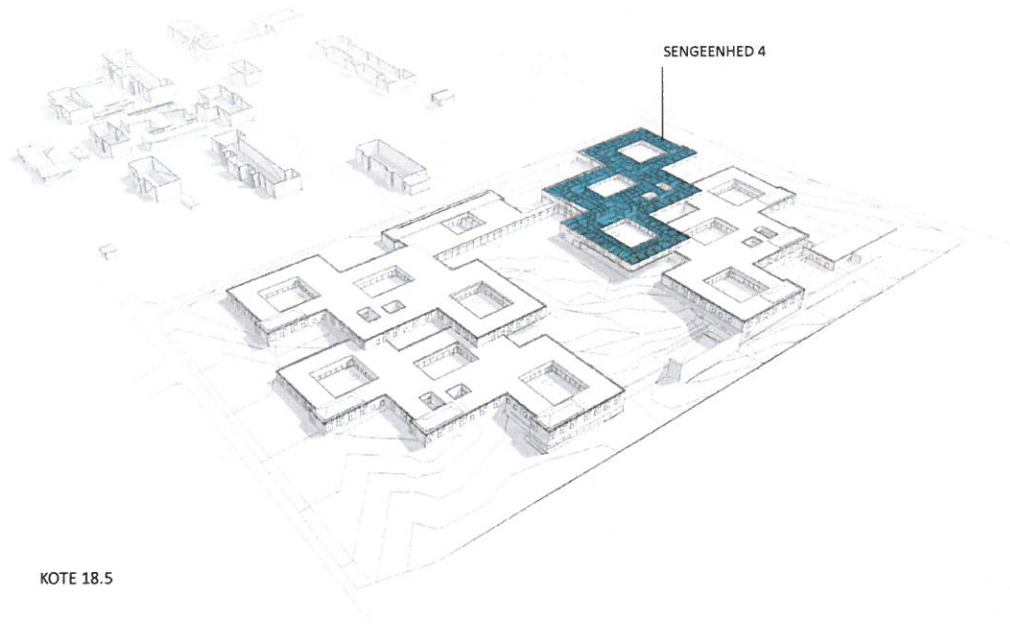
Bilag 1 - Side -10 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

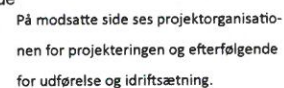
2.5 Disponering



Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans
Bilag 1 - Side -11 af 36



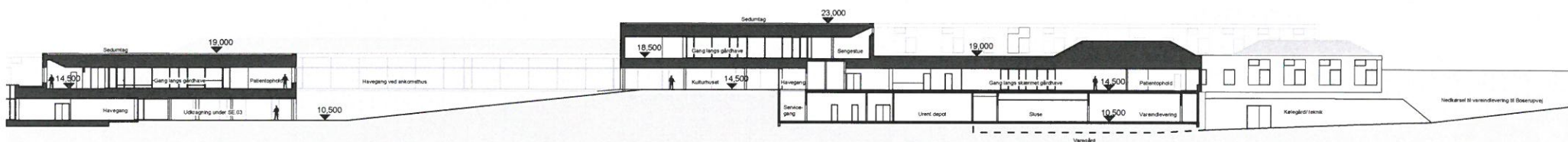
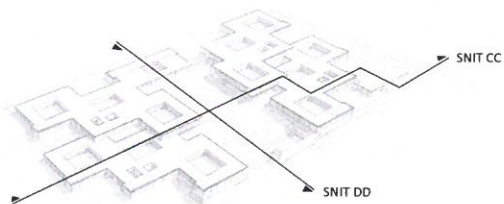
Scale 1:500



Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans Bilag 1 - Side -13 af 36

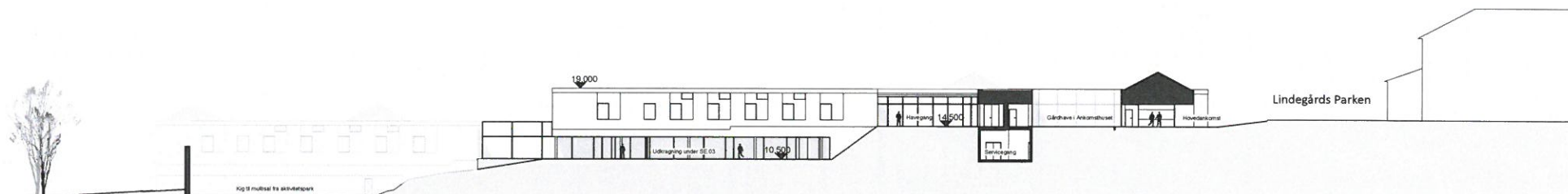
SNIT 1:500

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015



Aktivitetspark

Serviceområde / Sengeenhed 01



Snit D-D

SE.02

Overdækning af havegang ved SE.03

Ankomsthuse

Eksist. Sct Hans

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -14 af 36

2.7 Haver og udearealer

Landskabet

Sct. Hans er placeret i et smukt kuperet landskab ned til Roskilde Fjord med markante beplantninger, åbenhed og lange kig i landskabet. Det er disse kvaliteter, der er tænkt videreført som en integreret del af den nye bebyggelse og i særlig grad i det fælles uderum - aktivitetshaven. En åben, rummelig og landskabelig have med mindre træer, varierede aktiviteter, markant terræn og opholdsmuligheder.

Generelt er der fokus på at beplantningen lever op til retspsykiatriens krav om sikkerhed gennem overskuelighed i aktivitetshaven og gårdhaverne samt træernes placering i forhold til afstanden til bygningernes facader. Der er ligeledes fokus på at belysningen planlægges, så den på ingen måde er til gene for patienterne og samtidig understøtter overblikket.

Aktivitetshaven

Grundens eksisterende terrænspring udnyttes til at skabe en markant landskabsform, der går tværs gennem aktivitetshaven og er med til at definere havens forskellige rum og funktioner. Terrænen består overordnet af tre primære niveauer i haven. De tre niveauer bindes sammen af ramper og trapper, der naturligt følger terrænen.

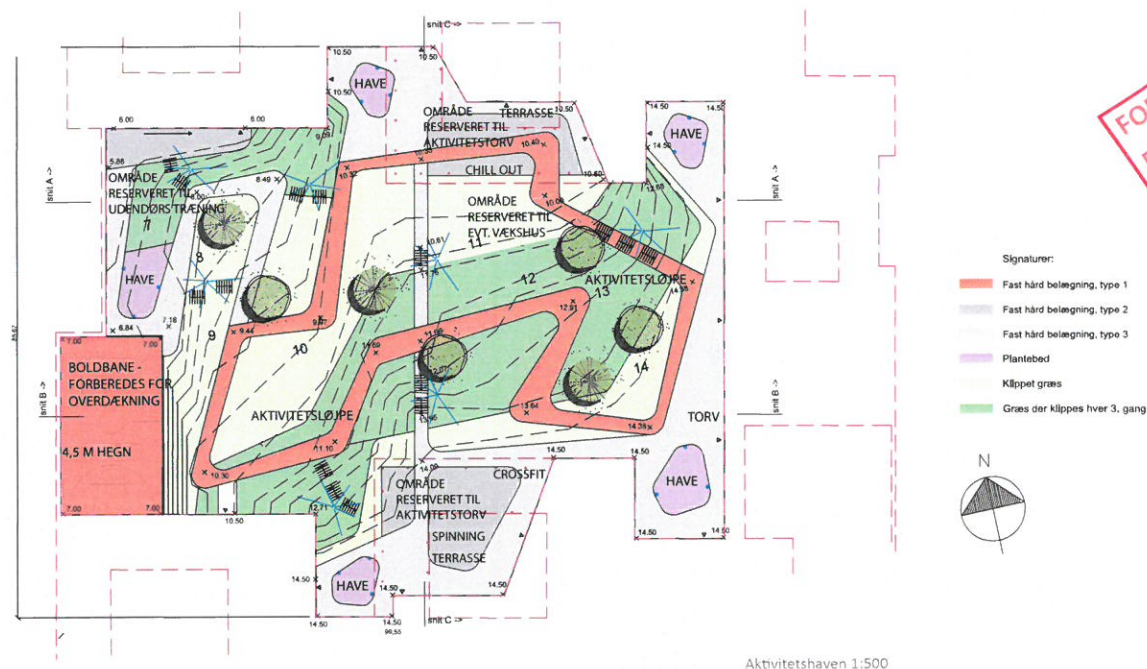
Ramperne sikrer fuld tilgængelighed og et ubesværet flow mellem havens zoner, aktiviteter og plateauer. De er ligeledes en vigtig del af havens gennemgående løbe- og gåroute som en invitation til motion og bevægelse. Befæstelsen på ramperne og havens stier udføres med forskellige faste overflader, der tænkes sammen med bygningsfacaderne og understøtter havekarakteren.

Beplantningen i aktivitetshaven udgøres overordnet af få træer i samspil med klippede græsflader og naturgræs, evt. suppleret med mindre lette træer, der vil sikre haven et levende og varieret udtryk året rundt.

Lokalt omkring pladser og aktiviteter kan der tilplantes med buske, stauder, bunddække og græsser, som kan medvirke til at skabe mindre grønne lommer.

I den vestlige del af aktivitetshaven er aktivitzonen, hvor der er fokus på sport og bevægelse. Her udlægges et område til boldbane afgrænset af siddepladser indarbejdet i det skrånende terræn. Den udendørs boldbane forberedes for overdækning.

Umiddelbart nord for boldbanen og under bebyggelsens udhæng er der disponeret for områder til udendørs træning samt områder for afslapning. I aktivitetshavens østlige kant op mod ankomstbygningen ligger opholdszonen. Her anlægges en stor fælles opholdsplads, hvor der er mulighed for at mødes eller blot sidde tilbagetrukket fra havens aktiviteter og nyde udsigten over aktivitetshaven og det omgivende landskab. Beplantningen her vil være mere intim og understøtte en rolig og tryk stemning.



Aktivitetshaven 1:500

Gårdhaver

Som kontrast til aktivitetshavens åbne landskab og store træer, er der i de indre gårdhaver i sengeafsnittene fokus på nærvær, tryghed og frodighed i uderummet, kombineret med plads og rum til aktiviteter. De fungerer som grønne åndehuller, der trækker lys og liv ned og ind i sengeafsnittene.

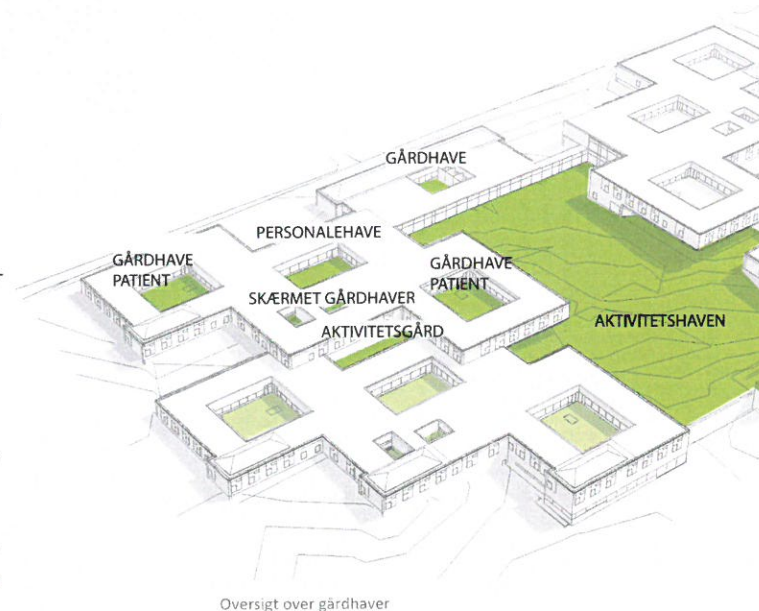
Hvert sengeafsnit ligger omkring en sikret gårdhave der fungerer som mødested, en grøn lomme, en opholdsplads samt et aktivitetsområde.

De fire zoner udformes som små øer, der er med til at skabe et enkelt, venligt og let anvendeligt uderum. Et rum, der er overskueligt for personalet og samtidig har mulighed for variation i rumligheder og udtryk i de forskellige gårdhaver.

Befæstelser i gårdhaverne udføres med forskellige faste overflader.

Foruden de sikrede gårdhaver i sengeafsnittene er der til de nedre sengeenheder tilknyttet en sikret aktivitetsgård som opstår i mellemrummene mellem øvre og nedre sengeenheder. Her er der fokus på fælles aktiviteter og udfoldelsesmuligheder i tilknytning til de indendørs aktivitetsrum som de knytter sig til.

Til personalet er der gårdhaver imellem sengeafsnittene. De udformes som et pauserum, hvor fokus er på afstressende, grønne rammer med blomstrende træer, stauder og bunddække, der afspejler årstiderne.

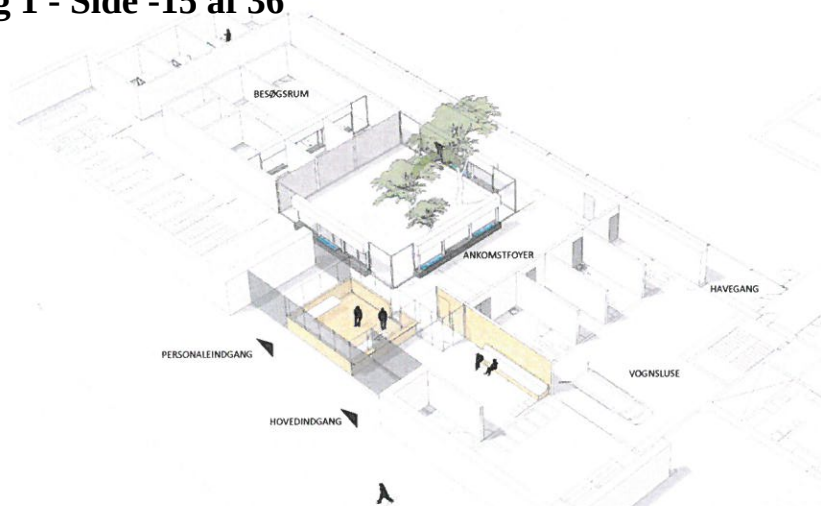


Oversigt over gårdhaver

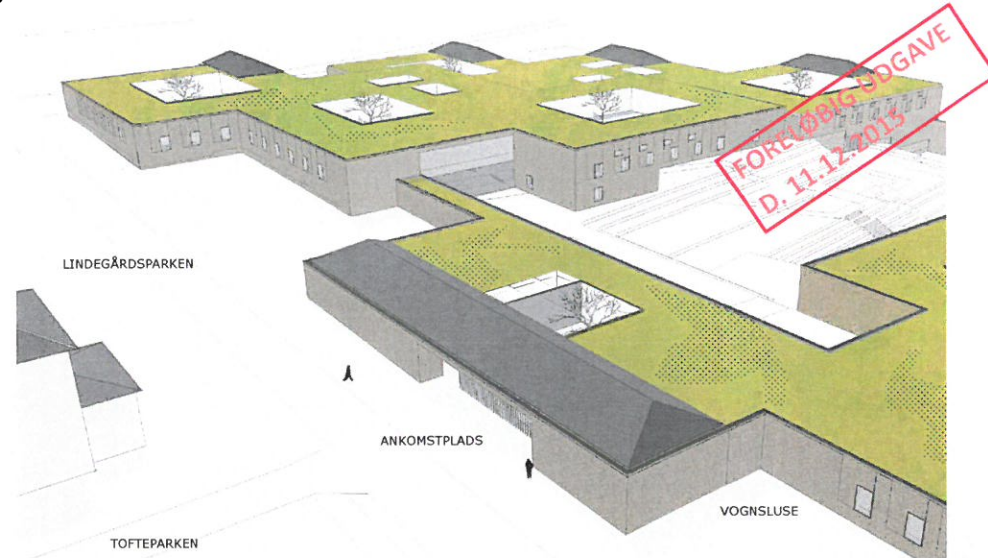
FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -15 af 36



Oversigt over indgangssituation



Ankomsthuset, isometri fra nordøst

2.8 Ankomsthuset

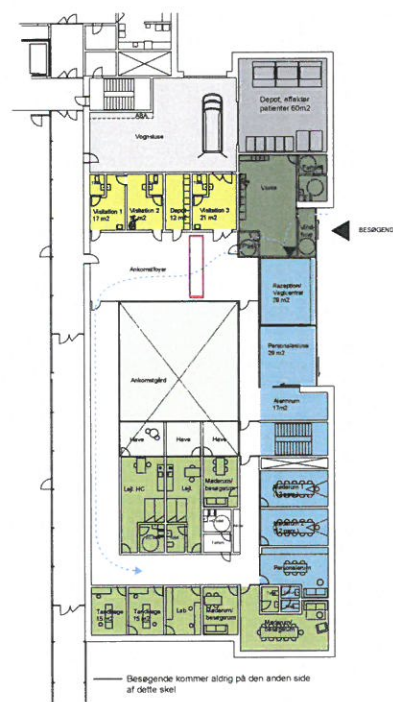
Ankomsthuset formidler sammenhængen mellem den eksisterende bebyggelse på Sct. Hans og skaber samtidigt et "flet" i den nye bebyggelse. Set fra vest og fra den indre fælles aktivitetshave er ankomsthuset tydeligt placeret som en forankring af Sct. Hans øst.

Alle med ærinde i Ny Retspsykiatri Sct. Hans ankommer fra Lindegårdsparken via en let forsænket ankomstplads der leder direkte til bygningens indgangsparti og reception. Receptionen er omdrejningspunkt for hhv. patient flow via indgangssluse og vognsluse og pårørende flow og personale flow. Fra receptionen er der overblik til de funktioner der knytter sig til selve ankomsten til den nye retspsykiatri såsom ventareal for besøgende, sluser, et scannerområde samt visitationsrum.

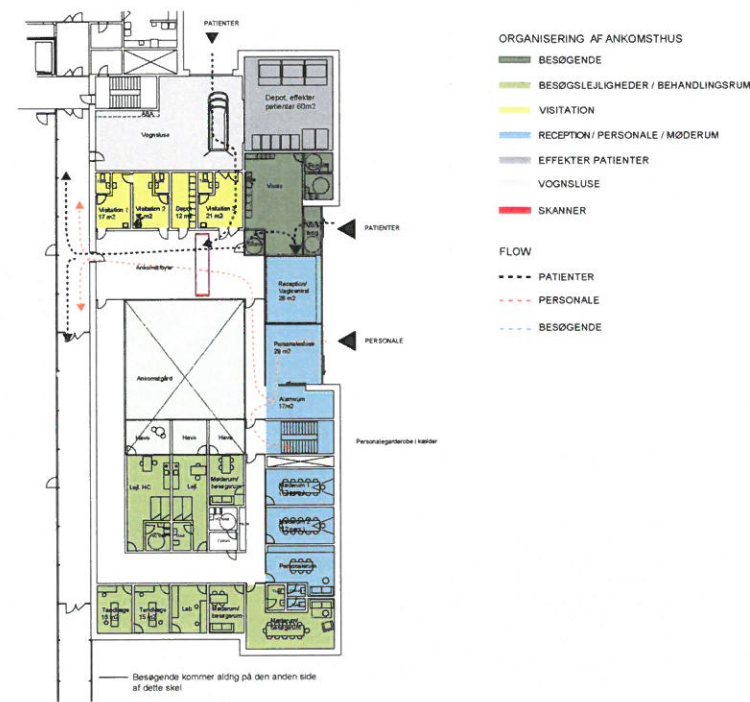
I ankomstbygningen findes også en besøgsenhed bestående af besøgsrum samt behandlerrum. En klar funktionsopdeling i bebyggelsesstrukturen gør, at besøgende udefra ikke får adgang til patientområder.

Ankomstbygningen er direkte forbundet via en personaletrappe til personale-omklædningen umiddelbart under indgangspartiet. Udover omklædningsfaciliteter disponeres med et ressource-areal, som kan omdannes til yderligere garderobeområde, hvis der i fremtiden indføres krav til arbejdstøj.

Ankomsthuset vil gennemgå videre bearbejdning i projektforslagsfasen.



Flow for besøgende



Flow for patienter og personale

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -16 af 36

2.9 Sengeenhed og sengeafsnit

Anlægget består overordnet af fire selvstændige sengeenheder der samlet rummer 126 sengestuer.

Hver sengeenhed består af to sengeafsnit, svarende til i alt 8 sengeafsnit á 15 – 16 senge.

Sengeenhederne fungerer således som dobbelte sengeafsnit og ligger "ryg-mod-ryg" via et mellemliggende område indeholdende fælles funktioner.

Indretningen i sengeenhederne har taget udgangspunkt i, at arkitekturen skal understøtte patientens personlige tryk og motivering for kontakt med omverdenen. I behandlingsforløbet understøttes dette ved hjælp af en varieret arkitektur og rumlige forløb, hvor der er rum for dialog, terapi og fysisk udfoldelse inde og ude.

Hvert sengeafsnit indeholder:

- Sengestuer med udsigt til landskabet og/ eller aktivitetsparken.
- Fællesarealer, opholds- og spisearealer, aktivitetsrum, sanserum, samtale, depoter o.l. med adgang til gårdhave og skærmede haver.
- Personaleområder som ligger med overblik til afsnittets indgang, opholdsarealer og skærmede områder.

Sengeafsnittene er overordnet disponeret således, at 12 standard-sengestuer er disponeret i en rundgang omkring en stor sikret gårdhave, og fire skærmede sengestuer disponeret langs en mindre skærmet gårdhave.

I forbindelse med de skærmede sengestuer og tæt på personalet ligger der i hvert sengeafsnit en akutstue.

I rundgangen omkring den sikrede gårdhave smelter gange, gårdhave og fællesarealer sammen. Hensigten er, at funktionerne opleves sammenhængende og varierende og på den måde kan anvendes fleksibelt til samvær og aktiviteter. Dette princip fordrer at personalet er tæt på patienterne og har godt overblik over fællesarealer, og let kan overskue sengeafsnittet.

Grundplanen i bygningen muliggør en underopdeling af afsnittet i forskellige mindre enheder, med mulighed for successiv skærmning i moduler fra to til 4 sengestuer. Dette er muligt da de fleksibelt anvendelige gang/fællesarealer partielt kan underinddeles.

Dagslyset fra gårdhaverne i sengeafsnittene er med til at opretholde patienternes egen døgnrytme og understøtte naturens helende indvirkning.

Fælles aktivitetsområde i sengeenhederne

Fra den sammenbindende havegang ledes man ind i sengeenhed via en sluse. Herfra ankommer patient og personale i et fælles aktivitetsområde med udblik til en gårdhave.

Patienter har i det fælles aktivitetsområde adgang til aktivitets- og motionsrum, og personalet har yderligere adgang til kontorer, konferencerum, somatisk undersøgelsesrum og anretterkøkken.

Personalefunktioner

Overblik og korte afstande understøtter en optimal patientbehandling, og gode arbejdsforhold har betydning for personalets arbejdsglæde. Bygningsstrukturen giver mulighed for at etablere en klar logistik, og indretningen understøtter det kliniske arbejde, ved at fremme overblik og ro, som reducerer stress, forsinkelser og brist i kommunikationen.

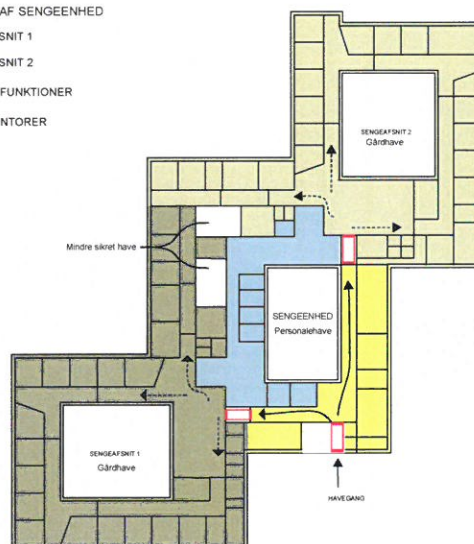
Til hver af de 4 sengeenheder, er der tilhørende kontorer, medicinrum, mødefaciliteter, toiletter, tekøkkener etc. som er nødvendige for den daglige funktion.

Vagt- og personalerum er placeret hensigtsmæssigt i forhold til godt overblik over afsnittet og adgangssluse. Der er etableret direkte kontakt vagt/personalerummene imellem, hvilket understøtter at to afsnit vil kunne dele personaleressourcer i nattevagten.

Der er disponeret fire énmandskontorer til en sengeenhed, forbeholdt afdelingssygeplejersker og overlæger. Derudover har personalet i en sengeenhed egne arbejdspladser i fælleskontoret i et åbent kontormiljø med direkte adgang til personalehaven fælles for enheden.

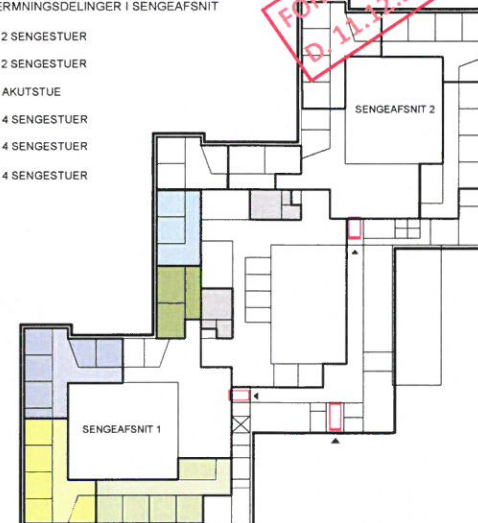
ORGANISERING AF SENGEENHED

- SENGEAFSNIT 1
- SENGEAFSNIT 2
- FÆLLES FUNKTIONER
- VAGT/KONTORER
- SLUSE



FLEKSIBLE SKÆRMNINGSDELINGER I SENGEAFSNIT

- SKÆRM, 2 SENGESTUER
- SKÆRM, 2 SENGESTUER
- SKÆRM, AKUTSTUE
- SKÆRM, 4 SENGESTUER
- SKÆRM, 4 SENGESTUER
- SKÆRM, 4 SENGESTUER
- SLUSE

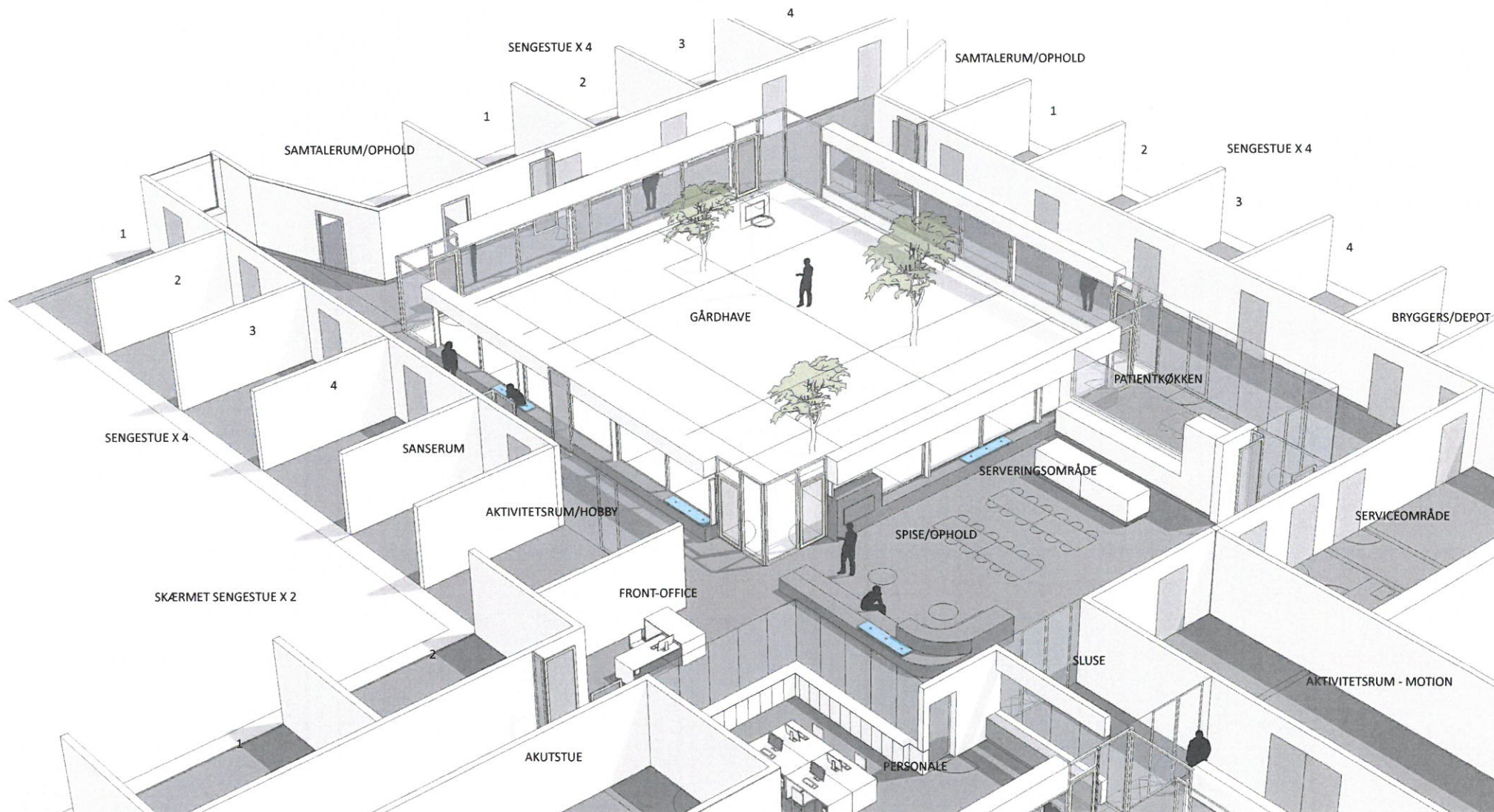


ORGANISERING AF SENGEAFSNIT

- SENGESTUE
- SKÆRMET SENGESTUE
- FÆLLES FUNKTIONER
- VAGT/KONTORER
- PERS./SERVICE/DRIFT
- TEKNIK
- SLUSE



FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015



Oversigt over sengeafsnit - området omkring spise/ophold bearbejdes i projektforslaget

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -18 af 36

2.10 Sengestue

Sengestue med bad/toilet er i dispositionsforslagsfasen opbygget i model 1:1. Det er besigtiget af brugergrupperne og deres anbefalinger er indarbejdet.

Udlægget af sengestuen er bearbejdet, så man allerede inden man træder ind i rummet, har overblik over hele sengestuen og ind til toilet/bad. Med planudlægget og retning på dørslag er det sikret, at patienten ikke kan gemme sig for personalet.

I modellen er det bl.a. i samarbejde med brugerne afprøvet og bekræftet, at det ikke er muligt for patienten at barrikadere sig inde fra sengen.

Hver sengestue indeholder:

- Fast skabsvæg med indbyggede garderobeskabe og plads til indbygget TV, samt hylder til medbragte ejendele.
- Fast bord.
- Psykiatriseng.

Rolige og overskuelige sengestuer giver patienten ro og en god base for bedre søvn. Sengestuen bevarer patientens privatliv, og indretningen af rummet understøtter muligheden for private samtaler og derigennem en bedre kommunikation med personalet.

Hver sengestue er disponeret med to vinduer i facaden. Et højsiddende og et lavsiddende vindue der tilsammen giver et varieret dagslysindfald til hver enkel sengestue. Det højt siddende vindue giver et smukt himmellys og sikrer godt dagslys langt ind i sengestuen. Det lavtsiddende vindue fungerer som siddeniche, hvorfra man kan nyde udsigten.

Rummets geometri sikrer, at opholdszonen får maximal bredde, i modsætning til området ved indgangen til gang og badeværelse, som er i den smalle del. Det skrånede loft op mod vinduesfacaden opbryder den lukkede karakter, man hurtigt kan få i et mindre rum. Rumfornemmelsen bliver ved disse simple greb forstørret væsentligt.

Gulve udføres som gummulve og vægge og loft fremstår lyse. Badeværelse udføres som en kabineløsning med integreret sanitet og gulvvarme. Der vælges installationer, armaturer og sanitet med fokus på ligatur- og vandsikring. Tilgang til installationstilkoblinger sker udenfor sengestuen i aflåst installationskabinet i væg.

Akutstue

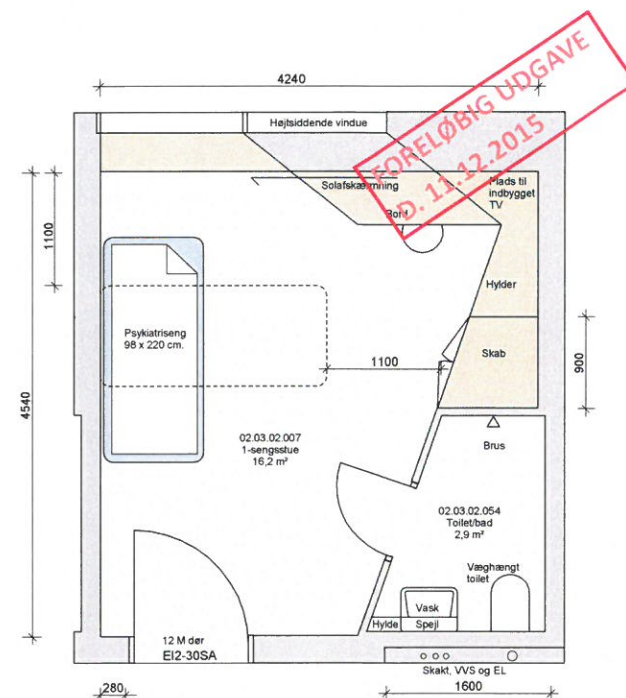
Akutstuen indrettes med mulighed for fiksering i seng, eget toilet og bad og overvågning af patienten ved personalets tilstedeværelse. Akutstuen fungerer også som isolationsstue, og bearbejdes yderligere i projektforslagsfasen.

Den nye psykiatriseng

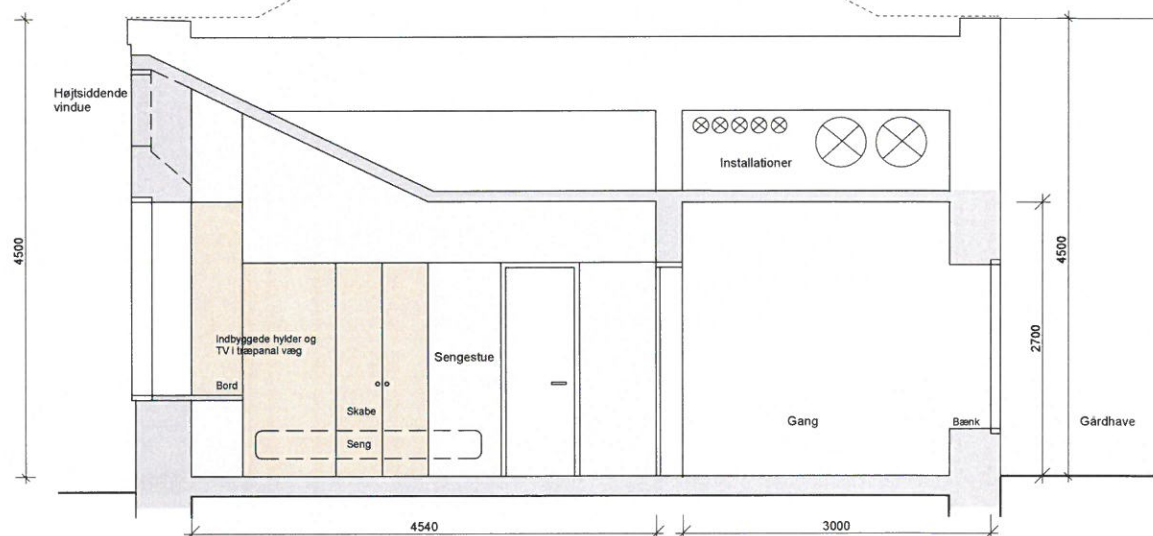
Designet af den nye psykiatriseng er hjemligt, indbydende og funktionelt – uden at gå på kompromis med patienternes og personalets sikkerhed. Den nye seng adskiller sig fra den nuværende seng blandt andet ved at være ledningsfri og batteridrevet, hygiejvenlig og let at rengøre, og den har et mere hjemligt design, samt tilhørende multifunktionel tryghedspude. Den multifunktionelle tryghedspude kan omslutte kroppen og give patienten en pause fra den omkringliggende verden, eller den kan fungere som lejringspude, og som rygstøtte i en sofafunktion.

Skærmet-sengestue og multifunktions-sengestue (bariatriske patienter)

I afsnittets skærmede område disponeres for fire skærmede sengestuer to og to på hver side af et patient- og personaleophold. Tre af stuerne indrettes som standard-sengestuer og en sengestue indrettes som multifunktions-sengestue til bariatriske patienter med en hjælper. Disse viderebearbejdes og konkretiseres yderligere i projektforslagsfasen. I skærmen er der adgang til en mindre skærmet gårdhave.



Standard sengestue, plan 1:50



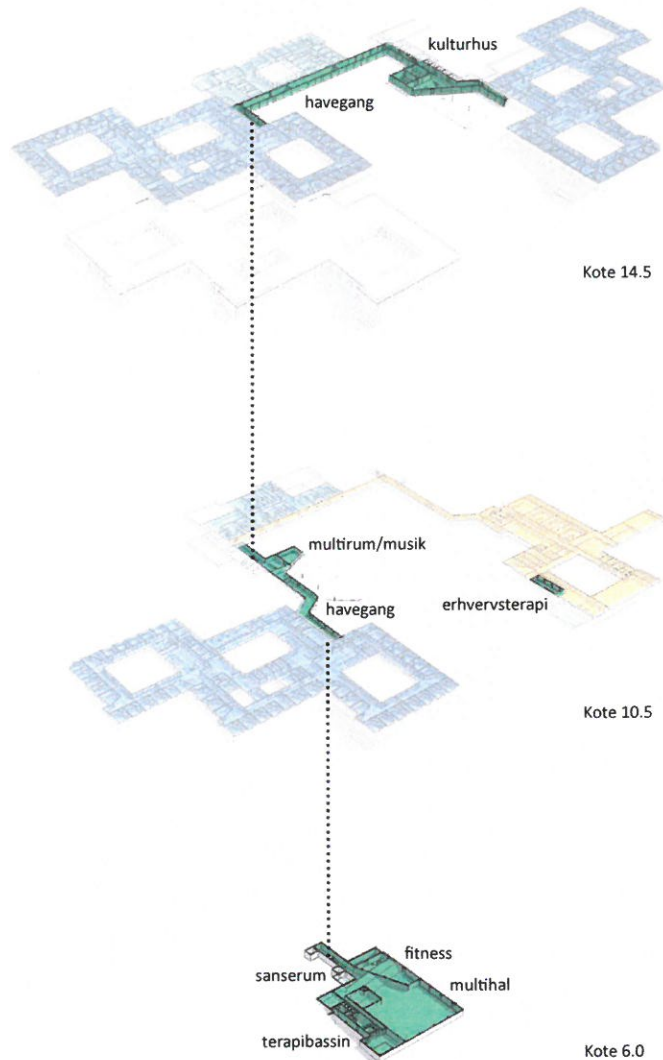
Standard sengestue, snit 1:50

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015



Princip af standard sengestue. Illustration fra konkurrencen.

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015



2.11 Fællesfunktioner

Langs havegangen og under hvert af de bygnings udhæng, som danner de to aktivitetstørve i aktivitetshaven, findes et varieret tilbud af fællesaktiviteter for hele anlægget

Ved det sydlige Aktivitetstørve er "Kulturhuset" placeret med udsigt udover aktivitetshaven, engdraget og fjorden. Kulturhuset er et frirum uden for afsnittet hvor mange forskellige aktiviteter kan foregå fx en patientdrevet kiosk, et "bog-bytte hjørne" med bøger og tidsskrifter, et undervisningslokale samt et multireligøst rum.

Ved det nordlige aktivitetstørve placeres et multirum/musiklokale der udføres som et lyddæmpet rum.

Der etableres et erhvervsterapiværksted i tilknytning til serviceområdet, hvorved funktionen let kan forsynes med materialer udefra via sluse ved vareindlevering.

Den indendørs multihal er havegangens visuelle slutpunkt med et panoramisk kig mod vest henover halfunktionen. Den store multihal er nedfældet i terrænet. Multihallen disponeres med multifunktion for øje. Her disponeres med 3 double badmintonbaner, en volleyballbane og en fodbold- og hockeybane.

Ved starten af trappen ned til multihallen ligger fitnesssalen med direkte udgang til aktivitetssonen i aktivitetshaven. Foruden fitnesssalen er der sanserum og terapibassin med dagslys fra nord. Terapibassinet er på 6x4m og tænkes primært brugt til aktiviteter som vandgymnastik, vandspinning og sansetræning. Hertil etableres to kønsopdelte omklædningsrum.

Ankomst til Multihallen med udsyn over landskabet. Illustration fra konkurrencen



Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -21 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

2.12 Serviceområde, logistik

Alle varer og forsyninger til nybyggeriet modtages via varegården i grundens sydvestlige hjørne, hvortil der etableres direkte indkørsel fra Boserupvej. Fra varegården, som ligger udenfor den ydre perimeter, ledes alle varer via sluser til depoterne i serviceområdet inden for perimetren.

Varerne bringes herfra ud i bygningen via en servicegang, der forbinder anlægget og via elevatorer videre op til sengeenhederne.

Med udgangspunkt i programmet er serviceområdet alene disponeret med henblik på at betjene Ny Retsspsykiatri Sct. Hans.

Udover vareindleveringen og depoter består serviceområdet af personalefaciliteter, driftsværksted og garage.

Kost

Kost modtages i madvogne og placeres i rent depot i serviceområdet. Madvognene bringes via truck ud til anretterkøkkener, som er placeret lige indenfor indgangene til sengeenhederne. I køkkenet anrettes maden, og bringes på serveringsvogn ud til servicekøkkenerne i afsnittene. I anretterkøkkenet fyldes de tomme madvogne igen efter opvask, og transporteres tilbage til serviceområdet til depot for urene madvogne, hvorefter de afhentes.

Ved levering af kost til sengeenhederne SE.01 og SE.02 køres madvogne frem med truck til patientområder via havegangen, og der etableres derfor et truckdepot ved indgange til SE.01 og SE.02, hvor den kan parkeres, mens madvognene transporteres til anretterkøkknet.

Linned

Linnedbure bringes fra rent linnedepot i serviceområdet ud til linnedepoter i de enkelte sengeafsnit. Når linnedburene tømmeres for rent linned, bringes de til urent depot i afsnittet, hvor de igen fyldes med urent linned, der skal tilbage til vaskeriet. Det urene linned bringes tilbage til urent linnedepot i serviceområdet, hvorefter det afhentes.

Affald

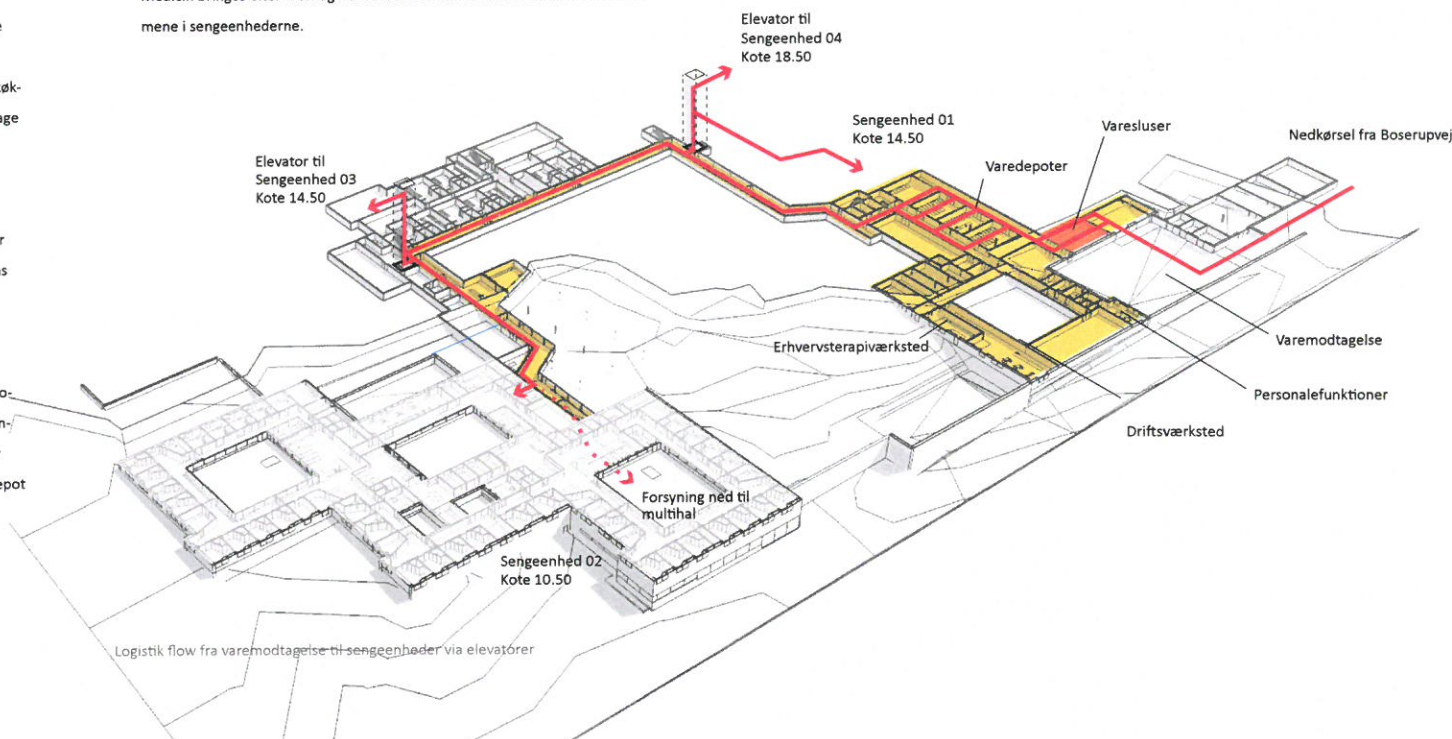
Affald samles og sorteres i fraktioner i urene depoter i hver sengeenhed. Der er yderligere disponeret med et mindre depot til midlertidig opbevaring af affald for hver sengeenhed med tilgang fra havegangen. Al affald transporteres via servicegangen og ud gennem den urene varesluse til det sidste affaldsdepot ved varegården. Det vil i projektforslagsfasen endelig vurderes, om der skal etableres bio-trans/ madkværn, der opløser madaffald fra anretterkøkkenerne.

Kontorartikler

Det forventes at forsyninger af kontorartikler mv. vil ankomme i regionsbure, som i serviceområdet bringes til rent-depot. Fra rent-depot distribueres varerne til deponering i sengeenheder og ankomsthuss.

Medicin

Medicin bringes efter modtagelse i serviceområdet direkte ud til medicinrummene i sengeenhederne.



Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -22 af 36

2.13 Sikkerhed

I forbindelse med udarbejdelse af dispositionsforslaget er arbejdet videre med de i byggeprogrammet opstillede krav for sikkerhed på Ny Retsspsykiatri Sct. Hans.

- Fysisk sikkerhed
- Proceduremæssig sikkerhed
- Relationel sikkerhed

Der er via fokus på transparens og oversigtsmuligheder i hele bebyggelsen, tilvejebragt et godt sikkerhedsniveau for både patienter og personale samt pårørende/besøgende så alle brugere af huset opnår personlig tryghed. Et andet fokuspunkt har været at sikre en klar logistik for husets mange forskellige brugere, herunder at planløsningen alle steder er med til at understøtte en god og flydende arbejdsrytme og dagsrytme for patienterne, for at undgå utilsigtede voldsomme hændelser.

De valgte løsninger og tiltag sikrer, at de enkelte sengeafsnit og byggeriet som helhed tilvejebringer et miljø, hvor behandling af patienter er sat i højsædet, samtidig med at institutionspræg nedtones til et minimum.

Sikringsstrategi

Der er i dispositionsforslaget udarbejdet en sikringsstrategi, som beskriver de bygningsmæssige tiltag,

Perimetersikring

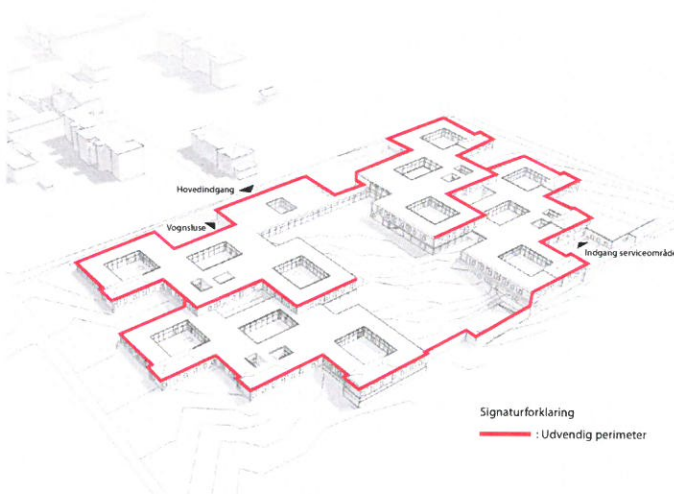
Der etableres en minimum 4,5 meters perimeter omkring hele den ny Retsspsykiatri på Sct. Hans. Hovedparten af perimeteren udgøres af bygningsanlæggets facade som, mod omverdenen, er uden oplukkelige elementer. Al adgang til retsspsykiatrien sker gennem en af de 3 kontrollerede og videoovervågede indgangssluser, som er beliggende fysisk afskåret fra selve patientområderne.

I ankomsthuset, omkring receptionen, ligger hovedindgangen for både patienter, pårørende og personale. Tæt ved hovedindgangen og alligevel afskærmet herfra ligger indgangen til vognslusen, hvor patienter der ankommer i politibil eller ambulance ankommer. Den sidste indgang findes ved varegården, hvor alle varer til Ny Retsspsykiatri Sct. Hans afleveres ved varesluserne.

Vinduer i perimetermuren med visuel kontakt til offentligt areal er sikret med brudsikret glas.

Foruden perimeteren er der i bygningsanlægget disponeret med et andet

Perimeter



sikringslag som i store træk indbefatter de indvendige facader mod sikrede gårdhaver, vægge og døre omkring sluser og omkring personaleafsnittene i sengeenhederne. Vinduer i andet sikringslag er sikret med brudsikret glas.

Der etableres et overvågnings- og alarmanlæg der omfatter området for Ny Retsspsykiatri Sct. Hans. For at sikre høj driftssikkerhed, vælges velafprøvede teknologiske sikringsløsninger. Der opbygges et dedikeret fastfortrådet sikringsnetværk adskilt fra det administrative netværk.

Der etableres et overordnet Security Management System (SMS), hvor informationer fra overvågningssystemerne samles og hvor personale kan tilgå og behandle informationerne.

Alarm- og overvågningsanlæg på terræn

Der etableres overvågning af omgivende terræn baseret på kameradækning.

Alarm- og overvågningsanlæg i bygning

Åbninger i bygningsperimeteren og samtlige indgange til patientområder, sluser og teknikadgange overvåges. Alarmer udsendes til vagtcentralen, som er placeret i receptionen ved byggeriets hovedindgang. Herfra vil der være tilgang til de enkelte sikringsystemer og til den integrerende platform SMS (Security Management System).

I sengeenhedernes personaleområde / vagtstue vil der mulighed for alarm-

håndtering samt mulighed for at få visninger af sluserne og indgangskontrolslurede døre.

2.14 Indeklima

Indledning:

Byggeriet skal overholde bygningsklasse 2020 som lavenergibyggeri, hvilket sammenholdt med byggeriets funktion udfordrer de tekniske løsninger. Byggeriet er, så at sige, så godt isoleret, at der er større behov for at køle end for at tilføre varme. Det kan særligt i varme perioder være udfordrende, når vinduer på fx sengestuer ikke kan åbnes, da de er elementer i den ydre perimeter.

Simulering af indeklimaet:

Der er i forbindelse med dispositionsforslaget udarbejdet nogle repræsentative indeklimasimuleringer.

Beregninger er gennemført på følgende 5 repræsentative rumtyper.

1. Sengestue
2. Kontor
3. Somatisk rum
4. Gangarealer
5. Patientopholdsrum/-køkken

Hovedkonklusion:

Beregningerne viser at alle 5 rumtyper kan overholde indeklimakravet, men at byggeriet er grundlæggende udfordret på det termiske indeklima grundet de skærpede sikkerhedskrav. For at skabe det gode indeklima der overholder de af bygherre stillede indeklimakrav, er følgende tekniske løsninger indarbejdet i prioriteret i rækkefølge:

1. Effektiv solafskærmning ved coating af facadeglas, hvor varmebelastningen gennem glasset reduceres med ca. 74 %.
2. Tilstrækkelig luftskifte for frisk luft samt køling.
3. Indblæsning af velkonditioneret frisk luft i alle sengestuer, opholds- og funktionsrum, hvor temperaturen kan justeres i det enkelte rum

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -23 af 36

2.15 Helende arkitektur

Helende arkitektur understøtter muligheden for at give patienten sikkerhed og kvalitet i behandlingen. Den arkitektoniske udformning udtrykt i dagslysets kvalitet, rummets stemning, farver, lyd og muligheden for at være privat og tryk understøtter den fysiske og psykiske heling og påvirker både patientens og personalets velvære.

Hensigten bag projekts planudlæg er at skabe et grundlæggende fundament for helende arkitektur. De fysiske forhold understøtter, at patienten kan modtage behandling og pleje på højeste faglige niveau.

For at skabe et velfungerende og helende byggeri er der i Ny Retsspsykiatri Sct. Hans særligt fokus på:

- Rummelighed, form og funktionalitet som underbygger psykisk velvære, tryghed, mindre stress og aggressionspåvirkning som eksempelvis brede gange, så patienterne kan passere hinanden 'uden gnidninger', rumlige enestuer der via geometri og facadebearbejdning udtrykker, at det er et særligt rum, og mange varierede opholdsmuligheder, hvor patienterne i mere eller mindre grader kan være sociale eller private.

- Sansernes påvirkning af lys, lyd, duft, farver, materialer og natur, som eksempelvis det, at man altid færdes 'på kanten' af og med udkig til grønne landskabsrum som aktivitetshaven, de sikrede gårdum, eller med udsigt til det omgivende landskab og miljø. Integrering af kunst og brugen af materiale træ for at opnå et mere hjemligt behandlingsmiljø.

- Effektivitet, patient- og personalesikkerhed som eksempelvis en smidig og klar logistik i huset - og at personalet altid kan have godt overblik til hinanden og til patienterne. Generelt er der fokus på at minimere mulighederne for selvmordsforsøg blandt patienterne.

2.16 Bygningsintegreret kunst

Kunsten integreres i byggeriet og landskabet som en naturlig del af den daglige oplevelse og wayfinding.

De overdækkede aktivitetstørve som er udlagt i den store fælleshave, indgår strategisk med henblik på bygningsintegreret kunst. Her skabes et særligt rum, hvor landskab og bygningsmasse forenes. De store loftsflader forlænger og udvisker forholdet imellem ude og inde. Rummets farver vil variere som resultatet af skiftende sammenstillinger imellem dagslys og kunstlys. Et oplagt rum for et bygningsintegreret kunstnerisk element der dagligt vil perceptionere en fornyet refleksion hos iagttageren.

'Værket vil indgå i dagligdagen som del af den arkitektoniske helhed, udformet som en særlig stemning der forener psyken med stedet.

Værkets kunstneriske og arkitektoniske dimension udformes så den til stadighed udvikler forholdet mellem værket og iagttagerens psykiske oplevelse af at forstå verden gennem sig selv.

Værket skal eksekvere en daglig perception der resulterer i betragterens personlige udvikling som en fortløbende proces i opbygningen af en personlig selvopfattede sansning der naturligt vil føre til en styrket selvforståelse.'

Olafur Eliasson

2.17 Tilgængelighed

Bygningen indrettes efter de til enhver tid gældende bestemmelser udarbejdet af Dansk Center for Tilgængelighed, Statens Byggeforskningsinstitut,

Tilgængelighedsbestemmelser fra Erhvervs- og Boligstyrelsen, Arbejdssynet og Bygningsreglementet. Med udgangspunkt i ovenstående, er der i projektforløbet udarbejdet et 'Tilgængelighedsnotat', som samler de bestemmelser og anvisninger, der er i forbindelse med tilgængelighed for personer med nedsat førlighed;

- Ved alle indgange er der niveaufri adgang for at gøre det nemt for bevægelseshæmmede og kørestolsbrugere at komme ind og ud af bygningen og gårdhaverne.
- Aktivitetshaven er disponeret med fald på ramper på 1:25
- Mellem etager er der ud over trapper altid en nærliggende elevator mulighed. Ligeledes etableres lift til multisalen.
- For hvert sengeafsnit indrettes der, i den skærmede del, en multifunktionsstue for bariatrike patienter med en hjælper. Det samlede byggeri indeholder i alt 8 multifunktionsstuer, som er særligt indrettet for bariatrike patienter i kørestole og med en handicaphjælper.
- Dørbredder vælges ud fra at sengetransport tilgodeses. Det vil kun være i forbindelse med klargøring af sengestuerne at sengene transporteres til vaskerum i serviceområdet for grundig afvaskning.
- Varetransporten foregår via enkel logistik og med færrest mulige stop.



Havegangen med udkig til aktivitetshaven og trappe ned til underliggende etage. Illustration fra konkurrencen.

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -24 af 36

3.0 MATERIALEVALG OG OVERFLADER

3.1 Materialevalg

Grundlæggende er der tænkt i bæredygtige materialer med meget lang levetid.

Facaderne fremstår i tegl som en direkte reference til det nuværende Sct. Hans.

Facaderne møder landskabet med en markant teglflade som gennemgående sokkelmotiv. Sokkelmotivet følger terrænets skrående horisontale bevægelse og adskiller sig fra den øvre del af facaden ved en tilbagetrækning i det lodrette plan på 20 mm, samt ved afvigende farve-/overflade på teglsten.

En afvigende farve med større grad af robusthed skal sikre såvel en visuel som en taktil differentiering af sokkel og den overliggende murflade imellem.

Vinduerne 'samles' i 20 mm fremskudte teglfelter, der understøtter ønsket om ro, rytme og robusthed i facaderne. Øverst bindes felterne sammen af et smalt horisontalt forbandt, der løber lige under en gesimsfremtrækning som øverste afslutning på teglfacaderne. Vinduesrammer udføres som alurammer.

Bygningens indre facader mod de sikrede gårdrum udformes med et horisontalt vinduesbånd for at sikre optimale oversigtsmuligheder på tværs af gårdrummene. Langs facaderne løber en brystning, som indvendigt i fællesarealet giver siddemulighed for patienter og personale. I hjørnerne åbnes glasfeltet op og spænder fra gulv til loft, så 'rundgangsoplevelsen' udvisker og lyset og det grønne gårdrum trækkes indenfor.

Tagene begrønnes med græs- og engbeplantning, der vil indgå i samspil med omgivelsernes horisontale plateauer som det flade engdrag og fjordlandskab. Ankomsthuset markeres mod det eksisterende Sct. Hans med et valmet sadeltag af skifer. På otte af sengeenhedernes hjørner, er facaderne fremskudt ca. 2 m, jf. supplerende myndighedskrav fra Roskilde Kommune, ud fra ønske om at referere til det stedkendte gavlmotiv. Over de otte fremrykninger udlægges otte valmede sadeltage af skifer. Alle tage udføres alene som reference og uden funktion. Med reference til de valmede tage på det eksisterende Sct. Hans, er alle ni tage trukket tilbage fra facadelinjen, så gesimsmotivet tydeligt træder frem og danner en smuk og præcis afslutning på facaden.

Sengeenhederne indrettes og apteres, uden at gå på kompromis med kravene til robusthed, så rummene fremstår både varme og lyse.

Ved valg af materialer er kravet til robusthed, set i forhold til patientgruppen, et højt fokuspunkt.

Materialeholdningen er ønsket om et taktilt og sanseligt miljø, herunder anvendelse af overfladebehandlet og brandimprægneret træ som partiel vægbeklædning/fast inventar i sengestuen, samt i en vis udstrækning fast inventar i fælles patientområder og personaleområder.

Træ giver en mindre institutionel karakter, og vil stå i fint sammenspil med landskabet og gårdhaven.

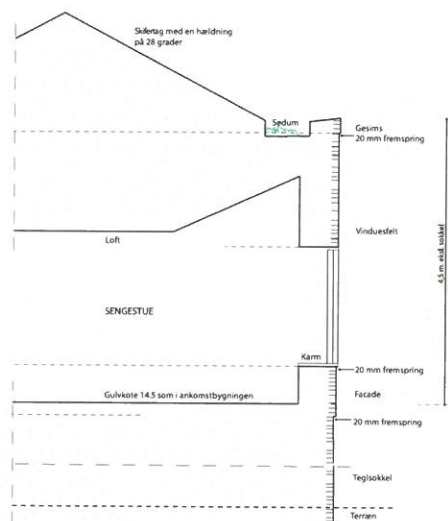
Vinduer i sengestuer, og i den ydre perimenter i øvrigt, kan ikke åbnes og udføres med brudsikret glas, hvor det inderste glas i konstruktionen udføres som lamineret og hærdet sikringsglas, for at undgå at glasset kan slås i stykker og bruges som våben.

Glaspartier til gårdrum, glasdøre til gårdrum, indvendige glasdøre og indvendige glaspartier udføres som sikringsglas.

Døre i ydre perimenter opfylder samme sikringskrav som vinduerne. Indvendige døre udføres solide og robuste. Til alle patientrum og baderum er dørene monteret i en afrundet stålarm som fastgøres særligt solidt og forsvarligt til væggen.

Vægge fremstår malede og lyse og med rengøringsvenlig overflade. Vægge udføres med nødvendig robusthed i forhold til brugerne.

Gulve udføres som gummigulve, og vægge fremstår som lyse malede overflader.



Snit i sengestue ved skifertag



Facadeopstalt

FORELØBIG UDGAVE
02.12.2015

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -25 af 36

Løfter udføres som lyse flader og æstetiske, akustiske, robuste og hygiejnemæssige forhold tilgodeses. Løfter i patientstuer er ikke demonterbare af hensyn til patientgruppen og installationer over loft servicerer hovedsaglig fra loft i gangområde. Alle overflader er af en karakter, så der ikke kan ophobes støv. Monterede lysarmaturer og øvrige nødvendige komponenter udføres i videst mulig omfang planforsænkede og i ligatur- og vandalsikker udførsel.

3.2 Hygiejne

Valg af overfladematerialer til vægge, gulve og inventar sker under hensyntagen til materialets robusthed overfor rengøring, samt materialets æstetiske værdi.

Overfladematerialer skal kunne tåle afvaskning med almindeligt rengøringsmiddel. Vægge i særlige områder udføres i et materiale eller med særlige overflader, der kan tåle desinfektion så skærpede hygiejnekrav tilgodeses. Bag håndvaske og rengøringsvaske skal overfladen kunne tåle langvarig påvirkning af vand, koncentreret sæbe og slid.

3.3 Inventar og udstyr

Generelt udføres inventaret i materialer, der ikke kan nære en brand, og fast inventar og træmøbler m.v. skal derfor være brandimprægneret.

Alt inventar skal være udformet og monteret, så det ikke kan demonteres eller destrueres eller anvendes som våben af patienten i en konfliktsituation.

Generelt skal installationer og armaturer være udformet og monteret, så patienten ikke har mulighed for at kunne skade sig selv, og så selvmordsforsøg forebygges i så høj grad som muligt.

Inventar og udstyr viderebearbejdes i projektforslagsfasen i samråd med brugergrupperne. For kortlægning af beslutninger og krav til det enkelte inventar og udstyr bruges udover tegningsmaterialet også dRofus, et rumskemaprogram, hvori objektdata kan samles og bruges i den videre projektering og i forbindelse med udbud, levering og i den efterfølgende drift og vedligehold.



Udkig fra gang i sengeenhed mod gardhave



Sikret gardhave i sengeafsnit

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -26 af 36

4.0 KONSTRUKTIONER OG INSTALLATIONER

4.1 Beskrivelse af jordbundsforhold og konstruktioner

Der er udført geotekniske undersøgelser på området 2 gange, samt yderligere boringer og miljøundersøgelse december 2014.

Der er udarbejdet en geoteknisk rapport for området i januar 2015, som konkluderer, at byggeriet kan funderes ved en kombination af direkte eller dyb fundering.

Der vil blive udført dyb fundering på 50-60% af byggeriet, og resterende udføres som direkte fundering.

Byggeriet udføres på skrånende terræn og bygges delvist ind i terrænet. Den største del af byggeriet – de højtliggende sengeenheder - udføres med borede fundamenter og fundamentsbjælker.

Bærende konstruktivt system

Lodret last føres via huldæk over til betonelementvægge eller bjælkesøjlesystem og herfra videre til fundamenter.

Terrændæk udføres som en kombination af præfabrikerede huldækselementer, der spænder mellem fundamentsbjælker og in-situ støbt armeret betonplade.

Ydervægge

Bærende betonvægge udføres som 150mm armerede betonelementvægge, 250mm/300mm isolering og opmurede teglsten som klimaskærm.

Kældervægge udføres som armerede betonelementvægge.

Ud mod gårdhaver etableres bjælke søjlesystem med lette facader imellem.

Indervægge

Bærende indervægge og alle skaktrum udføres som armerede betonvægge, mens ikke bærende indervægge udføres som forstærkede indvendige gipsvægge som overholder krav til brand, lyd og robusthed.

Dæk

Etageadskillelser etableres som præfabrikerede huldæk med undtagelse af etagedækket over multihallen, hvor der etableres etageadskillelse som præfabrikerede TTD dæk pga. af større frit spænd.

Trapper og ramper

Trapper etableres som præfabrikerede betontrapper og ramper støbes på stedet som armerede betonplader.

Grønne tage

De grønne tage opbygges på præfabrikerede isolerede huldæk, hvor der etableres membran for tætning. Begrønningen opbygges som et 'build-up' system, hvor selve vegetationslaget ligger over et dræningslag hvori vandet samles i 'små kopper', som forsinker afledningen til kloaksystemet.

Saddeltage beklædt med skifer

Ankomstbygning samt dele af sengeenhederne forsynes med afvalmede saddeltage beklædt med skifer. Tagene har ingen byggeteknisk funktion, men skal ses som et supplerende myndighedskrav fra Roskilde Kommune, ud fra ønsket om at skabe bygningsmæssig sammenhæng til de eksisterende bygninger på Sct. Hans.

Gårdhave

Opbygning af gårdhaver etableres på præfabrikerede huldæk, hvorpå der etableres trykfast isolering med fald mod afløb.

Membran etableres på trykfast isolering, føres op ad omkringliggende sokler og tætnes til tilstødende ydervægskonstruktioner.

Membran beskyttes af drænlag, med afvandingskanaler mod afløb, hvorpå der etableres befæstelser (asfalt, 150 mm) med fald mod afløb, fald 2 o/oo.

Der etableres derudover linjdræn langs facader for at afvande facader, samt som sikring i tilfælde af kraftig nedbør.

Tage

Tagopbygning etableres på præfabrikerede huldæk.

Der etableres dampspærre på huldæk, som fastgøres til murkroner og sokler på tilstødende bygninger.

Herpå etableres trykfast isolering med fald mod afløb, hvorefter der etableres tagpap, med afvanding til afløb.

Illustration for konstruktive princip.
Dæk spænder fra facade til facade.



FORELØBIG UDGAVE
D: 11.12.2015

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -27 af 36

4.2 Beskrivelse og hovedprincipper for vvs/ventilation

Kloakforsyning

I henhold til aftale med Roskilde Forsyning tilsluttes den nye spildevandskloak til det offentlige ledningsnet i Boserupvej ved matriklens sydvestlige hjørne, og der etableres ny regnvandskloak, som afleder regnvand til en ny brønd i matriklens nordvestlige hjørne, hvorfra vandet ledes mod fjorden. Regnvand fra den kommende P-plads (byggegrund B) afvandes til en eksisterende regnvandsbrønd ved matriklens nordlige ende.

Spildevandskloak etableres som separat system og forberedes for, at der umiddelbart før udledningen til det offentlige net, og på et senere tidspunkt, kan etableres et mindre rensningsanlæg for fjernelse af medicinrester, hvis det skulle blive et myndighedskrav.

Regnvandskloak etableres som et separat system, som omfatter regnvandsledninger for afvanding af tage og befæstede arealer.

På tage udføres UV tagafvandingsystem og grønne tage i en opbygning, hvor afledning af vand forsinkes og belastning af kloak kan mindskes ved fx skybrud.

I husets gårdhaver etableres der linjeafvanding langs alle facader, mens der omkring hele bebyggelsen etableres omfangsdræn.

Omkring multihallen, som ligger i kote 1,5 og er den laveste del af byggeriet, vil omfangsdrænet suppleres af drænpumpebrønde.

Vand og varmforsyning

Der etableres et vandstik og et fjernvarmestik for forsyning af hele bebyggelsen. Vandstikket samt fjernvarmestikket føres ind centralt i ankomstbygningens kælder, hvor hhv. hovedvandmåleren og hovedvarmemåleren er placeret.

VVS og ventilation generelt

I gangområder ud for hver enkelt sengestue placeres teknikskabe, hvor komponenter kan serviceres. Det er her muligt at afspærre vandtilgangen til sengestuen, og dermed minimere risikoen for generelt driftstop, som kan genere patienterne. Ventilation inkl. køling af sengestuerne placeres over loft og serviceres fra loftlemme i gangområdet. Installationen udføres med afspærringsmuligheder fra teknikskabene mod gang, hvilket muliggør, at der kan udføres reparationer på rørsystemet samtidig med, at der kan forsynes fra en anden side.

I illustrationen til højre er vist installationerne i væg mellem toilet/bad og gang.

Badekabiner

Der leveres præfabrikerede færdigoprettede badekabiner til alle sengestuer. Badekabinerne udføres i en skal af beton til færdigmontering i byggeriet.

Sanitet

Der etableres sanitet i henhold til vejledningerne for ligatursikrede komponenter.

I sengestuernes badekabiner vælges hængeløsninger med skjulte cisterner. Håndvaske etableres med skjult vandlås og vandtilgang. Håndvaskarmaturer forudsættes vægmonterede, og brusere udføres med nedadskrånende eller runde hoveder og uden bruserslanger.

Vandinstallationer

Vandledninger i bygningerne fremføres over nedhængte lofter i gangområderne i sengeenhederne og i ankomstbygningen. I sekundære rum såsom teknikrum, skakte og servicegangen fremføres rør synligt.

Ledningsanlægget udføres, så det er tilgængeligt for reparation og forandringer og der etableres muligheder for afspærring på strategiske steder i bygningerne.

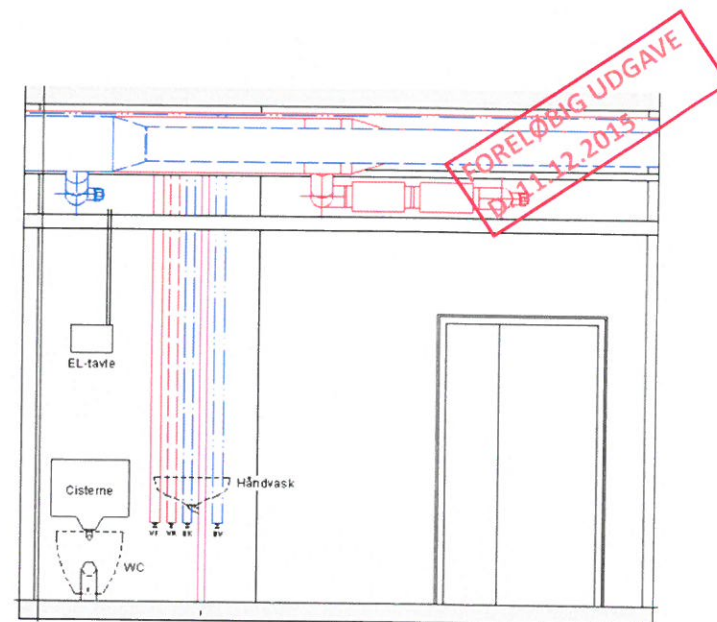
Køleinstallation

Køleanlægget til den mekaniske ventilation forsynes fra kølecentralen, som etableres i teknikhuset langs nedkørslen til varegården.

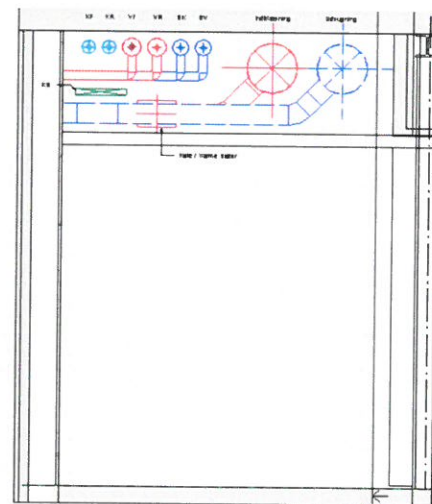
Der etableres installationer for overførsel af overskudsvarme fra kølecentralen til varmeanlægget, så overskudsvarmen fx anvendes til opvarmning af brugsvand eller til gulvvarme i badeværelser.

Varmekilder

Sengestuerne opvarmes via ventilationssystemet. På badeværelser generelt opvarmes der med vandbåren gulvvarme, som sikrer at rummene kan holdes tørre selv ved store vandpåvirkninger. I øvrige rum er den endelige opvarmingsløsning under afklaring, idet der er fokus på at finde en løsning som både er ligatursikker og driftvenlig.



Opstalt af installationer i teknikskabe som kan betjenes udenfor hver sengestue



Snit i gang udenfor sengestue. Installationer over loft

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

Ventilation

De høje krav til sikring og sikkerhed medfører nogle grundlæggende begrænsninger i at kunne udnytte naturlig ventilation og køling i hovedparten af byggeriet, da oplukkelige dele (vinduer) i facaden mod omgivelser udgør en sikkerhedsrisiko og derfor ikke kan anvendes.

Byggeriet skal derudover overholde bygningsklasse 2020 som lavenergibyg-geri, hvilket sammenholdt med byggeriets funktion udfordrer de tekniske løsninger.

Overordnet princip

Ventilationen sker fra decentralt placerede anlæg, der placeres i umiddelbar nærhed af de områder, de skal forsyne. Herved kortes forsyningsveje mellem teknikrum og brugssteder, og samtidigt mindses energitabet til lufttransport i kanalsystemerne. Der anvendes et anlæg for hver af sengeenhederne. Ankomstbygning, multisal, terapibassin og omklædning har adskilte anlæg. Alle anlæg forsynes med pollenfilter, varmegenvinding, og køle- og varmeplader.

Komfort

Da vinduer i sengestuer ikke kan åbnes, vil fugtigheden i den indblæste luft med enhver form for varmegenvinding være lav. Anlæg for sengeenheder samt for ankomstbygning og multisal forsynes med roterende varmevek-

slere, som giver den største genvinding af fugtighed i luften. Den resterende del af den fugtighed, som skal tilføres ventilationsluften for at opnå optimalt indeklima på sengestuerne, tilføres via badning og i resten af bygningen via frisk luft, når døre og vinduer åbnes til gårdhave.

Luftindtag og Luftafkast

Luftindtag til ventilationsanlæg placeres generelt i personalegårde, hvor der ikke er patientadgang. Det gøres for at undgå kontaminering af indtagsluften med uønskede effekter. Luftafkast er placeret uden for yderperiferien og sikres mod uønsket adgang.

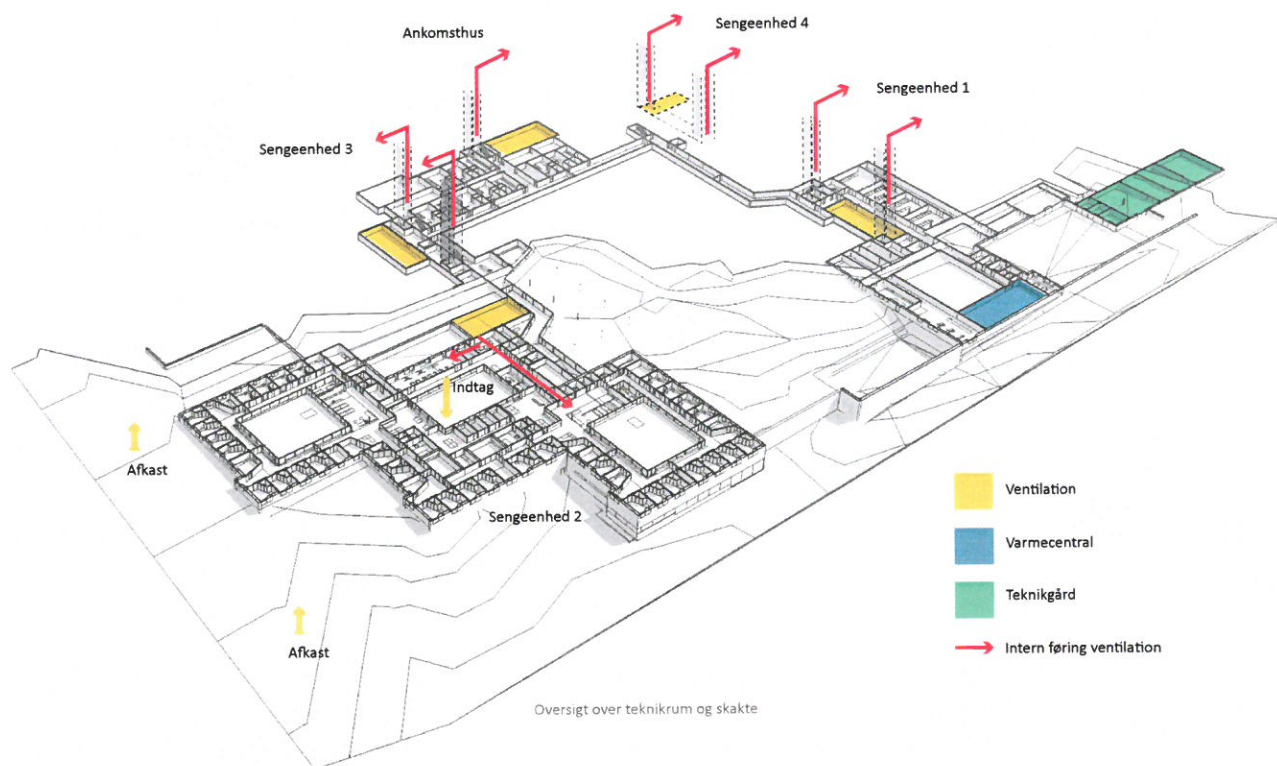
Sengeafsnit og sengestuer

Sengeafsnittene betjenes af separate kanaler, som kan lukkes af i forbindelse med f.eks. service, rengøring af kanaler eller reparationer.

Der etableres mulighed for, at den enkelte patient kan regulere indeklimaet på sin sengestue, så der kan opnås mærkbar køling eller varme.

Personalet har endvidere mulighed for at forcere temperaturen og dermed hurtigt kunne regulere klimaet i de enkelte sengestuer.

I forhold til armaturvalg er der udover fokus på at opnå et godt indeklima fokus på at der skal anvendes specialværktøj til at demontere armaturerne.



Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -29 af 36

FORELØBIG UDGAVER
D. 11.12.2015

4.3 Beskrivelse og hovedprincipper for el

Forsyning

DONG har forsyningspligt, og leverer og driver transformere og forsyning til nybyggeriet. Der etableres to transformere, som forsyner hver sin halvdel af byggeriet. De to transformere placeres i terræn udenfor byggefeltet, inden opstart og uafhængigt af byggeriet. Ved denne placering, opnås en levering af strøm i byggeperioden og efterfølgende forsyner transformerne Ny Retsspsykiatri Sct. Hans.

Nødforsyning UPS

Der etableres nødforsyning til det nye byggeri i form af to generatoranlæg, som sammen forsyner de centrale dele af det nye byggeri.

Udstyr, der end ikke tåler selv korte strømudfald tilsluttes et UPS-anlæg som overtager forsyningen i forbindelse med strømudfald.

Der er regnet med at følgende installationer skal back-up forsynes af UPS-anlæg:

- Krydsfæltsrum.
- Sikringsanlæg, overfaldsalarmsystemet, ADK.
- Udvalgte EDB stikkontakter ved eks. vagtcentralen.
- Nød & Panikbelysning.

Hovedfordeling og føringsveje

Fra hovedtavlerne, der forsynes af transformerne, distribueres til alle fordelingsstavler og tekniktavler rundt omkring i byggeriet. I de aflåselige installationsskabe, ud for hver sengestue, placeres el-tavler, hvilket giver let adgang til at afbryde forsyningen til de enkelte sengestuer.

Der etableres også mulighed for "fjern-afbrydelse" af den enkelte sengestue fra personale-overvågningen i hvert sengeafsnit.

Via servicegangen i kote 10.5 etableres et sammenhængende føringsvejsystem som distribuerer vandret ud i komplekset og frem til de enkelte fordelingsstavler til sengeenheder, ankomstbygning, serviceområde og aktivitetsområde, som er placeret i egne teknikrum.

Herfra føres installationerne lodret op i sengeenhederne og til ankomstbygningen via skakte og videre via gulv og over lofter frem til forbrugsstedet.

Belysningsanlæg

Belysningsanlægget vil være varieret og tilpasset bygningen. Lysets kvalitet og mængde vil være tilpasset rummets funktion og de mennesker, som opholder sig i bygningen, således at et godt optisk indeklima er til stede.

Belysningen i bygningen tilpasser sig til den til hver en tid tilstedeværende tilgang af dagslys, som via dagslysregulering, behovsregulering ved tilstedeværelsesregistrering, og dæmpning, tilsammen sikrer et så lavt energiforbrug til belysningen som overhovedet muligt.

Belysningen udføres med de nyeste lavenergikilder og efter nyeste belysningsprincipper. Dynamisk belysningsprincip vil blive undersøgt i projektforslagsfasen.

På sengestuer etableres der almen belysning og senge lamper samt natbelysning, som kan betjenes af personalet ude fra. Nogle patienter bryder sig ikke om mørke og kan vha den dæmpede natbelysning føle tryghed. Personalet kan tilse patienter om natten, uden at belysningen føles meget kraftig.

Elinstallationer i terræn

I gangstier i aktivitetshaven, indre gårde, parkeringsområde samt i varegården etableres udvendig belysningsanlæg.

Elevator og lift

Der etableres elevatorer ved henholdsvis Sengeenhed 2, 3 og 4. Elevatorerne udformes, så de kan transportere personer, varebure og den nye psykiatriseng fra sengestuerne, når disse ved beboerskift skal transporteres til vaske- rummet i serviceområdet.

I Multisalen etableres en elevator i skakt fra øvre niveau til nedre niveau i salen.

IT og krydsfelt

Bygningens IT-netværk etableres som et selvstændigt netværk, hvor der etableres to hovedkrydsfelter i byggeriet. Krydsfelterne placeres i forskellige områder i hhv. serviceområdet og under ankomsthuset, for at sikre en høj driftssikkerhed.

For at skabe en høj driftssikkerhed, etableres en netværksforbindelse fra det ene hovedkrydsfelt til det eksisterende IT-netværk fra det eksisterende Sct. Hans Øst. Herudover etableres en ny fiberstikledning fra det offentlige net til det andet hovedkrydsfelt, for at sikre redundant forsyning.

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -30 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

Der etableres netværksudtag til arbejdsstationer for personale, printer, IP-telefoni og Wi-Fi Access punkter.

Telefoni

Der etableres traditionel telefonforbindelse til ABA-anlæg samt elevatoralarmer, øvrigt telefonsystem etableres som IP-telefoni via IT-netværket.

Bygningsautomatik

Anlægget vil blive udført med vedligeholdelsesprogram (Facility management), som kan aktivere vedligehold ud fra driftsdata som alarmer, driftstimer og fast serviceinterval.

Under sikringsanlæg etableres et selvstændigt Security Management System for de sikringstekniske installationer herunder systemer for brand, slukning, adgangskontrol, tyverisikring og videoovervågning.

Der etableres og installeres et fuldt integreret BMS-anlæg (Building Management System) på et computerbaseret styresystem, hvor alle bygningens tekniske anlæg samles for optimal overvågning og drift..

Låse- og adgangskontrolanlæg (ADK)

Alle døre til sluser, døre i perimeteren og døre der går fra patientområder til personaleområder etableres med automatisk adgangskontrol og åbnes med elektronisk nøgle kombineret med PIN-kode på kortlæsere.

Dørkontrollanlæg

De adgangskontrollæsere, der etableres ved indgangsdøre til byggeriet samt i sluser, etableres med visuel indikation for om døren er låst eller åben.

Dørstyringsanlæg

Sikkerhedssluser etableres med interlock slusefunktion, således at kun én dør kan åbnes ad gangen og dermed forhindre fri flugt eller gennemtrængning.

Video-porttelefon anlæg

Der etableres opkaldsstationer ved ankomsthuset og i serviceafdelingen. Svartelefoner etableres hhv. i driftsafdelingen og i receptionen.

Overfaldsalarmanlæg

Alt personale udstyres med overfaldsalarmer med positioneringsdækning og -visning på rumniveau i patientområder samt udearealer indenfor perimeteren, så indsatstid ved alarm nedsættes mest muligt.

Indgangsscanner for besøgende

I ankomstbygningen etableres der personscanner og et område til personkontrol af besøgende, pårørende og patienter til fods. Ved stikprøvekontrol vil personalet også kunne passere personscanneren på en smidig og diskret måde. Niveau og antal af person- og taskescannere undersøges nærmere i projektforslagsfasen.

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -31 af 36

6.0 BRANDSTRATEGI

Brandstrategien for det nye retspsykiatriske center er under udarbejdelse i tæt samarbejde og dialog med brandmyndighederne. Et retspsykiatrisk center bryder på visse områder med myndighedskrav i forhold til flugtvejsetablering, flugtvejsskiltning og brandvarsling.

Der har i dispositionsforslagsfasen og senest medio august 2015 været afholdt møder med Roskilde Brandvæsen. På møderne er de i dispositionsforslaget indarbejdede bygningsmæssige tiltag i forhold til brand og redning konfirmeret.

Automatisk brandalarmeringsanlæg (ABA)

I byggeriet etableres to ABA-anlæg, der overvåger separate områder og sikrer hele bygningsanlægget er overvåget.

Den primære dækning/detektering vil ske med røgdetektorer. Detektorer i sikringsafsnit bliver i vandsikret udførsel.

For at sikre en hurtig indsats fra brandvæsenet, vil der i tilfælde af brand blive angivet den præcise lokation via branddetektor. Oplysningerne om brandlokationen vises på et display ved brandvæsnets indsatsvej(e).

Varslingsanlæg

Brandanlægget integreres med varslingsanlæg efter princip om stille varsling, hvor udgangspunktet udelukkende er en visuel varsling. Der vil efter nærmere drøftelse kunne suppleres med varsling ved lyd giver i personaleområder.

Anlægget integreres med overfaldsalarmanlægget, hvorved personalegrupper adviseres om, hvor der er mulig brandforekomst. Udover visuel varsling på den enkelte personalebårne overfaldsalarmanlæg, vil alarm og positionering være synlig på display i personaleområdet i sengeenheden samt på skærme i vagtcentralen.

Automatisk branddørslukning anlæg (ABDL)

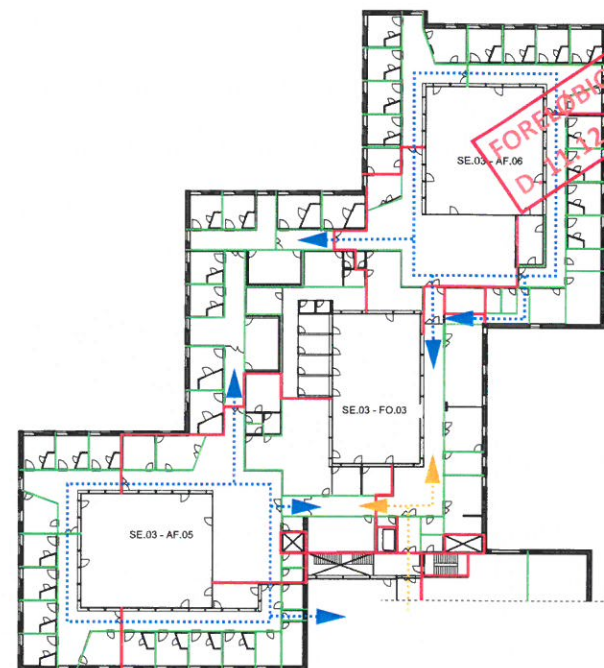
Døre, porte og andre sektioneringsenheder, der har betydning for brandsikkerheden, men som skal kunne stå åben i dagligdagen etableres med ABDL funktion. ABDL fastholder døre i åben position og udløser automatisk lukning ved brandalarm.

ABA PC-overbygning

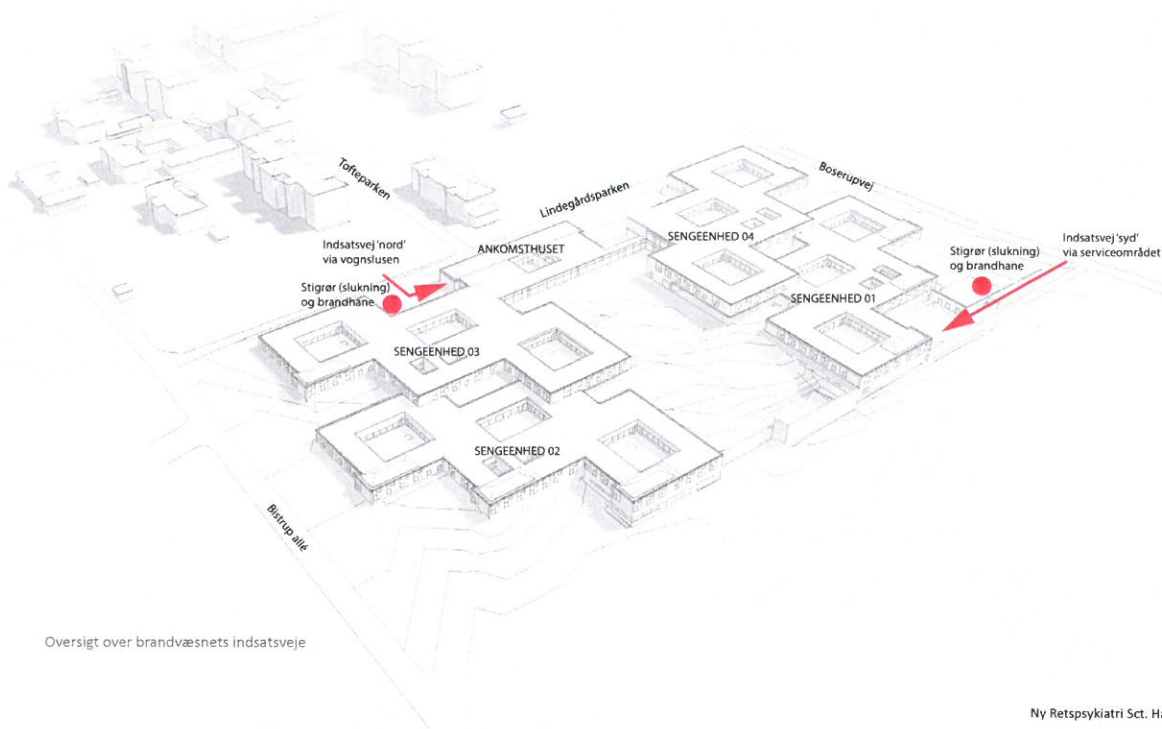
Begge ABA systemer samles under PC Sct. Hans' -overbygning og alle brugerrelaterede hændelser logges for minimum 365 dage.

Signaturforklaring:

Brandsektion: ———
Brandcelle: ———
Flugtveje:
Indsatsvej brandvæsen: - - - - -



Brandforhold i sengeenhed



Oversigt over brandvæsnets indsatsveje

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -32 af 36

6.0 AREALER

Arealopgørelse og planer illustrerer dispositionsforslaget. Inden aflevering af dispositionsforslaget gennemgik projektet en optimeringsrunde, hvor arealer og funktioner blev trimmet uden at gå på kompromis med kvaliteten og uden at fraskære patientrelaterede funktioner og aktivitetstilbud.

Sengeenhederne og havegangen er strammet op og forenklet. Derudover er det besluttet at flytte de administrative funktioner ud af projektet og i stedet etablere disse i det eksisterende Sct. Hans Øst.

Bygning

	Aktivitetsområde	1.870 m ²
	Ankomsthuse - Kælder	948 m ²
	Ankomsthuse	1.090 m ²
	Havegang	623 m ²
	Kælder	1.824 m ²
	Kælder - Kølegård	487 m ²
	Sengeenhed SE.01	3.210 m ²
	Sengeenhed SE.02	3.213 m ²
	Sengeenhed SE.03	3.177 m ²
	Sengeenhed SE.04	3.163 m ²
	Serviceområde	1.395 m ²

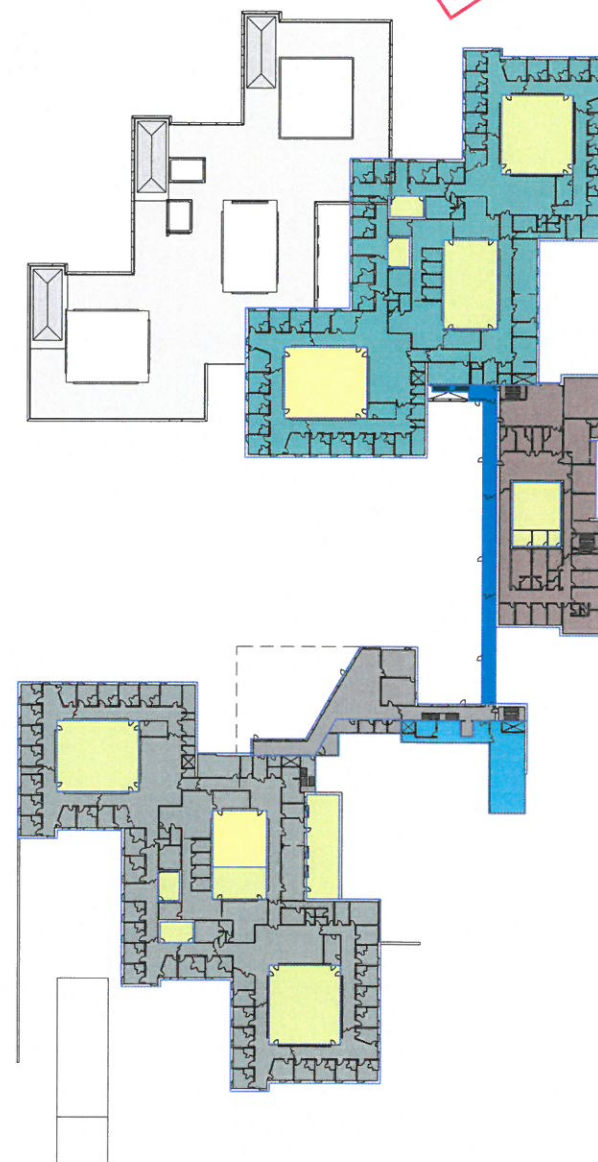
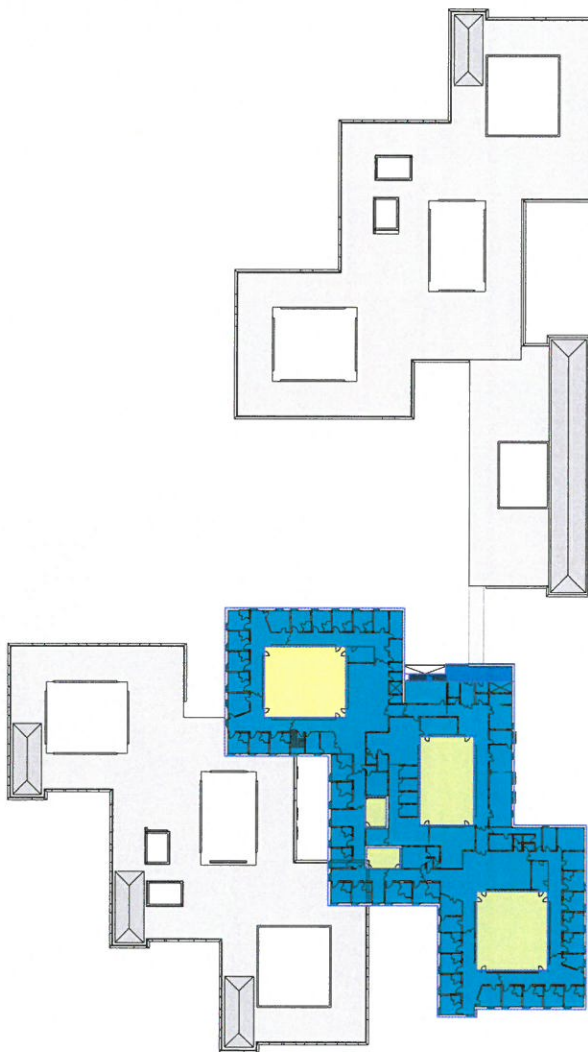
ca. 21.000 m² BRUTTO

Gårdhaver

	Gård over dæk	954 m ²
	Gård over terrændæk	2.810 m ²

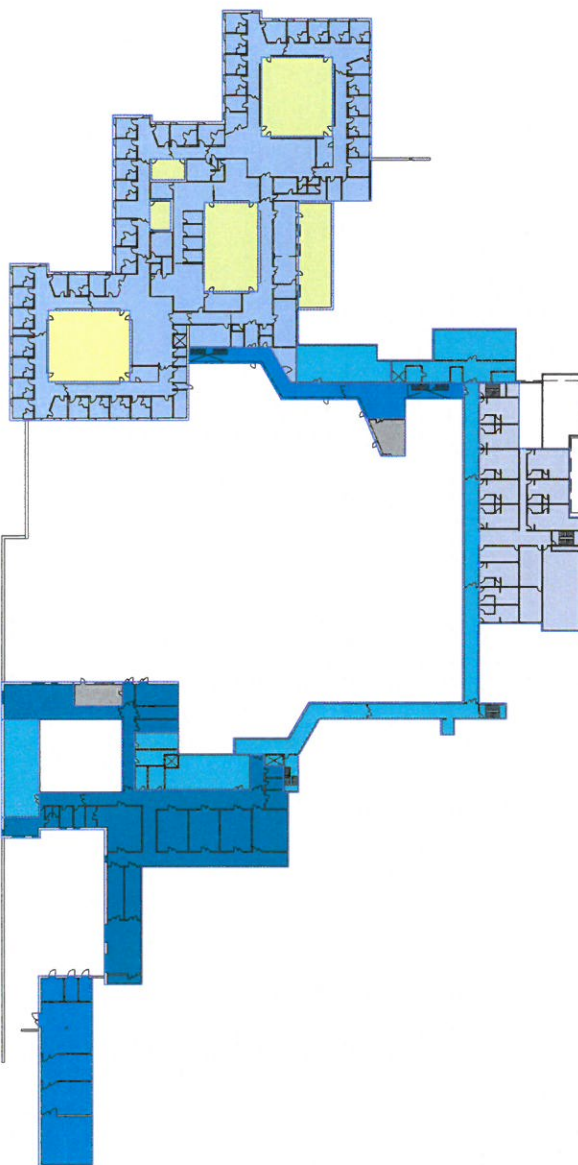
ca. 24.800 m² BRUTTO INKL. GÅRDHAVER

KT. 18.5

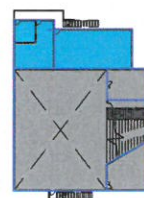


KT. 14.5

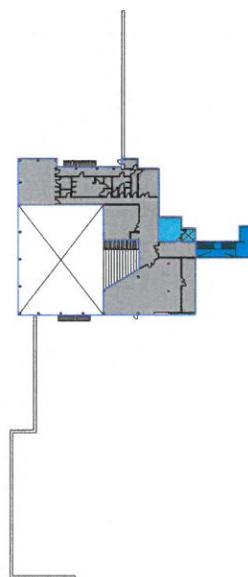
FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015



KT. 10.5



KT. 1.5



KT. 6.0

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans
Bilag 1 - Side -34 af 36

6.2 Revit, rumskemaer, dRofus og drift og vedligehold

Der projekteres i Revit som er et 3D-projekteringsværktøj hvor alle fagdispliner samles. Til at understøtte Revit arbejdes der med dRofus som er et program til rum- og udstyrsplanlægning samt løbende kvalitetssikring af projektet. dRofus og Revit arbejder sammen, og data og egenskaber synkroniseres mellem de to systemer.

I Dispositionsforslagsfasen afleveres rumskemaer for alle standardrum. Rumskemaet viser egenskaber knyttet til funktion af pågældende rum og sammenstiller det projekterede areal med det programmerede areal. I projektforslagsfasen vil oplysninger på inventar og tekniske krav til rummene detaljeres yderligere. Rumskemaerne vil i de kommende faser fungere som et dynamisk værktøj mellem bygherre, brugere og rådgivere.

I rumskemaer indarbejdes udstyrslistes for løst og fast inventar, samt teknisk inventar. Udstyrsdatabasen indeholder egenskaber for funktion og rumtype, programmerede arealer og funktionskrav og udstyr i standardrum.

På sigt giver dRofus bygherrens driftorganisation mulighed for at samle informationer om drift og vedligehold af byggeriet, knyttet op på fx rumniveau, teknik mv.

Aflevering af D&V dokumentation udføres i henhold til den gældende IKT-tekniske afleveringsspecifikation.

Eksempel på rumskema for patientkøkken

Region Hovedstadens Psykiatri
Ny Retspsykiatri Sct. Hans

Rumskema
SE.01

Status: Fra KØ.03

Rumfunktionsnr. 02.01.01.023

Rumnavn

Patientkøkken/træningskøkken

Placering:

02 - Sengeenheder / 01 - Sengeenhed 1 / 01 - Sengeafsnit 1

RFP status

Fra KØ.03

Udstyr i rum

Fra KØ.03

Sidst ændret:

Kodning

Arealer

Grupper

Tegningsnummer

Programmeret

20,00

Tegningsnavn

Projekteret

20,81

Projekteret rumnummer:

Højde

0

Brugsnumr.

Omkreds:

0

Niveau

A-E3-FG

Beskrivelse

Beskrivelse af aktiviteter og funktioner

Udformes som et "familiekøkken". Rummet fungerer også som træningskøkken og grupperum.

Bestykses med ovn, komfur, køleskab, microovn og opvaskemaskine. Indrettes med lille spiseplads og aflåselige skabe.

Personbelastning

Værdi Specifikation

Brugstid, normalt

00

Artikel nr	Artikelnavn	Prioritet	Ansvar	Antal		Budget	
				Brutto	Netto	Enhedspris	Nettopris
637.01.041	Køleskab	0		1	1	0	0
637.01.043	Ovn	0		1	1	0	0
637.01.044	Microovn	0		1	1	0	0
637.01.045	Kopplade	0		1	1	0	0
637.01.046	Opvaskemaskine	0		1	1	0	0
732.03.001	Højskab	0		2	2	0	0
732.03.002	Overskab	0		2	2	0	0
732.03.003	Underskab	0		8	8	0	0
741.02.001	Fast bordplade m. vask	0		1	1	0	0
843.02.005	Spisebord, 8 pers.	0		1	1	0	0
851.02.001	Stol	0		8	8	0	0

hdv. 29. may 2015 14:23

Skrevet ud fra dRofus © 2002-2014 dRofus AS

Side: 22

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retsspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -35 af 36

7.0 ØKONOMI

7.1 Budget

Budgettet for Ny Retsspsykiatri Sct. Hans udgør kr. 550 millioner ekskl. moms (09 PC (byggeomkostningsindeks 120, 5)), og derudover vil der blive ansøgt om et ekstra lånetilsagn fra energipuljen, der udløses ved opfyldelse af bygningsklasse 2020. Det ekstra lånetilsagn udgør 1,93% af bevillingen svarende til kr. 10,6 millioner, således at det samlede budget for projektet udgør kr. 560,6 millioner.

7.2 Overslag for entrepriseomkostningerne

Der blev i dispositionsforslagsfasen udarbejdet et midtvejsoverslag for entrepriseomkostningerne. Overslaget viste primo 2015 en større overskridelse af budgettet for entrepriseomkostningerne som følge af skærpede plan- og myndighedskrav, sikkerhed og sikringsløsninger, opfyldelse af energiramme 2020 samt projektets størrelse og bygbarhed. Derfor blev der i løbet af foråret 2015 gennemført en optimeringsproces. Gennem optimeringen blev bygbarheden af projektet forbedret og projektet blev reduceret med ca. 3.000 m2. Arealredueringen blev gennemført uden væsentlige reduktioner i de patientrelaterede funktioner og områder og i stedet ved primært, at reducere arealer disponeret til kontorer, således at kontorfunktionerne i stedet bibeholdes i de eksisterende bygninger på Sct. Hans Øst. Efter optimeringen var der balance mellem overslag og budget for entrepriseomkostningerne.

Overslaget for entrepriseomkostningerne udgør samlet kr. 411 millioner inkl. 12% til uforudseelige omkostninger i udførelsesfasen samt 3% til IT og medico.

7.3 Øvrige omkostninger

Udover entrepriseomkostningerne er der i budgettet også disponeret om kostninger til kunst (1%), løst inventar, honorarer, tilslutningsomkostninger, byggesagsgebyrer, omkostninger til nedrivning af eksisterende bygninger samt administrative omkostninger, ligesom der er i henhold til regionens retningslinjer er afsat en særlig risikopulje på 5 % svarende til kr. 27,5 millioner. Budgetposterne til de øvrige omkostninger udgør differencen mellem de samlede entrepriseomkostninger på kr. 411 millioner og det samlede budget på kr. 560,6 millioner.

7.4 Change Request

I forhold til at overholde den økonomiske ramme for projektet er der udarbejdet en liste med forskellige muligheder for at tilpasse projektet – change requests - hvis projektet i det videre forløb skulle blive udfordret økonomisk. Listen fremgår af en særskilt oversigt og den indeholder bl.a. reduktionsmuligheder i forhold kulturområdet, musikrummet samt ændring af terapi, multitalen og en sengeenhed til depoter. Hvis der omvendt senere skulle vise sig et økonomisk råderum i forhold til den økonomiske ramme indeholder listen med change requests også muligheder for at opgradere projektet i form af en opgradering af inventaret såvel indvendigt som udvendigt samt muligheden for at indarbejde dynamisk lys i projektet.

7.5 Totaløkonomi

Totaløkonomi i forbindelse med byggeri tager udgangspunkt i, at design, opførelse og drift af bygninger ses i en samlet økonomisk sammenhæng. Viden om bygningernes brug og drift indarbejdes allerede i de indledende faser og alternative løsningsmuligheder vurderes ud fra de samlede omkostninger inklusive de efterfølgende driftsomkostninger.

Inden for projektets økonomiske anlægsramme er der således et stort fokus på at skabe løsninger som tilgodeser den fremtidige rengøring samt drift og vedligehold af de enkelte bygningsdele, og herunder mulighederne for at tilse og udskifte komponenter uden at dette kræver ekstraordinært store foranstaltninger i forhold til adgang og sikkerhed.

7.6 Bygningsdelsoverslag

Sag		NRSK, Ny Retsspsykiatri Sct. Hans		24.09.2015	
Bygningsoverslag				NRM	
Forudsætning:		Bruttoetageareal, inkl. kølegård Prisindeks 2009K2, ekskl. Moms PL indeks		m²	21.000 120,5 100
Prisniveau:					
0.0	Grundomkostninger				
0.1	Håndtering af jord	kr.	0	kr.	0
1.0	Grund- og terrænarbejder:				
1.1	Grundanskaffelse	kr.			
	Tilslutningsafgifter	kr.	0		
1.2	Terrænarbejder - ing.				
	Belægning + el-install.	kr.	7.098.004		
1.3	Terrænarbejder - ark.	kr.	15.265.548	kr.	23.363.552
2.0	Bygningsarbejder:				
2.1	Konstruktioner	kr.	74.078.744		
2.1.2	Nedrivning	kr.	0		
2.2	Bygningsarbejder - ark.	kr.	119.135.967	kr.	193.214.711
3.0	Installationer:				
3.1	Vvs-installationer	kr.	45.638.841		
3.2	El- og mekaniske anlæg	kr.	60.805.855	kr.	107.444.696
4.0	Fast inventar og udstyr			kr.	14.519.932
	Overslag byggeudgifter (pos 1, 2, 3 & 4)			kr.	338.542.391
5.0	Afsat til udvikling af projektforslag			kr.	1.957.109
	Forventede anlægsudgifter i alt ekskl. moms			kr.	340.500.000
6.0	Byggeplads- og vejrligsforanstalt. (håndværkerudgf. pos 1, 2, 3, 4 & 5)				
	Byggeplads 6 %			kr.	20.430.000
	Vejrligsforanstalt.2%			kr.	6.810.000
	Overslag byggeudgifter inkl. Byggeplads- og vejrligsforanstalt.			kr.	367.740.000
7.0	Ufo 12%			kr.	44.128.800
	Overslag samlede byggeudgifter			kr.	411.868.800

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

Punkt nr. 10 - Dispositionsforslag for Ny Retspsykiatri Sankt Hans

Bilag 1 - Side -36 af 36

FORELØBIG UDGAVE
D. 11.12.2015

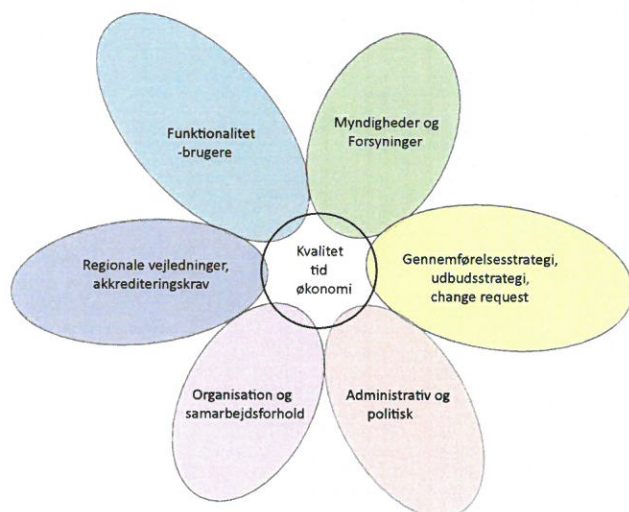
7.7 Kvalitet- og risikostyring

I projektets hovedtidsplan er indlagt specifikke kvalitetssikrings- og granskningsterminer ved hver faseskift for sikring af kvalitet undervejs i projekteringen, i projektet og ved det færdige byggeri.

I forbindelse med dispositionsforslaget har der i Region Hovedstadens regi været afholdt to risikoworkshop's med fokus på afdækning af projektets overordnede risikoområder for på den måde, på et tidligt tidspunkt, at være på forkant med projektets risici, reducere mulige skadevirkninger og skabe størst mulig sikkerhed for at projektet kan gennemføres uden ubehagelige overraskelser.

Resultatet for hver risikoworkshop er indskrevet i bygherrens risikostyringssystem Exonaut Risk, som der månedligt indrapporteres i.

For fokus på risikoområder i projekteringen, har der internt i Totalrådgivers projektteam været afholdt en tilsvarende risikoworkshop med deltagelse af bygherren og repræsentanter for alle firmaer i rådgiverteamet. Mulige risikoområder er identificeret og dette input vil sammen med dispositionsforslaget bidrage som et godt struktureret udgangspunkt for den videre bearbejdning i projektforslaget.

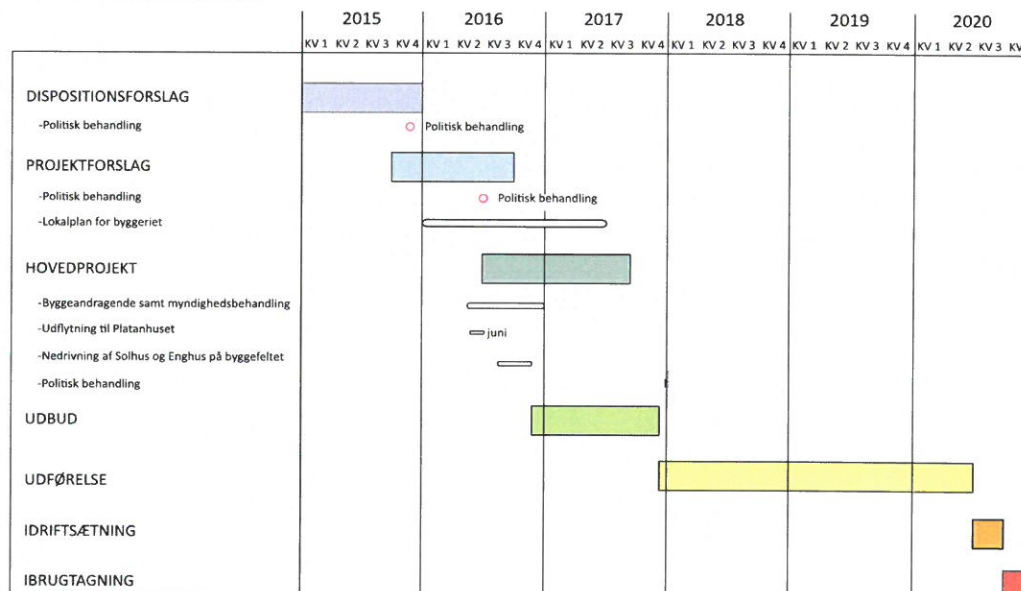


7.8 Tid

I forhold til den oprindelige tidsplan tilbage fra 2012 vil projektet samlet have en forsinkelse på ca 3 år, som relaterer sig til 2,5 år forsinkelse grundet langstrakte forhandlinger med Roskilde Kommune vedr. lokalplansindhold, ca. 3 måneder som relaterer sig til afrundingen af dispositionsforslag og supplerende lovgivningskrav til projektmateriale som grundlag for prækvalifikation og ca. 3 måneder nødvendige justeringer i forhold til hensigtsmæssig opstart.

I projektforslagsfasen vil en nærmere planlægning af udbudsform og byggeprocesforløbet kunne afdække potentielle tidsoptimeringsmuligheder.

POLITISK BESLUTNINGSPLAN





Region
Hovedstaden



SUNDHEDS
PLATFORMEN

Region Hovedstadens business case vedrørende Sundhedsplatformen – et resumé

November 2015

Møde i REGIONSRÅD d. 02-02-2016

Indledning

Dette dokument har til formål at give en kort introduktion til den business case der er udarbejdet i relation til regionens investering i Sundhedsplatformen.

Der er en kort gennemgang af, hvad en business case er og hvordan den skal forstås, samt en gennemgang af den konkrete business case for Sundhedsplatformen.

Visionen for Sundhedsplatformen er, at det overordnet skal være lettere at være patient, at være sundhedsprofessionel, og at lede kvalitet og effektivitet. Mere konkret vil det bl.a. betyde understøttelse af papirløse arbejdsgange i form af én fælles elektronisk patientjournal for alle hospitaler i de to regioner, og den vil således erstatte mange af de nuværende kliniske it-systemer med ét centralt system.

Sundhedsplatformen vil supportere de mest anvendte it-understøttede funktioner i det kliniske personales daglige arbejde, herunder blandt andet patientadministration, notatskrivning, medicinering, planlægning af patientforløb samt håndtering af diverse prøve- og undersøgelsesresultater. Programmet omfatter understøttelse af den centrale patientadministration, klinisk information og planlægning, samt understøttelse af en række specialer. Sundhedsplatformen vil integreres med væsentlige nationale og regionale systemer.

Formål og principper for en business case.

Formålet med en business case er at understøtte beslutningen om at foretage en investering.

Grundlæggende omfatter en business case en beregning og tydeliggørelse af gevinster og udgifter ved et projekt samtidigt med at der tages højde for projektets risici og usikkerhed. Der foretages en sammenligning mellem den nuværende situation og den fremtidige situation, som den skitseres med projektet og investeringen.

Et af formålene med en business case er at fastholde organisationens fokus på, at gevinsterne ved et givent projekt realiseres som forudsat.

Der er i regionens business case for Sundhedsplatformen taget udgangspunkt i bedste praksis og med inspiration fra statens model for udarbejdelse af en business case for it-projekter. Business casen opdateres ved forskellige faseskift i projektet.

Business casens opgørelse over omkostninger er ikke det samme som den bevilling, som Regionsrådet har givet til Sundhedsplatformen,

En business case anvendes til at foretage en samlet vurdering af, om en investering er en fornuftig løsning.

I business casen sammenholdes omkostninger og gevinster ved en investering inkl. risici og usikkerhed.

Formål med en business case er at fastholde fokus på både omkostninger og gevinster

Punkt nr. 11 - Status for sundhedsplatformens økonomi og implementering

Bilag 1 - Side 3 af 10

SUNDHEDS
PLATFORMEN



Region
Hovedstaden



idet business casen ud over selve bevillingen, ligeledes medtager medgåede personaleressourcer samt et økonomisk estimat for projektets risici.

Gevinsterne ved et it-projekt opgøres allerede samtidigt med at der udarbejdes et udbudsgrundlag. Dette betyder, at der er tale om forventede gevinster. Denne del af businesscasen opdateres efterhånden, som gevinstrealiseringen konkretiseres og de fremtidige arbejdsgange fastlægges. Det skal også bemærkes, at der ikke med business casen er taget stilling til i hvilket omfang, og hvordan gevinsterne skal anvendes.

I det følgende gennemgås den konkrete business case for Region Hovedstadens investering i Sundhedsplatformen, således som business casen foreligger med udgangen af oktober 2015. Revisionen af Regionens business case sker i forbindelse med at projektet nu skifter fase pr. 1. november 2015.

*Business casens omkostninger
omfatter mere end den bevilling,
som regionsrådet har givet til
projektet*

Tidsplan

Programmet forventes at forløbe over 6 år fra 2012-2017, og timingen for programmets faser er angivet i Illustration 1.

Overordnet tidsplan

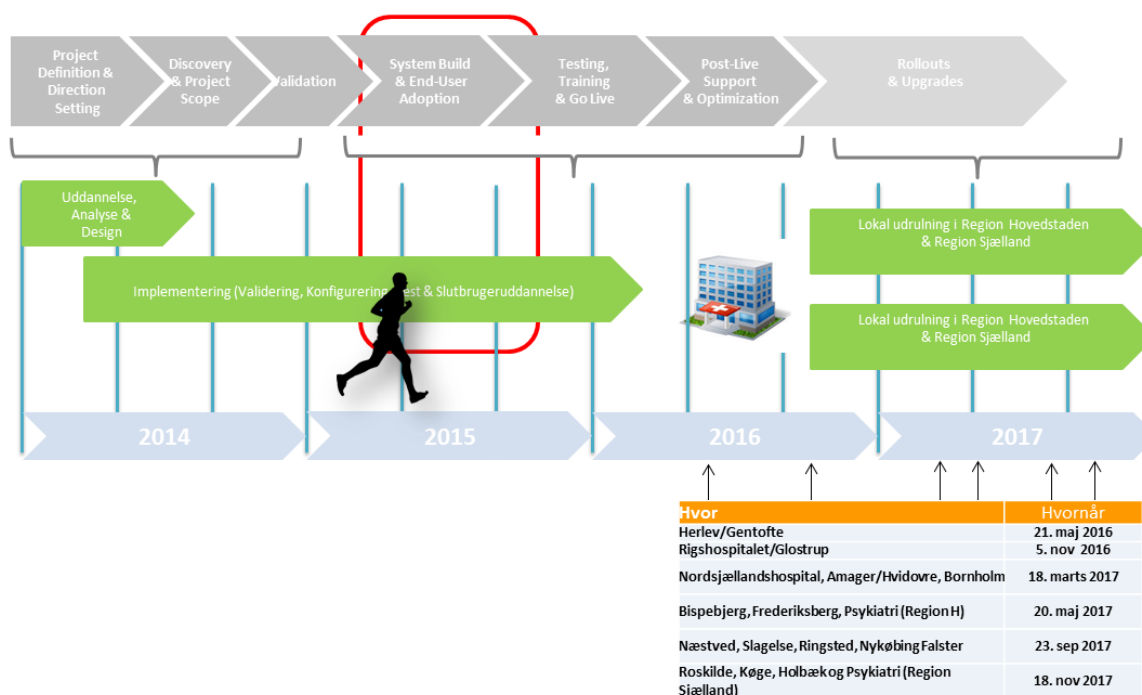


Illustration 1: Overordnet programplan

Gevinsterne ved sundhedsplatformen

Gevinsterne ved Sundhedsplatformen kan inddeles i kvalitative gevinster og økonomiske gevinster. Nedenfor er skitseret de samlede gevinstområder opdelt på de to typer af gevinster.

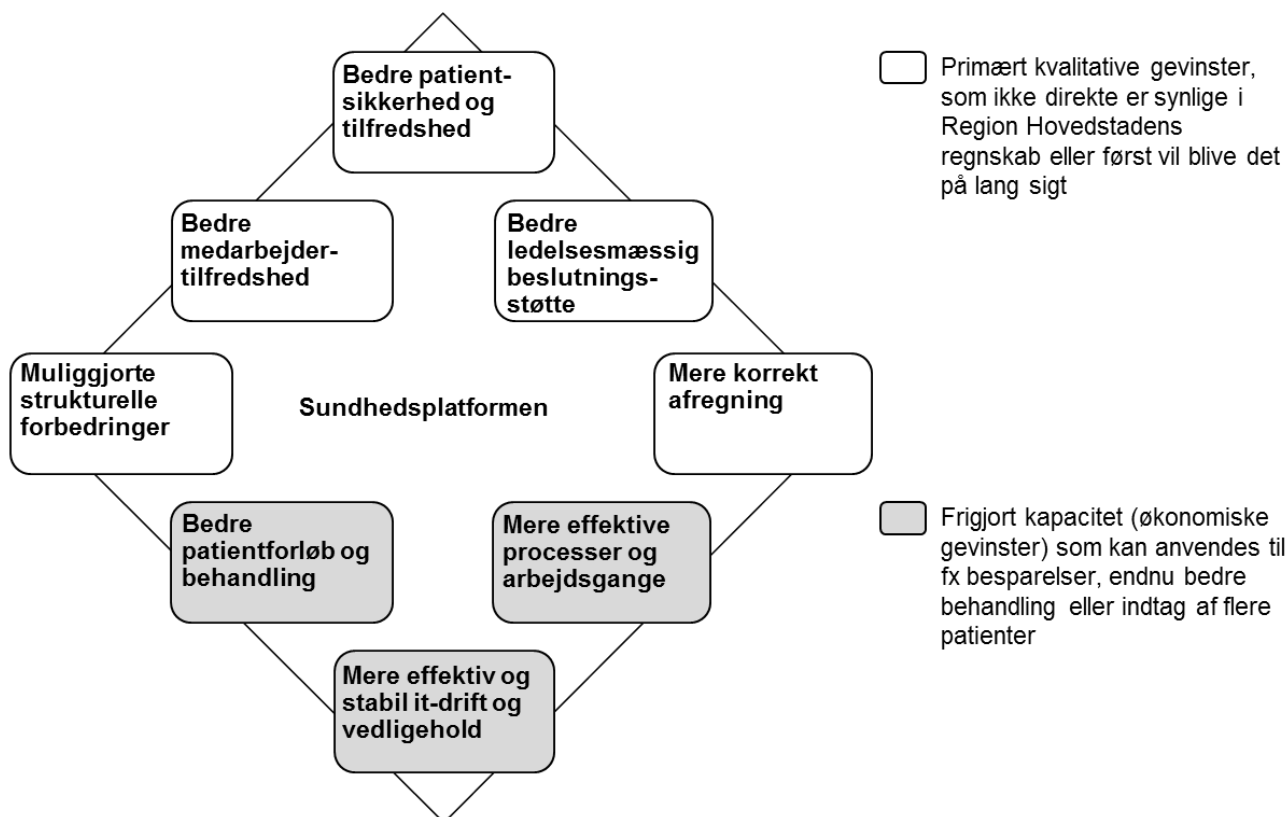


Illustration 2: Typer af gevinster

Hver enkelt af de økonomiske gevinstområder er blevet nedbrudt til nogle konkrete gevinstelementer, som relateres til indholdet i det udbudte it-system. Illustrationen herunder skitserer principperne for gevinstområdet "Bedre patientforløb og behandling".

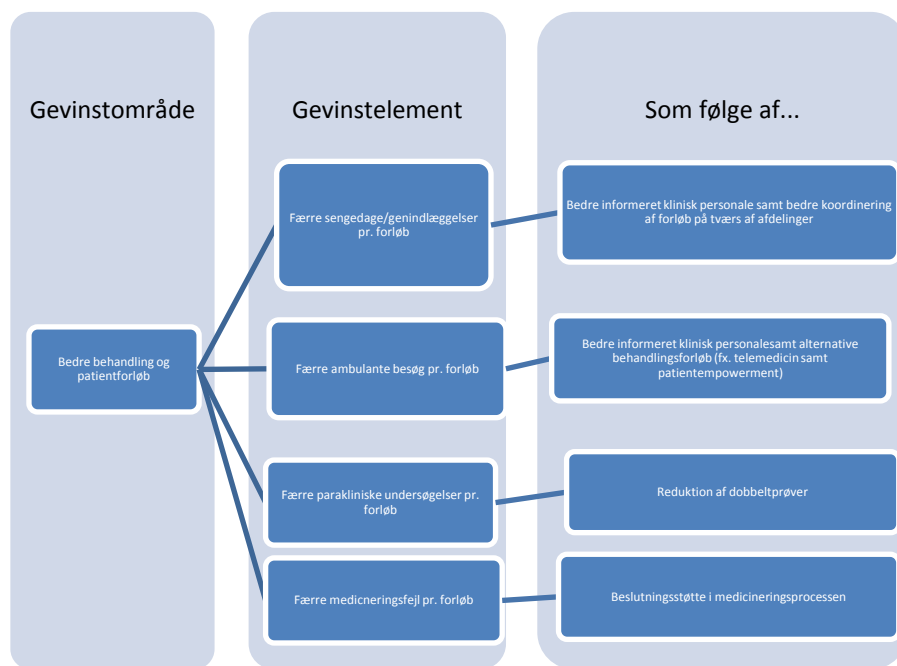


Illustration 3: Principper for gevinstopgørelse

I alt er der identificeret 14 gevinstelementer, og for samtlige af disse er der på hospitalsniveau udarbejdet konkrete estimater baseret på ensartede principper.

Når Sundhedsplatformen og gevinsterne er fuldt indfaset, viser business casen at der kan forventes en gevinst i Region Hovedstaden på mellem 575 mio. kr. og 900 mio. kr. årligt for de 14 gevinstelementer.

*Eksempel på hvordan gevinster beregnes :
Færre parakliniske undersøgelser pr. forløb
er opgjort som en reduktion af radiologiske
undersøgelser med 3-5 pct. og en reduktion
i øvrige kliniske analyser med 3-5 pct.*

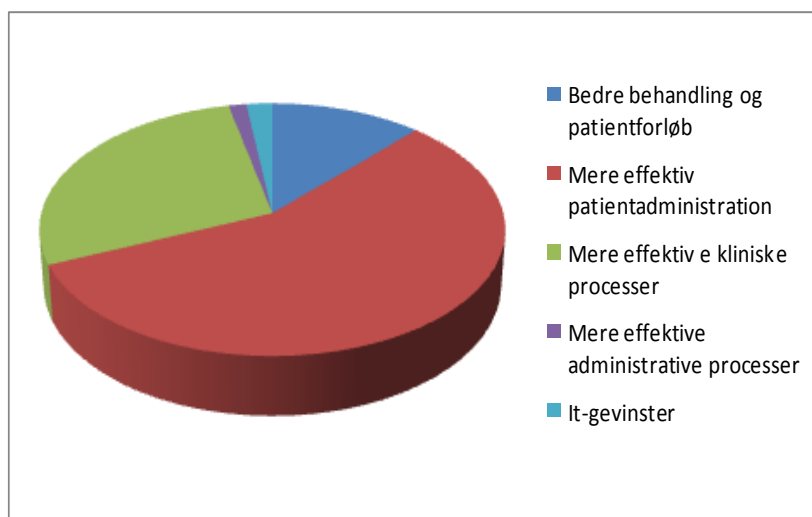


Illustration 4: procentvis fordeling af de økonomisk opgjorte gevinster

*Gevinsten ved
Sundhedsplatformen kan i
kroner opgøres til mellem
575 mio. kr. og 900 mio. kr.
årligt*

Hovedgevinsterne ved investeringen forventes i form af kvalitative forbedringer og identificeres som hhv. bedre patientsikkerhed og tilfredshed, bedre medarbejdertilfredshed og bedre ledelsesmæssig beslutningsstøtte, jf. illustration 2.

Ikke alle de anførte gevinster kan nødvendigvis omsættes til besparelser i kroner. Dele af gevinsterne udmønter sig eksempelvis i frigjort tid og kapacitet, som kan anvendes til flere patientbehandlinger og dermed bidrage til det årlige produktivitetskrav. For nogle områder vil det være nemt at identificere gevinsterne, mens de gevinster, som er spredt ud på mange funktioner gennem marginale besparelser, kan være sværere at realisere som egentlige kronebesparelser. Som eksempel på gevinster som forventes at kunne realiseres som egentlige kronebesparelser er bortfald support og systemudgifter for gamle it-systemer og bortfald af dikteringsopgaver. Mens færre medicineringsfejl er eksempel på en gevinst, som kan være vanskelig at omsætte til egentlige kronebesparelser.

Der vil ved de kommende års budgetforslag blive taget nærmere stilling til hvilke gevinster, der skal realiseres.

Der er ikke med den opstillede business case taget stilling til, hvordan gevinsterne skal anvendes.

Der er medio 2015 etableret en Business Change Manager funktion i Center for Økonomi til realiseringen af de forretningsmæssige gevinster i Region Hovedstaden. Business Change Manageren har det tværgående ansvar for at sikre, at forberedende aktiviteter og støttefunktioner er på plads inden go-live på det første hospital i maj 2016. Regionens gevinstrealisering forudsætter på en aktiv forandringsledelse og på løbende målinger af fastlagte indikatorer for forbedringstiltagene.

Samtidig med implementeringen af Sundhedsplatformen gennemføres andre projekter og initiativer, som påvirker samme gevinstområder som Sundhedsplatformen. Disse omfatter eksempelvis kvalitetsfundsbyggerierne, strukturelle besparelser og andre effektiviseringsprojekter, FMK/fælles medicinkort etc. Business casen medregner ikke gevinster for regionens andre initiativer, men tager forbehold for disse ved at holde gevinstestimerne for Sundhedsplatformen konservative.

Omkostninger vedr. Sundhedsplatformen

Omkostningssiden i business casen består af følgende typer af omkostninger

- Direkte investeringsudgifter, dvs. den projektbevilling som regionsrådet har godkendt til Sundhedsplatformen.

Der vil ved de kommende års budgetforslag blive taget nærmere stilling til, hvilke gevinster, som skal realiseres

Den direkte investeringsomkostning udgør 1,1 mia. kr. ud af den samlede business case-omkostning på 2,1 mia. kr.

- Indirekte omkostninger i form af internt ressourcetræk i form af de medarbejderressourcer som medgår til programmet i programperioden.
- En kapitalisering af risici ved programmet – beregningsteknisk opgjort som 20 pct. af de to ovenstående punkter.
- Forskellen mellem de nuværende og fremtidige drifts- og vedligeholdelsesudgifter.

Som anført i indledningen er det således kun det første element i udgiftssiden, som svarer til den af regionsrådet afgivne bevilling, mens de øvrige elementer beregningsteknisk medtages for at vurdere det samlede ressourcetræk op imod gevinstsiden.

De forventede totale investeringsomkostninger i business casen for Region Hovedstaden udgør 2,1 mia. kr., hvoraf ca. 840 mio. kr. repræsenterer interne personaleomkostninger.

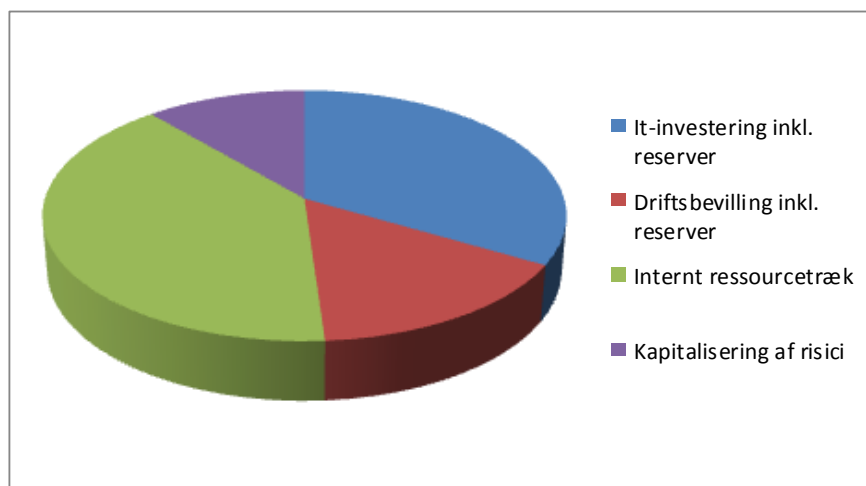


Illustration 5: procentvis fordeling af omkostningerne

Sundhedsplatformens forventede drifts- og vedligeholdelsesomkostninger er estimeret til mellem 170 og 210 mio. kr. årligt, når platformen er fuldt idriftsat, hvilket svarer til en reduktion af de hidtidige drifts- og vedligeholdelsesomkostninger på op til 35 mio. kr. initialt fra 2018.

Ligesom gevinstsiden løbende ajourføres, er der også en løbende ajourføring af omkostningerne, forstået på den måde, at den bliver mere og mere konkret efterhånden som projektet skrider frem og som risiciene mindskes.

Risici

Sundhedsplatformen er forbundet med en række risici, der kan medføre ekstra omkostninger og/eller reduktion af gevinster såfremt

Business casens risikovurdering har til formål at fremhæve de væsentligste og mest sandsynlige risici, herunder håndteringen af disse

Punkt nr. 11 - Status for sundhedsplatformens økonomi og implementering

Bilag 1 - Side 8 af 10

SUNDHEDS
PLATFORMEN



Region
Hovedstaden



de ikke håndteres korrekt. De identificerede risici falder i tre hovedgrupper.

Den første risikogruppe omfatter at organisationen ikke anvender løsningen optimalt, forårsaget af manglende forankring og ejerskab, modstand mod forandring og manglende sikring af rette governance til gennemførelse af standardisering på tværs af regionerne.

Den anden risikogruppe indbefatter forsinket eller fejlagtig leverance af løsningen, herunder overskridelse af budget og tidsplan og manglende funktionalitet i løsningen.

Den tredje risikogruppe omfatter knaphed på ressourcer til implementering grundet Sundhedsplatformens betydelige størrelse og krav til allokering af kliniske ressourcer.

Illustration 6 herunder viser systematikken omkring risicihåndteringen. Hver enkelt identificeret risiko vurderes ud fra sandsynlighed for, at risikoen opstår og dens konsekvens. Ud fra dette fås en samlet risikoscore for risiciene. Der opstilles endvidere beskrivelser af, hvad der skal til for at imødegå de bekræftede risici.

Risikoområde	Risiko nr.	Risiko beskrivelse	Sandsynlighed [1-5]	Konsekvens [1-5]	Risikoprodukt (S x K)	Håndtering af risiko
Organisation anvender ikke løsningen optimalt	1	Organisationen tager ikke i mod Sundhedsplatformen som følge af manglende forankring og ejerskab samt potentiel modstand mod forandring grundet dårlig erfaring med tidligere systemanskaffelser og implementeringsforløb, hvilket kan betyde at væsentlige kvalitative og økonomiske gevinster ikke realiseres	2	4	8	Ledelsesmæssig opbakning omkring Sundhedsplatformen (inkl. central styring) samt relevant og rettidig uddannelse af medarbejderne skal sikre en positiv holdning i organisationen samt lyst til at benytte det nye system. Use case sessioner i dialog og tilbudsfasen samt planlagt uddannelse af medarbejderne, herunder superbrugere, skal sikre oplevet brugervenlighed
	2	Manglende sikring af den rette governance/organisation omkring beslutning og gennemførelse af standardiseringer på tværs af de to regioner kan betyde at potentielle muligheder for standardisering ikke udnyttes hvilket vil reducere forventede gevinster	3	4	12	Ledelsesmæssigt fokus tidligt i forløbet skal sikre enighed om standardiseringsomfang og implementering herfor
Forsinket eller fejlagtig leverance af løsningen	3	Den tekniske løsning lever ikke op til krav om funktionalitet og driftsstabilitet i form af at indeholde mindre funktionalitet end i dag, ikke at være velfungerende i de kliniske arbejds gange samt ikke at være driftssikker med mange nedbrud, hvilket vil reducere størrelsen af de forventede gevinster	2	4	8	Evaluerings og test af løsningernes funktionalitet og infrastruktur i form af use case sessioner, dialogmøder med leverandører og test i it-eksperimentarium skal sikre at specificerede krav til løsningen opfyldes og/eller at kravspecifikationen og gevinsterpotentialer tilpasses til valgte løsning
	4	Tidsplan og/eller budget overskrides hvilket både forsinker realisering af gevinster og øger projektkomkostningerne og dermed vil resultere i en længere tilbagebetalingsperiode	3	5	15	Tæt opfølgning og afstemning af tidsplan og budget med leverandører skal sikre overholdelse af budget og deadlines
Knaphed på ressourcer til implementering	5	Regionen kan ikke stille de nødvendige kliniske ressourcer til rådighed i implementeringsfasen som Sundhedsplatformens betydelige størrelse kræver, hvilket vil forsinke projektets opstart og derved forsinke realisering af gevinster	3	4	12	Ledelsesmæssigt fokus samt tidlig og detaljeret planlægning af relaterede aktiviteter skal sikre at ressourcer med rette kompetencer er tilgængelige eller indhentes til rette tid

Bemærk 1=lav, 2=lav-middel, 3=middel, 4=middel-høj, 5=høj

Illustration 6: Overordnede risici forbundet med Sundhedsplatformen

Afslutning og sammenfatning

Investeringsomkostningerne estimeres til ca. 3 mia. kr. for de to regioner tilsammen, hvoraf de totale investeringsomkostninger for Region Hovedstaden udgør 2,1 mia. kr. Af disse udgør 1,1 mia. kr. eksterne omkostninger til anskaffelse og support, mens 840 mio. kr.

Sundhedsplatformen har tjent sig hjem på mellem 9 og 11 år målt fra projektopstart i 2012

repræsenterer omkostninger til internt ressourceforbrug, herunder ca. 40 % til uddannelse og træning af Sundhedsplatformens brugere.

Ved erstatning af nuværende it-systemer med Sundhedsplatformen forventes reducerede årlige drifts- og vedligeholdelsesomkostninger. Når platformen er fuldt idriftsat, estimeres de årlige drifts- og vedligeholdelsesomkostninger til mellem 170 og 210 mio. kr. årligt, hvilket svarer til en reduktion på 35 mio. kr. initialt fra 2018.

Når Sundhedsplatformen og gevinsterne er fuldt indfaset, viser business casen, at der kan forventes en årlig gevinst i Region Hovedstaden på mellem 575 mio. kr. og 900 mio. kr.

Illustration 7 indeholder en grafisk fremstilling af hovedtallene i business casen – dvs. de samlede omkostninger og de samlede gevinster over perioden frem til 2029.

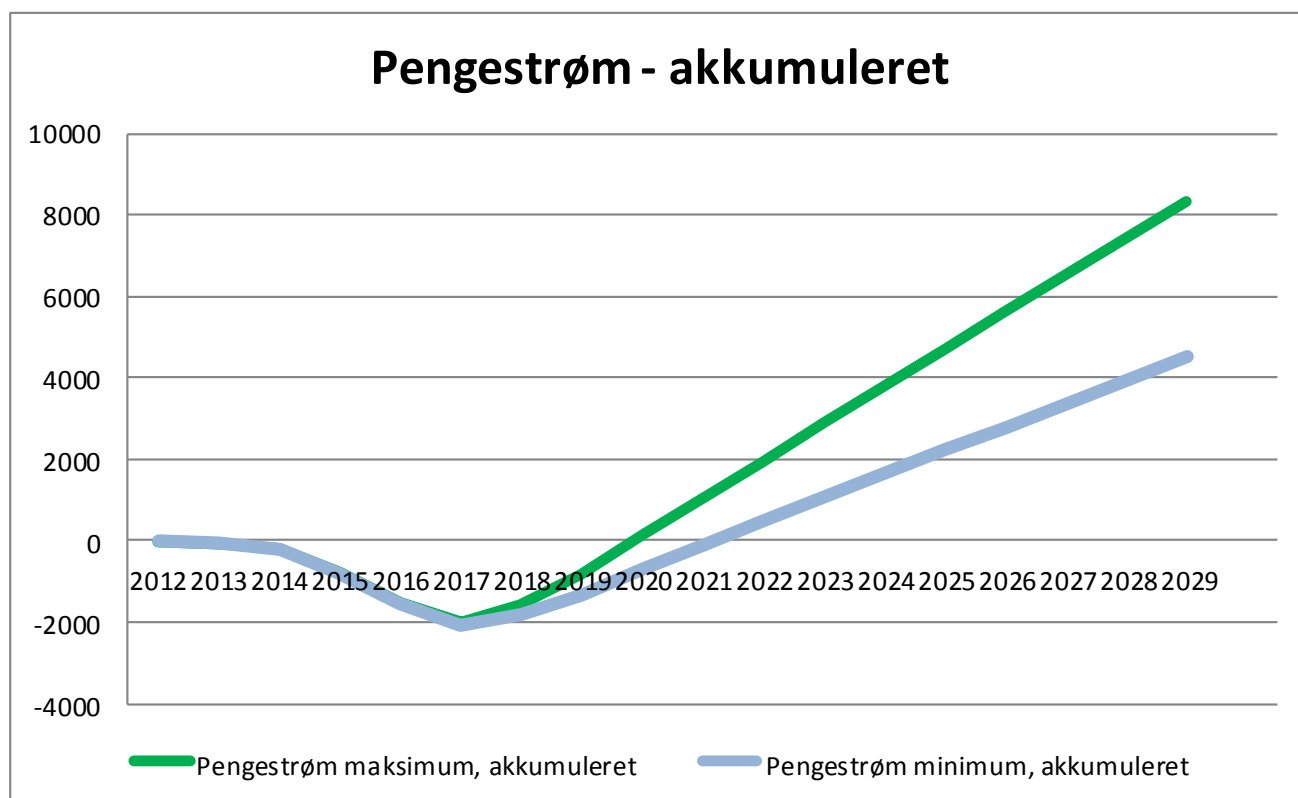


Illustration 7: Projektet akkumulerede omkostninger og gevinster

Investeringen i projektet er i bedste fald tilbagebetalt omkring 2020 og i værste fald 2022 med en tilbagebetalingsperiode på 9-11 år målt fra 2012.

Tilbagebetalingsperioden må ikke forveksles med finansieringsmåden for Sundhedsplatformen, hvor det er besluttet, at en del af investeringen finansieres ved leasing, hvor leasingafgiften løber frem til 2027.

En intern rente viser, hvordan projektet vil klare sig over for andre investeringer

Den interne rente er beregnet til 17-26 % og nutidsværdien ved investeringen estimeres til 2,4 - 4,8 mia. kr. Både projektets interne rente og nettonutidsværdien fortæller, at projektet og investeringen er sund.

Samlet vurderes det, at Sundhedsplatformen såvel økonomisk som kvalitativ er en attraktiv investering.

Nettonutidsværdien er de samlede omkostninger plus de samlede gevinster over anskaffelsens levetid omregnet til nutidens kroner. Hvis nutidsværdien er positiv er business casen positiv

NOTAT

Til:

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 59 45
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 3. december 2015

Afklaring af begrebet "intern rente"

I forbindelse med business casen om sundhedsplatformen anvendes begreberne intern rente og nettonutidsværdi.

Nettonutidsværdien er den samlede værdi af et projekt og består af de samlede omkostninger plus de samlede gevinster. Omkostninger og gevinster, der ligger i fremtiden, er diskonteret til en nutidsværdi, eftersom 1.000 kr. om fem år er mindre værd end 1.000 kr. i dag på grund af investeringspotentialer og inflation. Hvis nettonutidsværdien er positiv er business casen positiv. Business casen for sundhedsplatformen estimerer en nettonutidsværdi på 2,4 – 4,8 mia. kr.

Nettonutidsværdi er beslægtet med intern rente. Nettonutidsværdien giver et konkret tal for om projektet er rentabelt, hvorimod intern rente angiver en procentsats, der kan sammenlignes med andre investeringsmuligheder.

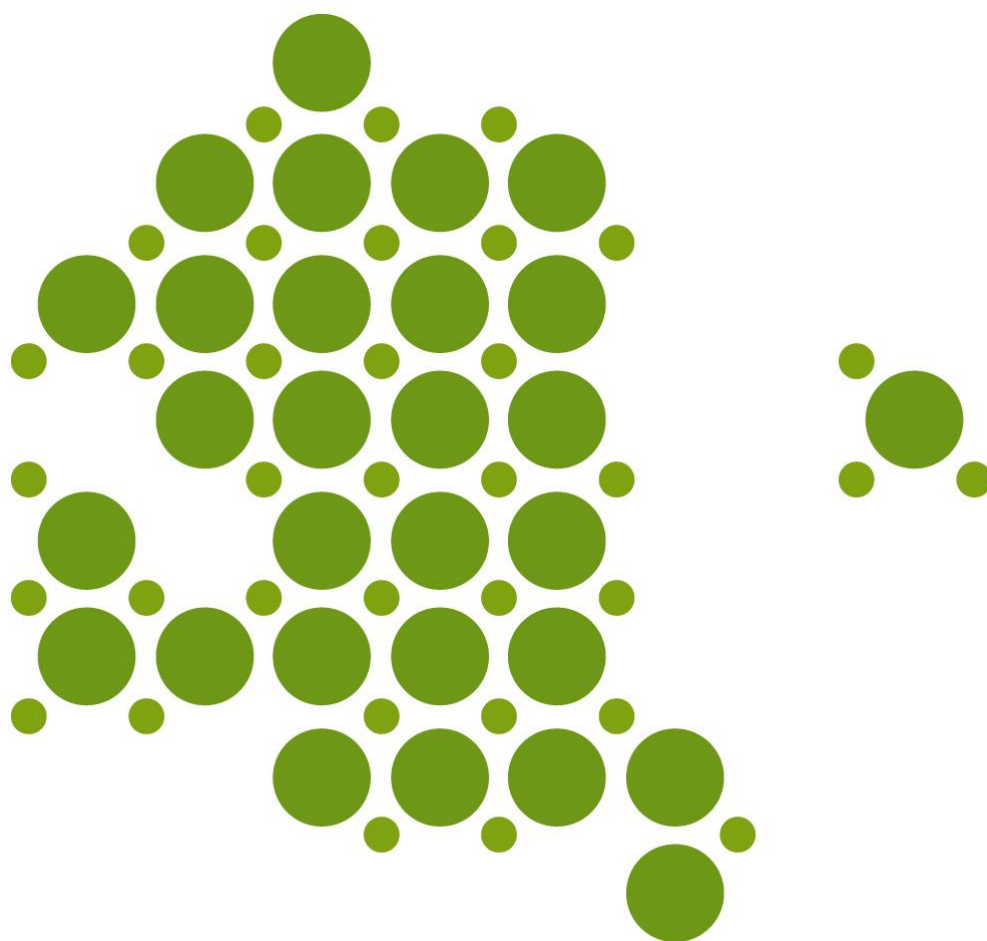
Den interne rente er den rente, hvor en investering har en nettonutidsværdi på nul, dvs. hvor den pågældende investering hverken er fordelagtig eller ufordelagtig. I business casen for sundhedsplatformen er den interne rente estimeret til et sted mellem 17 og 26 pct.

Hvis den rente, der er anvendt ved beregningen af investeringens nutidsværdi, er mindre end den interne rente, er nutidsværdien positiv, og det er fordelagtigt at foretage investeringen. Hvis den rente, der er anvendt ved beregningen af investeringens nutidsværdi, er større end den interne rente, er nutidsværdien negativ, og det er ikke fordelagtigt at foretage investeringen.

Den interne rente er således en imaginær årlig rente, der viser værdien af investeringen i projektet og som kan sammenlignes med den rente, der ligger til grund for beregningen af projektets nutidsværdi. I business casen for sundhedsplatformen er den anvendte markedsrente 4 pct. som er markant mindre end den interne rente på 17 – 26 pct., hvorfor det er fordelagtigt at gennemføre projektet.

Den interne rente viser også, hvordan et projekt vil klare sig overfor andre investeringsmuligheder (for eksempel indkøb af obligationer og bankindskud) eller i forhold til andre projekter.

CENTRAL UDMELDING VEDR. VOKSNE MED KOMPLEKS ERHVERVET HJERNESKADE



AFRAPPORTERING FOR HOVEDSTADSREGIONEN
OKTOBER 2015

INDHOLD

Resumé	3
1. Indledning	5
2. Målgruppen	6
2.1. Registrering af målgruppen	6
3. Højt specialiserede indsatser og tilbud.....	7
3.1. Døgn- og botilbud	8
3.2. Ambulante tilbud	9
3.3. Matrikelløse tilbud.....	10
3.4. Samarbejdsaftaler.....	11
4. Udfordringer	13
5. Tilrettelæggelse og koordination.....	14
6. Metode	17
6.1. Målgruppen	17
6.2. Højt specialiserede tilbud	19

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -3 af 20

RESUMÉ

Dette resumé opsummerer konklusionerne fra hovedstadsregionens afrapportering på Socialstyrelsens centrale udmelding om voksne med kompleks erhvervet hjerneskade fra november 2014.

På baggrund af kommunernes indberetninger skønnes det, at der i hovedstadsregionen i 2014 var ca. 300 personer omfattet af målgruppen voksne på 18 år og opefter med kompleks erhvervet hjerneskade.

Kommunerne i hovedstadsregionen anvender henholdsvis seks døgn- og botilbud og seks ambulante tilbud, som vurderes i højeste grad at leve op til den centrale udmeldings definition af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet, til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Tilbuddene er primært beliggende i hovedstadsregionen, mens fire af tilbuddene er beliggende i andre regioner.

Udover at anvende ovenstående tilbud tilrettelægger størstedelen af kommunerne indsatser for målgruppen i form af helhedsindsatser sammensat af delindsatser fra et eller flere højt specialiserede tilbud, som supplerer kommunens øvrige indsatser i en multidisciplinær tilgang (matrikelløse tilbud). Denne sammensætning af tilbudsvidten bidrager til at sikre højt specialiserede indsatser, som både tager højde for borgernes individuelle behov og ønsker i forhold til nærhed og mindre transporttid og samtidig sikrer en fastholdelse af de nødvendige højt specialiserede kompetencer og den højt specialiseret viden i hovedstadsregionen.

Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden har løbende fokus på at sikre økonomisk og fagligt bæredygtige tilbud til målgruppen. Dette foregår igennem det eksisterende rammeaftalesamarbejde, der årligt afdækker behovet for indsatser og tilbud, ligesom der gennem samarbejde mellem kommuner i regionen og mellem kommuner og tilbud sikres en løbende tilpasning af de konkrete indsatser og tilbud i forhold til behov og efterspørgsel.

Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden oplever gennemgående overensstemmelse mellem udbuddet af højt specialiserede indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade og kommunernes behov for disse. Dette gælder både udbuddet af pladser (kapaciteten) og de konkrete indsatser (indhold og faglighed).

Afrapporteringen fremhæver dog en række områder, der i forskellig grad kan udfordre udbuddet af økonomisk og fagligt bæredygtige tilbud til målgruppen i fremtiden. Udfordringerne på disse områder stiller ikke på nuværende tidspunkt området i akutte problemstillinger, men giver i forskellig grad anledning til handling for at sikre og udvikle udbuddet i fremtiden samt for at sikre, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre.

Nogle af områderne vurderes i hovedstadsregionen primært at kunne imødekommes via koordination og tiltag fra centralt hold, mens andre af udfordringerne i højere grad skal imødekommes lokalt og i et samarbejde mellem kommuner, region og tilbud om nedenstående:

Afrapportering på central udmelding om voksne med kompleks erhvervet hjerneskade

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -4 af 20

- 1) **At sikre en fortsat sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud af ydelser** ved at opretholde koordination af kapaciteten via rammeaftalen, at fremtidssikre kommunikationsområdet i hovedstaden samt at have fortsat fokus på dialog mellem kommuner og mellem kommuner og tilbud, eksempelvis i form af aftaler om samarbejde. Derudover ved at tilbuddene løbende sikrer at tilpasse indsatserne til efterspørgslen og har fokus på kompetenceudvikling og efteruddannelse.
- 2) **At rammerne på området på bedste vis understøtter kommunernes muligheder for at anvende højt specialiserede indsatser og tilbud** ved at der fra centralt hold opstilles kriterier for de højt specialiserede indsatser og tilbud samt er der foretages en landsdækkende kortlægning af tilbuddene ud fra disse kriterier. Derudover, at der fra central hold foretages en evaluering af henvisningen til og finansieringen af de tilbud, som leverer indsatser inden for fritvalgsrammen under Sundhedsloven.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 1 - Side -5 af 20

1. INDLEDNING

Socialstyrelsen har udarbejdet en central udmelding, der vedrører det mest specialiserede socialområde for målgruppen voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i alderen 18 år og opefter.

Formålet med Socialstyrelsens udmelding er at sikre den nødvendige koordination og planlægning af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen på tværs af kommuner og regioner.

Den centrale udmelding skal danne baggrund for en dialog med kommunalbestyrelserne om de højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Socialstyrelsens indgang til dialogen er det eksisterende rammeaftalesamarbejde.

Kommunalbestyrelserne skal afrapportere på den centrale udmelding om voksne med kompleks erhvervet hjerneskade senest den 1. marts¹. Som led i kommunernes afrapportering på den centrale udmelding ønskes det afdækket på tværkommunalt og tværregionalt niveau, hvordan kommunerne og regionerne nu og fremadrettet samarbejder om at videreudvikle og sikre tilstrækkeligt udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud, der er tilpasset målgruppens behov.

Besvarelsen skal ske i overensstemmelse med Socialstyrelsens beskrivelse og afgrænsning af målgruppen samt Socialstyrelsens karakterisering af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Den centrale udmelding er inddelt i følgende fire temaer:

1. Målgruppen
2. Højt specialiserede indsatser og tilbud
3. Eventuelle udfordringer i forhold til at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade
4. Kommunernes tilrettelæggelse og koordination af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen.

Nærværende afrapportering **fra hovedstadsregionen** er bygget op omkring disse fire temaer.

Afrapporteringen bygger på indberetningerne fra hovedstadsregionens 29 kommuner samt drøftelser i en særligt nedsat faglig referencegruppe med repræsentanter fra kommuner og Region Hovedstaden.

Kontakt vedrørende afrapporteringen bedes rettes til Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde, KKR Hovedstaden ved specialkonsulent Søren Kvistgaard (e-mail: sora04@frederiksberg.dk / tlf. 28 98 30 15).

¹ Som en overgangsordning har kommunerne fået en udvidet periode til behandlingen af de første to centrale udmeldinger. Fremadrettet skal afrapporteringen på centrale udmeldinger foreligge i forbindelse med fastlæggelsen af Udviklingsstrategien, som indgår i Rammeaftalen, dvs. 15. oktober.

2. MÅLGRUPPEN

Den centrale udmelding omfatter voksne i alderen 18 år og opefter med kompleks erhvervet hjerneskade med behov for en højt specialiseret indsats og/eller tilbud på det specialiserede socialområde med henblik på at forbedre deres funktionsevne og livskvalitet. Betegnelsen kompleks erhvervet hjerneskade defineres af Socialstyrelsen ud fra, at hjerneskaden er forbundet med komplekse følger i form af komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnededsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder.

På baggrund af den centrale udmeldings definition af målgruppen har kommunerne i hovedstadsregionen opgjort, hvor mange voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, de har været handlekommune for i løbet af 2014. Opgørelsen er afgrænset til borgere i forløbsprogrammets fase III² og omfatter både igangværende og nyttilkomne sager i 2014.

Kommunerne har vurderet, at der i 2014 samlet set var ca. 300 voksne i hovedstadsregionen, der er omfattet af målgruppen.³

Målgruppen vurderes således er være større, end det umiddelbart kan udledes af afgrænsningen af målgruppen i den centrale udmelding. Dette skyldes primært, at definitionen af målgruppen i den centrale udmelding giver rum for fortolkning. Dette betyder blandt andet, at gruppen af borgere med behov for genoptræningsplan på avanceret niveau, som kan have brug for en højt specialiseret indsats på socialområdet, i hovedstadsregionen vurderes at være større end i den centrale udmelding.

Vurderinger af årsagen til differencen er nærmere beskrevet i afsnit 6. Metode.

2.1. REGISTRERING AF MÅLGRUPPEN

Kommunerne i hovedstadsregionen har gennemgående fokus på behovet for systematisk dokumentation i forhold til at sikre sammenhængende og virkningsfulde rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet hjerneskade. Tre fjerdedele af kommunerne i hovedstadsregionen har således angivet, at de foretager systematisk registrering af borgere med kompleks erhvervet hjerneskade på det specialiserede socialområde.

For de fleste kommuners vedkommende foretages registreringerne i regi af kommunernes hjerneskadekoordinerende funktion. Det vil sige enten af kommunernes hjerneskadekoordinator, eller i forbindelse med behandling af sagerne i kommunernes hjerneskadeteams og/eller -samråd. Da registreringerne hovedsageligt foregår i regi af de hjerneskadekoordinerende funktioner, omfatter registreringerne typisk borgere i den erhvervsaktive alder.

² Rehabiliteringsforløb på hjerneskadeområdet inddeles, ifølge Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2011), i fire faser, hvor fase I er den akutte fase, fase II er rehabilitering under indlæggelse, fase III er rehabilitering efter udskrivelse og fase IV er den stabile vedligeholdende fase.

³ Tallet er baseret på indberetninger fra 26 kommuner i hovedstadsregionen. Tre kommuner har ikke opgjort antallet af borgere inden for målgruppen, da de ud fra deres registreringer af borgerne ikke kan differentiere borgere i forhold til kompleksiteten, se også afsnit 6. Metode.

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -7 af 20

Kommunerne registrerer typisk som minimum personoplysninger og oplysninger om skadestidspunkt for borgerne. Enkelte kommuner registrerer derudover diagnose, bevilligede indsatser, forsørgelsesgrundlag, tilknytning til arbejdsmarkedet før og efter skaden og/eller tilknytning til og ressourceanvendelse i forskellige forvaltningsdele. Enkelte kommune angiver, at de registrerer i DHUV-system med diagnose og funktionsevneniveau. Få andre kommuner har i samarbejde etableret en fælles database til registrering af rehabiliteringsforløbene for borgere med erhvervet hjerneskade i den erhvervsaktive alder.

De kommuner, som ikke foretager systematisk registrering af antallet af borgere med erhvervet hjerneskade, angiver som begrundelse, at kommunens størrelse, og dermed hyppigheden af hjerneskadesager, er så lille, at det ikke har været vurderet nødvendigt at foretage systematisk registrering. Disse kommuner foretager dog skriftlig dokumentation af borgerne i forhold til at sikre varetagelsen af de individuelle sager.

En vigtig forudsætning for at kunne foretage systematisk registrering, som er sammenlignelig på tværs af kommuner og regioner, er, at der eksisterer fælles definitioner og sprog at foretage registreringerne ud fra. Dette forefindes ikke i dag, og der efterspørges derfor, at der fra centralt hold er fokus på at udvikle fælles definitioner og sprog omkring målgruppen.

3. HØJT SPECIALISEREDE INDSATSER OG TILBUD

Kommunerne i hovedstadsregionen har indberettet, hvilke tilbud, de har anvendt i 2014 og 2015 til højt specialiseret indsatser på det sociale område til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i forløbsprogrammets fase III.

Kommunerne har desuden haft mulighed for at indberette, hvilke højt specialiserede indsatser de typisk anvender i de pågældende tilbud. Dette giver indsigt i, hvilke indsatser kommunerne primært anvender tilbuddene til. Det skal dog understreges, at der ikke er tale om en udtømmende liste over tilbuddenes indsatser, ligesom besvarelsene er et udtryk for kommunernes egne vurderinger af tilbuddene og deres indsatser.

Kommunerne har indberettet flere tilbud, end der fremgår af nærværende afrapportering. En række tilbud er blevet udeladt af afrapporteringen efter en vurdering foretaget af en faglig referencegruppe, enten fordi tilbuddene kun anvendes af en enkelt kommune eller er vurderet til ikke i tilstrækkeligt omfang at leve op til den centrale udmeldings definition af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Det primære fokus i nærværende afrapportering er lagt på højt specialiserede indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade på det sociale område. De tilbud, der er oplistet i nærværende afrapportering, er således de tilbud, som den faglige referencegruppe vurderer i højeste grad lever op til den centrale udmeldings definition af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet, og som anvendes af minimum to kommuner.

Se afsnit 6. Metode for en nærmere beskrivelse af definitionen af de højt specialiserede indsatser og tilbud.

3.1. DØGN- OG BOTILBUD

I tabel 1 ses en oversigt over seks døgn- og botilbud, som kommunerne i hovedstadsregionen anvendte i 2014 og 2015 til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i fase III i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram, og som vurderes i højeste grad at leve op til definitionerne af højt specialiserede indsatser og tilbud i den centrale udmelding.

Oversigten indeholder tilbud beliggende både inden og uden for regionen. De to døgnrehabiliteringstilbud samt det midlertidige botilbud Kildebo ligger uden for hovedstadsregionen i henholdsvis Region Syddanmark og Region Sjælland. De længerevarende og midlertidige botilbud anvendes også i forløbsprogrammets fase IV.

Vejlefjord Rehabilitering kan udover fra kommunerne også få henvist borgere fra hospital og praktiserende læge via fritvalgsrammen⁴. En væsentlig andel af aktiviteten på dette tilbud skal altså tilskrives henvisning fra anden instans end kommunerne.

Tabel 1: Oversigt over døgn- og botilbud, der anvendes af hovedstadsregionens kommuner, og som vurderes i højeste grad at leve op til definitionerne i den centrale udmelding (i vilkårlig rækkefølge)

Tilbud	Driftsherre (beliggenhed)	Type
Taxhuset	Høje-Taastrup Kommune	Længerevarende botilbud
Rødbo	Ballerup Kommune	Længevarende botilbud
Kildebo	Faxe Kommune (Region Sjælland)	Midlertidigt botilbud
Lions Kollegiet	Selvejende, driftsoverenskomst med Københavns Kommune	Længevarende og midlertidigt botilbud
Center for Neurorehabilitering - Kurhus	Selvejende (Dianalund, Region Sjælland)	Døgnrehabilitering
Vejlefjord Rehabilitering	Selvejende (Vejle, Region Syddanmark)	Døgnrehabilitering

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

På baggrund af kommunernes indberetninger kan det udledes kommunerne typisk anvender botilbuddene til socialpædagogiske indsatser og specialiseret pleje. Af særlige indsatser fremhæves desuden neuropsykologisk og logopædisk indsats. For døgnrehabiliteringstilbuddene fremhæves den samlede rehabiliteringsindsats, herunder genoptræning efter Sundhedsloven og særlige kompetencer som neuropsykolog og logopæd. For Center for Neurorehabilitering - Kurhus fremhæves desuden højt specialiserede sociale indsatser.

Botilbuddene leverer også døgnrehabilitering, hvad angår indsatser efter Serviceloven, men ikke i forhold til indsatser på sundhedsområdet.

⁴ Den specialiserede genoptræning ved Vejlefjord Rehabiliteringscenter har siden 1993 været delvist finansieret af fritvalgsrammen. Rammen er en Finanslovbevilling til specialiserede hospitaler, godkendt i henhold til Sundhedsloven.

3.2. AMBULANTE TILBUD

I tabel 2 ses en oversigt over seks ambulante tilbud, som kommunerne i hovedstadsregionen anvendte i 2014 og 2015 til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i fase III i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram, og som vurderes i højeste grad at leve op til definitionerne af højt specialiserede indsatser og tilbud i den centrale udmelding.

Fem af de seks ambulante tilbud er beliggende i hovedstadsregionen, mens et af tilbuddene er beliggende i Roskilde, Region Sjælland.

Tilsvarende Vejle fjord Rehabilitering kan Center for Hjerneskade få henvist borgere fra hospital og praktiserende læge via fritvalgsrammen.⁵ En væsentlig andel af aktiviteten på Center for Hjerneskade skal altså tilskrives henvisning fra anden instans end kommunerne.

Bornholms Regionskommune har også et kommunikationscenter, som vurderes at kunne levere ydelser på højt specialiseret niveau, herunder i forhold til beskæftigelsesrettede indsatser, audiologopæd og neuropsykolog. Grundet centrets geografiske beliggenhed anvendes det kun af Bornholms Regionskommune og er derfor ikke medtaget i oversigten.

Tabel 2: Oversigt over ambulante tilbud, der anvendes af hovedstadsregionens kommuner, og som vurderes i højeste grad at leve op til definitionerne i den centrale udmelding (i vilkårlig rækkefølge)

Tilbud	Driftsherre (beliggenhed)
Center for Hjerneskade	Selvejende (København)
Kommunikationscentret Region Hovedstaden	Region Hovedstaden (Hellerup og Ballerup)
Kommunikationscentret Hillerød	Hillerød Kommune
Center for Specialundervisning for Voksne (CSV)	Københavns Kommune
Institut for Blinde og Svagsynede (IBOS)	Københavns Kommune (Hellerup)
BOMI	Selvejende (Roskilde, Region Sjælland)

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

På baggrund af kommunernes indberetninger kan det udledes, at Center for Hjerneskade og BOMI anvendes til beskæftigelsesrettede indsatser i form af eksempelvis arbejdsvejledning, arbejdsprøvning- og støtte, samt rehabilitering i form af indsatser rettet mod fysiske og kognitive dysfunktioner. For Center for Hjerneskade fremhæves desuden indsatser mod sproglige dysfunktioner, mens der for BOMI fremhæves indsatser for synsmæssige problemstillinger. Af særlige indsatser fremhæves for begge tilbud især neuropsykologisk og logopædisk indsats.

For de tre kommunikationscentre (Region Hovedstaden, Hillerød og CSV) fremhæves især indsatser målrettet kognitive problemstillinger samt kommunikations- og syns- og hørevanskeligheder. Desuden fremhæves indsatser, der afklarer borgerens behov for kommunikationshjælpemidler. Af særlige kompetencer fremhæves for alle tre tilbud logopæd, mens der for Hillerød og Region Hovedstadens kommunikationscentre desuden fremhæves neuropsykolog. IBOS fremhæves i forhold til synsvanskeligheder og specialundervisning.

⁵ Den specialiserede genoptræning ved Center for Hjerneskade har siden 1993 været delvist finansieret af fritvalgsrammen. Rammen er en Finanslovbevilling til specialiserede hospitaler, godkendt i henhold til Sundhedsloven.

3.3. MATRIKELLØSE TILBUD

Ifølge den centrale udmelding kan et højt specialiseret tilbud på det sociale område enten bestå af indsatser på et matrikelbundet tilbud eller bestå af matrikelløse indsatser. Den forståelse af et matrikelløst tilbud, som ligger til grund for nærværende afrapportering er, at et matrikelløst tilbud omfatter en helhedsindsats sammensat af delindsatser fra et eller flere højt specialiserede tilbud, som supplerer kommunens øvrige indsatser i en multidisciplinær tilgang.

Knap fire femtedele af kommunerne i hovedstadsregionen har indberettet, at de anvender matrikelløse tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Kommunernes anvendelse af de matrikelløse tilbud varierer fra borger til borger og sammensættes individuelt afhængig af borgernes aktuelle behov og funktionsevnenedsættelse. Indsatserne leveres typisk enten i borgerens eget hjem, på kommunernes genoptrænings- og rehabiliteringscentre og/eller på eksterne tilbud, der leverer højt specialiserede indsatser. På denne måde kan kommunerne trække på egne tilbud i forhold til indsatser på specialiseret niveau og supplere med målrettede højt specialiserede indsatser fra øvrige tilbud.

Kommunernes anvendelse af matrikelløse tilbud giver en god mulighed for at skræddersy målrettede indsatsforløb, hvor de relevante faglige kompetencer samles i en multidisciplinær tilgang for at kunne tilbyde indsatser med udgangspunkt i borgerens nærmiljø, ofte i borgerens eget hjem, med en øget virkning som udbytte. Desuden opleves matrikelløse tilbud særligt hensigtsmæssige til borgere, der har behov for en kombination af indsatser på specialiseret og højt specialiseret niveau. Derudover har kommunerne positive erfaringer med at anvende de matrikelløse tilbud som en måde at få iværksat rettidige og målrettede indsatser i tilfælde, hvor der er ventetid til eksterne tilbud, samt i tilfælde hvor borgeren efter endt forløb på et eksternt tilbud fortsat har behov for højt specialiserede indsatser i fase III.

De kommuner, som anvender matrikelløse tilbud, anvender primært de ambulante tilbud oplistet i tabel 2 til levering af indsatser på højt specialiseret niveau. Typisk leverer disse ambulante tilbud indsatser ved neuropsykolog og logopæd samt beskæftigelsesrettede indsatser såsom arbejdsafklaring og arbejdsfastholdelse. Leveringen af disse indsatser kan enten foregå i borgernes eget hjem eller på kommunale tilbud eller centre som udgående funktioner fra tilbuddene, eller på de ambulante tilbud selv. Udover de oplistede ambulante tilbud anvender kommunerne også tilbud, som vurderes at kunne tilbyde specifikke indsatser på højt specialiseret niveau, men som ikke vurderes i tilstrækkelig grad at leve op til Socialstyrelsens definitioner for højt specialiserede tilbud. De specifikke indsatser kan eksempelvis være neuropsykologiske og logopædiske indsatser.

Omkring halvdelen af de kommuner, som anvender matrikelløse tilbud, angiver, at de selv leverer en række indsatser til målgruppen på højt specialiseret niveau. Disse kommuner leverer eksempelvis beskæftigelsesindsatser, logopæd, neuropsykolog og/eller socialpædagogisk bistand på højt specialiseret niveau.

En række kommuner har indgået bilaterale aftaler om samarbejde med ambulante tilbud omkring levering af indsatser til matrikelløse tilbud for på denne måde at sikre en stabil levering af indsatser og sikre en hurtig igangsætning af indsatserne (læs mere herom i afsnit 3.4. om samarbejdsaftaler). Nogle kommuner stiller også lokaler til rådighed for de ambulante tilbud på eksempelvis kommunernes genoptræningscentre, hvilket sikrer tilstedeværelse af de højt specialiserede kompetencer tæt på borgeren og tæt på det faglige miljø og relevante fysiske rammer i kommunerne.

Typisk for matrikelløse tilbud er, at de koordineres på tværs af kommunens forvaltningsområder, der leverer indsatser i rehabiliteringsforløbet, herunder sundhed, social, beskæftigelse og undervisning, og at det sker med borgeren i centrum og ud fra en neurofaglig tilgang. En vigtigt forudsætning for, at kommunerne kan koordinere rettidige, tværfaglige tilbud er etablering af hjerneskadekoordineringsfunktioner i form af hjerneskadekoordinator, hjerneskadeteam og/eller hjerneskadesamråd. Langt størstedelen af kommunerne i hovedstadsregionen har valgt at fastholde de hjerneskadekoordinerende funktioner, som blev etableret i forbindelse med puljemidlerne til hjerneskadeområdet i perioden 2012-2014.⁶

3.4. SAMARBEJDSAFTALER

Formaliserede samarbejdsaftaler forstås i hovedstadsregionens afrapportering som generelle aftaler, der ikke vedrører konkrete, individuelle aftaler i forhold til specifikke borgere. De generelle aftaler kan eksempelvis være abonnementsaftaler eller samarbejder, hvor kommunerne forpligter sig på at anvende bestemte tilbud.

Det generelle billede blandt kommunerne i hovedstadsregionen er, at der gennemgående ikke er indgået formaliserede generelle samarbejdsaftaler af den karakter, der forpligter kommunerne i at anvende et bestemt tilbud. Derimod har mange kommuner i hovedstadsregionen indgået aftaler om samarbejde omkring målgruppen både kommuner imellem, imellem kommuner og region samt imellem kommuner og tilbud.

Samarbejde mellem kommuner og kommuner og region

Mellem alle 29 kommuner og Region Hovedstaden er der via KKR Hovedstadens rammeaftale indgået aftale om samarbejde for det specialiserede socialområde, der bidrager til tværgående koordination af området.

I regi af rammeaftalen foretages hvert år en afdækning af sammenhængen mellem behov og efterspørgsel på de kommunale og regionale højt specialiserede tilbud i hovedstadsregionen, hvilket også omfatter de højt specialiserede tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Afdækningen danner grundlag for, om der skal foretages konkrete justeringer af antal pladser og tilbud i hovedstadsregionen, ligesom den identificerer særlige fokusområder, hvor der er behov for særlig tværkommunale tiltag eller indsatser.

⁶ Forespørgsel vedrørende hjerneskadekoordineringsfunktioner, Fælleskommunalt sekretariat, 2015

Erhvervet hjerneskade har været i fokus i hovedstadsregionens rammeaftalearbejde over en årrække, og vil også være det fremadrettet. I 2012 gennemførtes en dybdegående kortlægning af området for erhvervet hjerneskade. Kortlægningen satte blandt andet fokus på tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade, og hvordan samarbejdet og koordinationen mellem kommuner, hospitaler og de eksterne tilbud kunne bidrage til at sikre sammenhængende forløb til voksne med erhvervet hjerneskade.⁷ I Rammeaftale 2016 er området for erhvervet hjerneskade yderligere udpeget som et særligt fokusområde, hvilket er med til at sikre et tværkommunalt fokus på området, både i de enkelte kommuner og de tværgående fora i KKR Hovedstaden.⁸

Som led i Rammeaftalen har kommunerne og Region Hovedstaden desuden vedtaget en særlig samarbejdsmodel for de mest specialiserede kommunale og regionale tilbud i hovedstadsregionen. Samarbejdsmodellen skal sikre, at viden og kompetencer i de mest specialiserede tilbud videreføres og fastholdes i regionen, såfremt tilbuddene skulle blive lukningstruet. Som led heri bliver alle tilbud omfattet af hovedstadsregionens udviklingsstrategi løbende fulgt og vurderet af en særligt nedsat task force.⁹

Udover rammeaftalesamarbejdet har kommunerne i hovedstadsregionen i begrænset omfang indgået aftaler om samarbejde med andre kommuner i regionen omkring højt specialiserede indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Disse aftaler, der er indgået, omhandler blandt andet fælles kompetenceudvikling, pårørende grupper, deling af særlige kompetencer som eksempelvis logopæd samt systematiseret vidensdeling.

De ni kommuner i Midtklyngen¹⁰ har eksempelvis i august 2015 indgået aftale om at etablere et formelt samarbejde på hjerneskadeområdet. Samarbejdet vil have fokus på ensartet systematisk registrering af borgere med erhvervet hjerneskade, fælles kompetenceudvikling samt udvikling af tværsektorielt samarbejde såvel som tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade.

Samarbejde mellem kommuner og tilbud

Knap en tredjedel af kommunerne i hovedstadsregionen har indgået aftaler om samarbejde med tilbuddene oplistet i tabel 1 og 2. En række kommuner har eksempelvis indgået aftaler med et kommunikationscenter omkring udredning og forløb. Aftalerne om samarbejde dækker typisk alle kommunikationscentrets ydelser, herunder ydelser målrettet borgere med erhvervet hjerneskade og er med til at sikre smidige sagsgange og rettidige indsatser. En række kommuner har desuden indgået aftaler med andre ambulante tilbud såsom BOMI og Center for Hjerneskade, typisk omkring erhvervsafklaringsforløb og pårørendetilbud. Aftalerne om samarbejde anvendes typisk også i forbindelse med kommunernes etablering af matrikelløse tilbud, hvor der indgås aftaler om tilbuddenes levering af højt specialiserede indsatser.

⁷ KKR Hovedstadens kortlægning af barrierer og muligheder på senhjerneskadeområdet, KKR Hovedstaden, 2012.

⁸ Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning i Rammeaftale 2016, KKR Hovedstaden.

⁹ Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning i Rammeaftale 2016, KKR Hovedstaden.

¹⁰ Midtklyngen omfatter kommunerne beliggende i Region Hovedstadens planområde midt på hospitalsområdet: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre kommuner.

En række kommuner, der aktuelt ikke har indgået aftaler om samarbejde, er i færd med at undersøge mulighederne for at indgå samarbejde med andre kommuner og/eller tilbud. Det vurderes, at det er afgørende for at sikre helhedsorienterede og fokuserede rehabiliteringsforløb for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, at tilbud og kommuner indgår i løbende og systematisk dialog omkring sammensætning af indsatserne eksempelvis i form af samarbejdsaftaler.

4. UDFORDRINGER

Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden oplever gennemgående overensstemmelse mellem udbuddet af højt specialiserede indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade og kommunernes behov for disse. Dette gælder både udbuddet af pladser (kapaciteten) og de konkrete indsatser (indhold og faglighed).

Kommunerne og Region Hovedstaden fremhæver imidlertid en række områder, der i forskellig grad udfordrer sammenhængen mellem udbud og efterspørgsel af højt specialiserede indsatser herunder i det konkrete match mellem borgere og tilbud til borgere med kompleks erhvervet hjerneskade i hovedstadsregionen. Dog skal det bemærkes, at disse områder ikke på nuværende tidspunkt opleves at stille området i akutte problemstillinger, men at de i forskellig grad giver anledning til handling. Områderne er samlet under overskrifterne: 1) sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud samt 2) rammerne på området.

*Følgende vurderes at udfordre **sammenhængen mellem efterspørgsel og udbud** af ydelser:*

- Kommunerne oplever, at nogle af de ambulante tilbud udbyder prædefinerede forløbspakker, som ikke nødvendigvis imødekommer behovene hos de enkelte borgere. Dette er for eksempel tilfældet, hvor en borger kun har brug for delydelser i den samlede rehabiliteringsindsats på højt specialiseret niveau, og hvor de øvrige ydelser kan håndteres i kommunens eget regi. Af hensyn til borgerne er det i denne sammenhæng også vigtigt, at de ambulante tilbud kan levere udgående ydelser tættere på borgerne, så blandt andet transporttiden reduceres. Især for den centrale udmeldings målgruppe er lang transporttid ikke hensigtsmæssigt, da det kan udtrætte borgeren fysisk og mentalt og dermed påvirke effekten af indsatserne. Kommunerne oplever, at flere af de ambulante tilbud i de senere år er blevet bedre til at gå i dialog med kommunerne og imødekomme de beskrevne behov, men der opleves fortsat et udviklingspotentiale på området.
- En række af kommunerne i hovedstadsregionen har indberettet, at de oplever ventetid til døgn- og botilbuddene eller de ambulante tilbud, hvilket kan være en udfordring i forhold til at sikre rettidige indsatser for borgerne. Det har ikke været muligt til nærværende afrapportering at afdække de oplevede ventetider nærmere i forhold til det reelle omfang, ventetidernes længde og antallet af borgere på venteliste, ligesom der heller ikke er gjort betragtninger omkring, hvad der er en acceptabel ventetid. Over for en lille målgruppe som voksne med kompleks erhvervet hjerneskade må der forventes et vist niveau af ventetid, da et muligt alternativ er at dimensionere med ledig kapacitet i perioder, hvilket vil være meget omkostningstungt. Kommunernes indberetninger af oplevelsen af ventetid skal derfor tages

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -14 af 20

med forbehold for, hvad en konkret afdækning af ventetider vil vise. I de tilfælde, hvor kommunerne oplever ventetider til tilbuddene, vil kommunerne typisk sammensætte indsatser for de pågældende borgere enten i borgerens eget hjem eller i alternative tilbud, hvor de højt specialiserede indsatser eksempelvis bliver leveret som udgående funktioner fra eksterne tilbud.

- Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade og svær udadreagerende adfærd er ikke omfattet af den centrale udmelding. En række kommuner oplever imidlertid, at de længevarende botilbud har svært ved at rumme borgere med svær udadreagerende adfærd eller med sociale dysfunktioner som følge af kompleks erhvervet hjerneskade. I disse tilfælde må kommunerne finde alternative tilbud og supplere med højt specialiserede indsatser på anden vis.

*Følgende **rammer på området** vurderes at udfordre kommunernes muligheder for at anvende højt specialiserede indsatser og tilbud:*

- Generelt oplever kommunerne i hovedstadsregionen, at fraværet af nationale kriterier og definitioner for højt specialiserede indsatser og tilbud gør det svært for den enkelte kommune at skabe og opretholde et tilstrækkeligt overblik over, hvilke højt specialiserede indsatser der er tilgængelige på hvilke tilbud, samt hvilke ydelser der tilbydes inden for de forskellige specialiseringsniveauer. Kommunerne har fokus på at give borgerne de tilbud og indsatser, som deres funktionsevneniveauer tilsiger, men ofte kan det være svært at finde og skelne mellem de forskellige tilbud. Dette kan være en hindring for en hensigtsmæssig og målrettet udnyttelse af tilbudsviften.
- Som nævnt i afsnit 2 får to af tilbuddene til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade henvist borgere både fra kommunerne samt fra hospitaler og praktiserende læger via fritvalgsrammen efter Sundhedsloven. I forhold til Center for Hjerneskade oplever kommunerne, at tilbuddets status som leverandør under fritvalgsrammen medfører en række uklare henvisningsveje og prioriteringer. Dette opleves blandt andet at medføre ventetider for kommunalt henviste borgere, hvilket er en udfordring i forhold til at sikre rettidige indsatser til borgerne.

5. TILRETTELÆGGELSE OG KOORDINATION

Det er kommunernes og Region Hovedstadens vurdering, at den nuværende sammensætning af tilbudsviften for tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade kombineret med kommunernes anvendelse af indsatser i nærmiljøet med en multidisciplinær tilgang (matrikelløse tilbud) bidrager til at sikre højt specialiserede indsatser, som både tager højde for borgernes behov og ønsker i forhold til nærhed og mindre transporttid og samtidig sikrer en fastholdelse af de nødvendige højt specialiserede kompetencer og højt specialiseret viden i hovedstadsregionen.

Denne sammensætning af tilbudsviften understøttes blandt andet gennem kommunernes hjerneskadekoordinerende funktioner i form af hjerneskadekoordinatorer, hjerneskadeteam

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 1 - Side -15 af 20

og/eller hjerneskadesamråd, der sikrer den nødvendige koordination af de højt specialiserede indsatser på tværs af kommuner, tilbud og sektorer.

De tilbud, som indgår i nærværende afrapportering, og som vurderes i højeste grad at opfylde kriterierne for højt specialiserede tilbud, vurderes i dag at være både fagligt og økonomisk bæredygtige tilbud. Således oplever tilbuddene på nuværende tidspunkt ikke akutte problemstillinger i forhold til at kunne levere højt specialiseret indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Gennem hovedstadsregionens rammeaftalesamarbejde sker en løbende monitorering og opfølgning på sammensætningen af tilbudsviften, ligesom der gennem samarbejde mellem kommuner i regionen og mellem kommuner og tilbud sikres en løbende tilpasning af de konkrete indsatser og tilbud i forhold til behov og efterspørgsel.

Således opleves ingen af de områder, som er beskrevet i afsnit 4, på nuværende tidspunkt at stille området i umiddelbart akutte problemstillinger, men de lægger i forskellig grad op til handling for at sikre udbuddet i fremtiden samt for at sikre, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre. Nedenfor beskrives de områder, hvor hovedstadsregionen oplever et behov for at rette fokus for at fremtidssikre og forbedre området. Områderne er samlet under overskrifterne: 1) sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud samt 2) rammerne på området.

*For at sikre en fortsat **sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud** af ydelser vurderer kommunerne og Region Hovedstaden, at der bør være fokus på følgende områder:*

- At det gode samarbejde mellem alle de 29 kommuner og Region Hovedstaden i regi af hovedstadsregionens Rammeaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisning fortsat vil have fokus på de mest specialiserede tilbud samt at sikre udbuddet af økonomisk og fagligt bæredygtige tilbud på det specialiserede socialområde. I forbindelse med Rammeaftale 2017 vil der eksempelvis være et særligt fokus på at afdække behovet for pladser til borgere med udadreagerende adfærd.
- I regi af Rammeaftalen er der desuden et særligt fokus på regionens kommunikationscentre i forhold til at sikre økonomisk og fagligt bæredygtige centre. Driftsherrerne for de tre kommunikationscentre beliggende på Sjælland¹¹ (Region Hovedstaden, Hillerød og Københavns Kommuner) og KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Socialområdet og Specialundervisning har i forlængelse heraf besluttet at drøfte en reorganisering af området. Ingen af de tre centre er på nuværende tidspunkt i konkrete vanskeligheder i forhold til belægning eller økonomi, men formålet med reorganiseringen er på sigt at sikre forsyningssikkerheden i hovedstadsregionen samt faglige og økonomisk bæredygtige kommunikationscentre, der kan opretholde og udvikle højt specialiserede kompetencer og indsatser med høj kvalitet i faglige vidensmiljøer.

¹¹ Kommunikationscentret i Bornholms Regionskommune vil i udgangspunktet ikke blive berørt heraf, idet reorganiseringen alene omfatter Kommunikationscentret Hillerød, Kommunikationscentret Region Hovedstaden og Center for Specialundervisning for Voksne (CSV, Københavns Kommune).

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -16 af 20

- Et fortsat fokus på at indgå aftaler om samarbejde kommuner imellem og mellem kommuner og tilbud, der medvirker til at sikre en sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud af højt specialiserede indsatser og samtidig bidrager til at imødegå ventetider.
- I forlængelse heraf opfordres tilbuddene til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade til at fortsætte dialogen med kommunerne og den positive udvikling med i højere grad at tilrettelægge indsatserne og tilpasse kapaciteten, så de tilpasses behov hos målgruppen og kommunernes efterspørgsel. For eksempel ved at levere målrettede ydelser lokalt i kommunerne i form af blandt andet udgående funktioner, samt at kunne tilbyde akutte og midlertidige indsatser, når der er behov herfor. Dette gælder både tilbud beliggende i hovedstadsregionen såvel som de tilbud, som kommunerne anvender i andre regioner.
- For at sikre, at tilbuddene til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade fremadrettet har de nødvendige kompetencer, opfordres driftsherrerne til at have opmærksomhed på at sikre efteruddannelse og kompetenceudvikling til personalet, samt sikre at tilbuddene er opdateret på den nyeste forskning og evidens på området. I forlængelse heraf opfordres tilbuddene desuden til fortsat at arbejde på at være synlige og aktivt informere om deres indsatser og udbrede deres særlige viden og faglighed til kommunerne.

*For at **rammerne på området** på bedste vis understøtter kommunernes muligheder for at anvende højt specialiserede indsatser og tilbud bør fokus være på følgende områder:*

- Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden opfordrer til, at der på nationalt plan opstilles kriterier for, hvilke kompetencer der skal være til stede på de forskellige specialiseringsniveauer inden for de forskellige faggrupper involveret i hjerneskaderehabilitering. Dette skal medvirke til at sikre kvaliteten af indsatser og tilbud på de forskellige specialiseringsniveauer.
- I forlængelse heraf opfordres desuden til, at der på nationalt plan foretages en landsdækkende kortlægning af, i hvilken grad tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade lever op til de opstillede kriterier, herunder en afdækning af snitfaldet mellem tilbuddene, og hvilke ydelser de leverer på hvilke niveauer. Dette skal bidrage til en mere kvalificeret og målrettet matchning mellem borger og tilbud, og forventes også at kunne bidrage til at nedbringe oplevede ventetider.
- Endelig opfordres der til, at der på nationalt plan foretages en evaluering af henvisningen til og finansieringen af de tilbud, som både leverer indsatser inden for fritvalgsrammen under Sundhedsloven og andre lovgivninger, blandt andet med henblik på at nedbringe ventetider.

6. METODE

Nærværende afrapportering er baseret på 27 kommunale indberetninger, der omfatter alle hovedstadsregionens 29 kommuner¹², samt drøftelser i en særlig nedsat faglig referencegruppe med repræsentanter fra kommunerne, tilbud og Region Hovedstaden. Deltagerne i den faglige referencegruppe er udvalgt ud fra deres særlige faglige viden og indsigt i området samt et indgående kendskab til indsatser og tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade.

De kommunale indberetninger består af besvarelser på et spørgeskema med samlet set 10 spørgsmål fordelt på tre spørgsmål med afkrydsningsfelter og 7 spørgsmål med fritekstfelter. Spørgsmålene er inden for følgende temaer: Målgruppen, højt specialiserede indsatser og tilbud, udfordringer på området og tilrettelæggelse.

Afrapporteringen er baseret på en svarprocent på spørgeskemaerne på 100, dog med varierende kvalitet i besvarelserne, således at nogle besvarelser er mangelfulde i beskrivelserne af anvendte tilbud, udfordringer mv. Nogle kommuner har givet udtryk for, at de har oplevet det vanskeligt at besvare spørgsmålene. Årsagen hertil skal blandt andet findes i, at i og med volumen af målgruppen er så lille og omfatter flere forvaltningsområder i kommunerne, har det været omfattende at indsamle alle oplysninger. Desuden har flere kommuner haft svært ved at applikere den centrale udmeldings definitioner af målgruppen og højt specialiserede indsatser og tilbud på den kommunale praksis.

Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde har varetaget indsamling og bearbejdelse af data. Sekretariatet har med henblik på kvalificering og kvalitetssikring drøftet og fortolket data med den faglige referencegruppe.

De indkomne data er ikke medtaget i afrapporteringen i den "rå" version, men er anvendt som basis for en fælles afrapportering for hele regionen. Afrapporteringen opsummerer således det generelle billede af området i hovedstadsregionen, og der fremgår ikke data på kommuneniveau. Det skal derfor understreges, at der er tale om en overordnet, generisk analyse, hvor det alene er hovedkonklusionerne, der indgår.

6.1. MÅLGRUPPEN

En erhvervet hjerneskade er i den centrale udmelding defineret som en akut skade, der kan være forårsaget af apopleksi, blødninger i hjernen udover apopleksi, traume, tumor, infektion, forgiftning, iltmangel, giftstoffer mv. Udover årsagen til skaden, så skal hjerneskaden også være opstået tidligst 28 dage efter fødslen, for at der er tale om en erhvervet hjerneskade og ikke en medfødt hjerneskade.

I den centrale udmelding afgrænses målgruppen desuden ud fra to kriterier:

¹² Ishøj og Vallensbæk kommuner samt Tårnby og Dragør kommuner har indgået forpligtende samarbejder på det specialiserede socialområde, hvilket betyder, at de har indsendt samlede besvarelser. Således er det samlede antal af indberetninger i nærværende afrapportering 27.

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -18 af 20

- 1) Voksne med erhvervet hjerneskade med behov for genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau i kommunerne (jf. Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade), samt
- 2) Voksne med erhvervet hjerneskade med behov for genoptræningsplan til avanceret niveau, men som ved overgang til kommunerne eller senere i forløbet har behov for en højt specialiseret indsats på socialområdet på grund af sværhedsgraden af følgerne, mængden af berørte funktionsområder og/eller følgerne konsekvenser for borgerens samlede livssituation.

Målgruppen for den centrale udmelding omfatter både borgere efter kriterium 1 og 2. Sundhedsstyrelsen vurderer omfanget af borgere inden for kriterium 1 til samlet set på landsplan at være 350-450 borgere årligt, mens Socialstyrelsen i den centrale udmelding vurderer omfanget af borgere inden for kriterium 2 til at være en ikke nærmere defineret mindre gruppe borgere.

Sværhedsgraden og omfanget af funktionsevnedssættelser og/eller sociale problemstillinger indgår i den samlede vurdering af behovet for højt specialiserede indsatser og tilbud. Funktionsevnedssættelser skal tillige være kombineret med et behov for en højt specialiseret indsats og/eller tilbud for at være omfattet af den centrale udmelding.

I det spørgeskema, der blev udsendt til kommunerne i hovedstadsregionen er der foretaget en præcisering af den centrale udmeldings definition og afgrænsning af målgruppen for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Præciseringen er sket i samråd med den faglige referencegruppe, ligesom tvivlsspørgsmål er afklaret med Socialstyrelsen. Præciseringen har bidraget til at gøre målgruppeafgrænsningen mere operationaliserbar for kommunerne, men har dog ikke kunnet bidrage til en fuld afklaring af målgruppen.

Til opgørelsen af antallet inden for målgruppen har kommunerne således skulle svare på følgende spørgsmål:

"Hvor mange voksne med kompleks erhvervet hjerneskade skønnes det, at kommunen har været handlekommune for i løbet af 2014?"

Spørgsmålet er ledsaget af en bemærkning om, at opgørelsen kun skal omfatte borgere i fase III i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade. Denne præcisering er valgt, da den centrale udmelding kun omfatter højt specialiserede indsatser og tilbud, der med et rehabiliterende sigte iværksættes som et tidsbestemt forløb i fase III med henblik på, at borgeren opnår bedst mulige funktionsevner.

Fælleskommunalt sekretariat har efterfølgende kvalificeret kommunernes indberetninger gennem en dialog telefonisk og via e-mail med kommunerne.

Kommunerne har vurderet, at der i 2014 samlet set var 293 voksne i hovedstadsregionen, der er omfattet af målgruppen. Tallet er baseret på 24 ud af de 27 kommunale indberetninger i hovedstadsregionen. Tre kommuner har ikke opgjort antallet af borgere inden for målgruppen, da

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -19 af 20

de ud fra deres registreringer af borgerne ikke kan differentiere borgere i forhold til kompleksiteten.

Hovedstadsregionens befolkning udgjorde i 4. kvartal af 2014 cirka 31 procent af den samlede befolkning i landet i alderen 18 år og opefter. Såfremt det antages, at andelen af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i hovedstadsregionen også udgør 31 procent af målgruppen på landsplan, burde antallet af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i hovedstadsregionen udgøre omtrent det halve af det indberettede antal. Der er således en væsentlig difference mellem det indberettede antal, og det estimat som kan udledes af den centrale udmelding.

Der er forskellige forklaringer på differencen mellem kommunernes indberetninger og estimerne i den centrale udmelding. Den primære forklaring vurderes at være, at den centrale udmeldings definition og afgrænsning af målgruppen giver store fortolkningsmuligheder. Det vurderes, at kommunerne har anvendt en fortolkning af kriterium 2 i målgruppeafgrænsningen, som medfører, at kommunernes indberetninger både omfatter voksne, som har behov for højt specialiserede ydelser i alle dele af rehabiliteringsindsatsen, såvel som voksne, som kun har behov for højt specialiserede ydelser inden for delelementer af den samlede rehabiliteringsindsats. Kommunerne oplever, at denne gruppe af borgere, der rent sundhedsfagligt kun har behov for genoptræning på avanceret niveau, ofte på grund af sociale, psykologiske eller andre problemstillinger har behov for intensive og målrettede sociale indsatser for at sikre en vellykket rehabilitering.

Desuden har det været en udfordring for kommunerne at anvende den centrale udmeldings afgrænsning af målgruppen, da den tager udgangspunkt i definitionerne i Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinjer fra januar 2015, mens den centrale udmelding blev udsendt 1. november 2014. De faglige visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering er således først blevet implementeret i kommunerne i løbet af 2015, og har ikke været benyttet på kommunernes sager i 2014 i forbindelse med registrering. Kommunerne har derfor bagudrettet måtte foretage et skøn over, hvilke borgere der har kunnet passe ind under målgruppen.

6.2. HØJT SPECIALISEREDE TILBUD

Den centrale udmelding omfatter de højt specialiserede indsatser og tilbud, der med et rehabiliterende sigte iværksættes som et tidsbestemt forløb i fase III med henblik på, at borgeren opnår bedst mulige funktionsevner, jf. Sundhedsstyrelsens faseinddeling fra Forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011.

Ifølge den centrale udmelding er højt specialiserede indsatser og tilbud på hjerneskadeområdet kendetegnet ved, at de varetages af eller i samarbejde med andre højt specialiserede vidensmiljøer. De sociale indsatser bidrager her til det samlede rehabiliteringsforløb, som også kan bestå af indsatser fra undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet.

I den centrale udmelding skelnes på socialområdet mellem indsatser på alment, specialiseret og højt specialiseret niveau, hvor sundhedsområdet skelner mellem indsatser på basalt, avanceret og

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 1 - Side -20 af 20

specialiseret niveau. Socialområdets højt specialiserede niveau kan sidestilles med sundhedsområdets specialiserede niveau, dog med følgende undtagelser:

- Socialområdet har ikke forskningsforpligtigelse, og derfor kan der ikke stilles krav om, at det højt specialiserede niveau er forskningsdrivende
- Højt specialiserede vidensmiljøer på socialområdet har ikke som forudsætning, at der er tre ansat i hver relevant faggruppe. Retningsgivende for den centrale udmelding er, at der er tre personer med beslægtet faglighed med henblik på, at de højt specialiserede tilbud har tilstrækkelig robusthed til at varetage opgaverne året rundt.

På det sociale område kan et højt specialiseret tilbud enten bestå af indsatser på et "matrikelbundet" tilbud eller bestå af "matrikelløse" indsatser. Et "matrikelløst" tilbud består af et fagligt kompetent team med tilknytning til højt specialiserede tilbud.

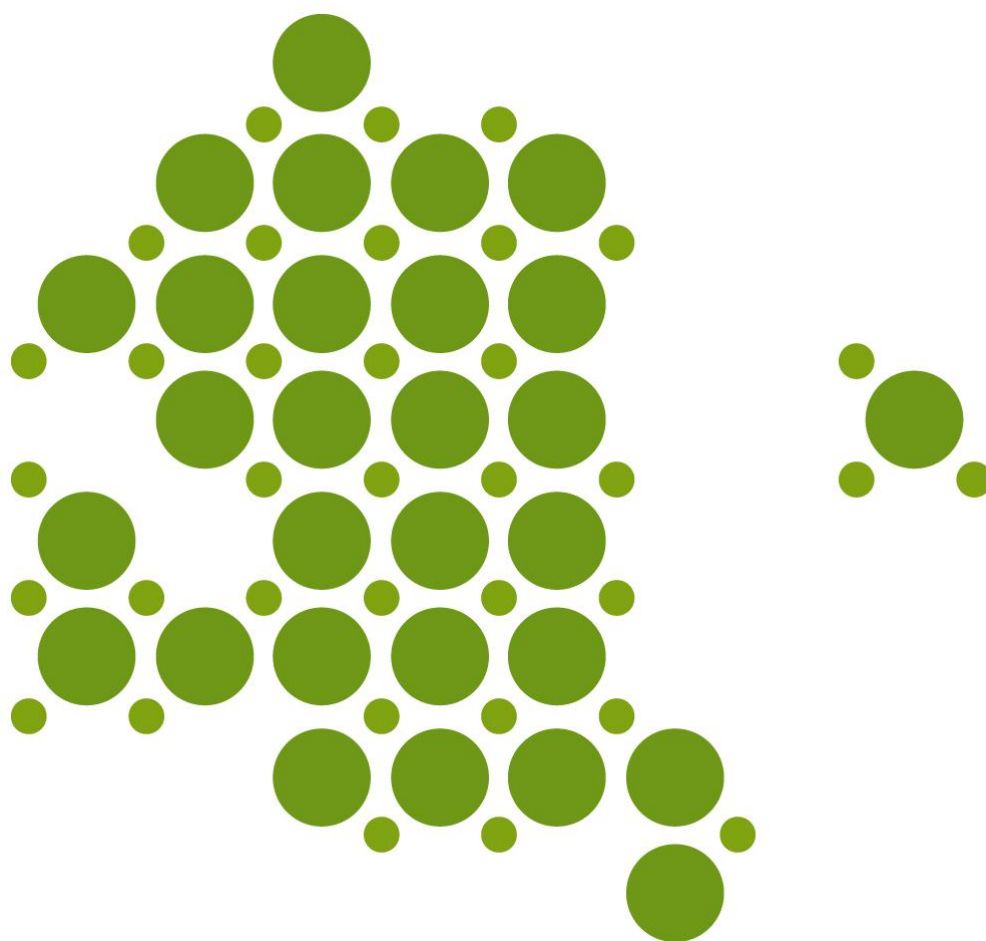
Kommunerne er blevet bedt om at indberette hvilke højt specialiserede tilbud, de har anvendt i 2014 og 2015 til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade i forløbsprogrammets fase III.

Til trods for at det specialiserede socialområde er omdrejningspunktet for den centrale udmelding, oplister den centrale udmeldings definition af højt specialiserede indsatser og tilbud som beskrevet imidlertid også indsatser og kompetencer på undervisnings- beskæftigelses- og sundhedsområdet med henblik på at sikre en multidisciplinær tilgang til borgerne. Det er således uklart i hvilken grad de øvrige områder også skal være omfattet af et tilbud for, at det kan defineres som højt specialiseret. Desuden har den centrale udmeldings definition af de højt specialiserede indsatser og tilbud skabt usikkerhed om, hvorvidt et tilbud skal efterleve samtlige af de opstillede kriterier vedrørende indsatser, kompetencer, teknologi mv., hovedparten af dem eller blot få af dem. Dette afspejles også i kommunernes indberetninger, hvor der er stor forskel på, hvor mange tilbud samt hvilke typer af tilbud kommunerne har indberettet.

Disse forhold betyder, at den centrale udmeldings definition af de højt specialiserede indsatser og tilbud indeholder mulighed for fortolkning. Kommunernes indberetninger er derfor blevet kvalificeret af den faglige referencegruppe, som på baggrund af gruppens kendskab til omfanget og specialiseringsgraden af de enkelte tilbuds indsatser har udvalgt de tilbud, som vurderes i højeste grad at leve op til den centrale udmeldings definition af højt specialiserede indsatser og tilbud.

De medtagne tilbud, der er oplistet i nærværende afrapportering, er således de tilbud, som den faglige referencegruppe vurderer i højeste grad lever op til den centrale udmeldings definition af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet, og som anvendes af to eller flere kommuner.

CENTRAL UDMELDING VEDR. BØRN OG UNGE MED ALVORLIG SYNSNEDSÆTTELSE



AFRAPPORTERING FOR HOVEDSTADSREGIONEN
OKTOBER 2015

INDHOLD

Resumé	3
1. Indledning	5
2. Målgruppen	6
2.1 Børn og unge med alvorlig synsnedsættelse	7
2.2 Børn og unge med sammensatte vanskeligheder	9
3. Højt specialiserede indsatser og tilbud.....	11
4. Samarbejdsaftaler.....	15
5. Udfordringer	17
6. Tilrettelæggelse og koordination.....	20
7. Metode	23
7. 1 Besvarelser vedrørende målgruppen	23
7. 2 Besvarelser vedrørende højt specialiserede indsatser og tilbud.....	26

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -3 af 26

RESUMÉ

Resuméet opsummerer konklusionerne fra hovedstadsregionens afrapportering på Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse fra november 2014.

På baggrund af kommunernes indberetninger vurderes det, at 212 børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse i alderen 0-17 år¹ er bosat i hovedstadsregionen, hvilket svarer til 0,1 procent af det samlede antal børn og unge i regionen. Flertallet af de 212 børn og unge er i den undervisningspligtige alder, og 60 procent har sammensatte vanskeligheder, dvs. vanskeligheder ud over syns- og hørselsnedsættelsen.

Kommunerne i hovedstadsregionen anvender fortrinsvis en afgrænset gruppe af højt specialiserede tilbud til målgruppen på tre kommunale tilbud inden for hovedstadsregionen og tre regionale tilbud i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Der er forskel på, hvilke tilbud kommunerne anvender til eksempelvis *levering* af teknologi, materiale m.v. og til at *understøtte* børnenes/de unges anvendelse af disse teknologier og materialer. Det generelle billede er, at udvikling og levering af teknologi, materialer, udbud af kurser samt vidensmiljøer er forankret på de højt specialiserede tilbud målrettet børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse og sammensatte vanskeligheder, mens selve understøttelsen af anvendelsen af eksempelvis materialer i enten specialtilbud eller almentilbud i mange tilfælde er et samarbejde mellem fagpersonale som pædagoger, lærere, talehørereksulenter m.v. og synskonsulenter. Dette opleves i hovedstadsregionen som en hensigtsmæssig fordeling til både at sikre den nødvendige nærhed til kommuner og borgere samt den nødvendige viden og udvikling på området.

Det generelle billede blandt kommunerne i hovedstadsregionen er, at flere af kommunerne har indgået aftaler om samarbejde omkring målgruppen både kommuner imellem, imellem kommuner og region, samt imellem kommuner og tilbud. Derudover kan der også konstateres samarbejdskonstellationer tilbud imellem.

Der opleves gennemgående overensstemmelse mellem udbuddet af højt specialiserede indsatser og tilbud til børn og unge med alvorlige syns- og hørselsnedsættelser samt til børn og unge med sammensatte vanskeligheder og kommunernes behov herfor. Dette gælder både udbuddet af pladser (kapaciteten) og de konkrete indsatser (indhold og faglighed). Der er dog enighed om, at der er en række områder, der i forskellig grad kan forbedres og bidrage til at sikre forsyningen af økonomisk og fagligt bæredygtige tilbud til målgruppen i fremtiden. Disse udfordrende områder stiller ikke på nuværende tidspunkt området i akutte problemstillinger, men i forskellig grad giver de anledning til handling for at sikre forsyningen i fremtiden samt for at sikre, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre.

Nogle af de udfordrende områder vurderes i hovedstadsregionen primært at kunne imødekommes via koordination og tiltag fra centralt hold, mens andre af områderne i højere grad skal imødekommes lokalt og i et samarbejde mellem kommuner, region og tilbud om nedenstående:

- 1) **At styrke det synsfaglige miljø** ved at sikre systematisk erfarings- og vidensopsamling, udvikling, forskning og formidling af forskningsresultater på området samt at sikre synsfaglig uddannelse og efter- /videreuddannelse på tilstrækkeligt højt niveau. Desuden bør sparring

¹ Jf. Socialstyrelsens definition af målgruppen for den centrale udmelding om børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse.

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 2 - Side -4 af 26

mellem tilbuddene samt sikring af, at viden og erfaringer hos de højt specialiserede tilbud implementeres i såvel almen- som specialtilbud, fortsat opretholdes.

- 2) **At sikre en fortsat sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud af ydelser** ved at opretholde koordination af forsyningen via rammeaftalen, at fremtidssikre kommunikationsområdet i hovedstaden samt at skabe en klarere rollefordeling mellem kommunikationscentre og Synscenter Refnæs. Derudover ved systematisk og løbende dialog mellem kommuner og tilbud samt opmærksomhed på sammenhængen mellem udbuddet af og efterspørgslen efter øjenlægefaglige, specialoptiske og psykologfaglige kompetencer.
- 3) **At rammerne på området på bedste vis understøtter lige muligheder for borgerne** ved at lovgivningen revideres med henblik på bedst muligt at understøtte lige muligheder for borgerne, at få tydelige krav og forventninger til de højt specialiserede tilbud samt afklaring af snitflader mellem VISO og øvrige tilbud på området.

Afrapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig synsnedsættelse

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -5 af 26

1. INDLEDNING

Socialstyrelsen udmeldte 1. november 2014 en central udmelding, der vedrører det mest specialiserede specialundervisningsområde for målgruppen børn og unge med alvorlig synsnedsættelse.

Formålet med Socialstyrelsens udmelding er at sikre den nødvendige koordination og planlægning på tværs af kommuner og regioner af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen.

Den centrale udmelding skal danne baggrund for en dialog med kommunalbestyrelserne om de højt specialiserede indsatser og tilbud til børn og unge med en alvorlig synsnedsættelse. Socialstyrelsens indgang til dialogen er det eksisterende rammeaftalesamarbejde i KKR regi.

Kommunalbestyrelserne skal afrapportere på den centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsættelse senest den 1. marts 2016.² Som led i afrapporteringen ønskes det afdækket på tværkommunalt og tværregionalt niveau, hvordan kommunerne og regionerne nu og fremadrettet samarbejder om at videreudvikle og sikre tilstrækkeligt udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud, der er tilpasset målgruppens behov.

Besvarelsen skal ske i overensstemmelse med Socialstyrelsens beskrivelse og afgrænsning af målgruppen samt af, hvad Socialstyrelsen karakteriserer som højt specialiserede indsatser og tilbud, jf. den centrale udmelding.

Nærværende er **hovedstadsregionens** afrapportering på Socialstyrelsens central udmelding vedrørende børn og unge med alvorlig synsnedsættelse. Afrapporteringen er bygget op omkring de følgende fire temaer, der er angivet i den centrale udmelding:

1. Målgruppen
2. Højt specialiserede indsatser og tilbud
3. Eventuelle udfordringer i forhold til at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse
4. Kommunernes tilrettelæggelse og koordination af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen.

Afrapporteringen bygger på kommunale indberetninger fra alle hovedstadsregionens 29 kommuner samt drøftelser i en særligt nedsat faglig referencegruppe med repræsentanter fra kommunerne, tilbud og Region Hovedstaden.

Kontakt vedrørende afrapporteringen bedes rettes til Fælleskommunal sekretariat for det specialiserede socialområde, KKR Hovedstaden ved chefkonsulent Marie Olund (e-mail: maol12@frederiksberg.dk/tlf.: 2898 3014).

² Som en overgangsordning har kommunerne fået en udvidet periode til behandlingen af de første to centrale udmeldinger. Fremadrettet skal afrapporteringen på centrale udmeldinger foreligge i forbindelse med fastlæggelsen af Udviklingsstrategien, som indgår i Rammeaftalen, dvs. 15. oktober.

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig synsnedsættelse

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -6 af 26

2. MÅLGRUPPEN

Den centrale udmelding omfatter målgruppen børn og unge med en alvorlig synsnedsættelse fra 0 år til og med det 17. år. Som udgangspunkt for afgrænsningen af målgruppen er synsfunktionen hos barnet/den unge det primære kriterium. Heraf skelnes der i målgruppen mellem to delmålgrupper:

- Børn og unge med alvorlig synsnedsættelse, hvilket omfatter såvel blindhed som svær synsnedsættelse, dvs. alvorlig synsnedsættelse isoleret.
- Børn og unge med sammensatte vanskeligheder, det vil sige, der udover en alvorlig synsnedsættelse har yderligere funktionsnedsættelser såsom motoriske funktionsnedsættelser, psykomotoriske funktionsnedsættelser, mentale funktionsnedsættelser og hørenedsættelse.

Derudover omfatter den centrale udmelding børn og unge, der er under udredning, og derfor endnu ikke fremgår med synsstyrke af Synsregistret³.

Børn og unge med døvblindhed er ikke en del af denne centrale udmelding.

Af rapporteringen omfatter opgørelser af målgruppen på datoen 1. januar 2015.

Kommunerne i hovedstadsregionen har samlet set vurderet, at 212 børn og unge bosat i hovedstadsregionen er omfattet af Socialstyrelsens målgruppe for den centrale udmelding. Heraf vurderes den største andel at være omfattet af målgruppekategorien børn og unge med sammensatte vanskeligheder, nemlig 60 procent (127 børn/unge), jf. tabel 1.

Tabel 1: Børn og unge omfattet af den centrale udmelding fordelt efter målgruppekategorier i antal.

Målgruppekategorier	Antal i hovedstadsregionen
Børn og unge med sammensatte vanskeligheder	127
Børn og unge med alvorlig synsnedsættelse	49
Under udredning	36
I alt	212

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsættelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

Note: Vurderinger i forbindelse med opgørelsen af målgruppen kan læses under afsnit 7. Metode.

De 212 børn og unge svarer til 0,1 procent af det samlede antal børn og unge i hovedstadsregionen.

Det skal bemærkes, at en relativ stor andel af indmeldingerne fra kommunerne omfattede børn og unge med en synsstyrke svarende til synshandicapkategori svagsynethed.⁴ Disse børn og unge er ikke medtaget i opgørelsen ovenfor, idet denne synshandicapkategori ikke er omfattet af den centrale udmelding. Dog er kommunernes vurdering gennemgående at disse børn og unge burde indgå i den centrale udmelding, da synsnedsættelsen typisk giver et dårligt funktionelt syn, og derfor også kræver specialiseret vejledning, og dette i særlig grad hvis synsnedsættelsen er i kombination med andre problemstillinger. Således vurderes det, at målgruppen af børn og unge, der har behov for specialiseret

³ Der er pligt til at tilmelde børn og unge under 18 år med stærkt nedsat syn til 6/18 eller derunder til Synsregistret. Synsregistret administreres af Kennedy Centrets Øjenklinik, Lov om Social Service § 153 a.

⁴ I Danmark opereres med følgende fire danske klassifikationer for synshandicap: Svagsynethed (synsstyrke <6/18 (0,33) og >6/60 (0,1)), Social blindhed (synsstyrke <6/60 (0,1) og >1/60 (0,02)), Praktisk blindhed (synsstyrke <1/60 (0,02)), og total blindhed (ingen lyssans uden projektion).

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -7 af 26

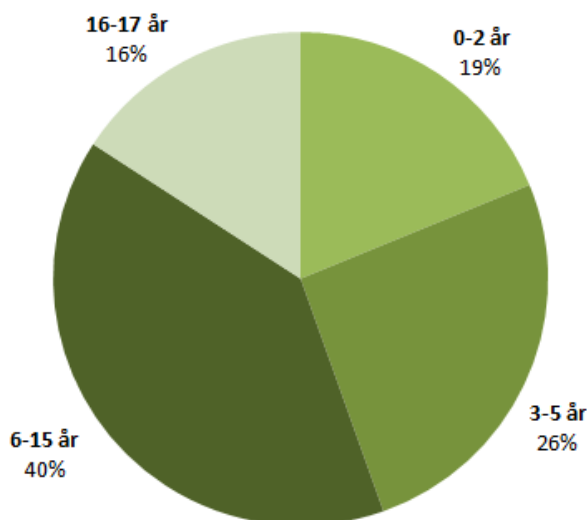
indsatser målrettet synsnedsættelser i praksis er højere end det opgjorte antal, se desuden afsnit 7. Metode.

Nedenfor beskrives karakteristika for de to målgruppekategorier børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og børn og unge med sammensatte vanskeligheder yderligere.

2.1 BØRN OG UNGE MED ALVORLIG SYNSNEDSÆTTELSE

Kommunerne har vurderet at 49 børn og unge indgår under den centrale udmeldings delmålgruppe alvorlig synsnedsættelse. To femtedele af disse børn og unge er i aldersgruppen 6-15 år, det vil sige i den undervisningspligtige alder, se figur 1.

Figur 1: Børn og unge med alvorlig synsnedsættelse fordelt efter aldersintervaller i procent.



Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsættelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

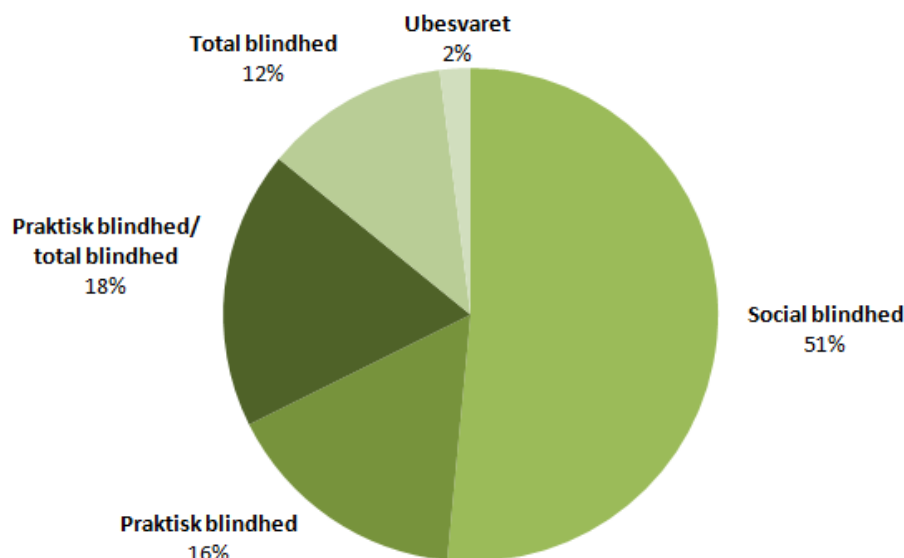
Godt halvdelen af de 49 børn og unge, der indgår under delmålgruppen alvorlig synsnedsættelse, har kommunerne indmeldt med en synsstyrke svarende til synshandicapkatagorien⁵ social blindhed (synsstyrke $<6/60$ (0,1) og $>1/60$ (0,02)), jf. figur 2.

⁵ I Danmark opereres med følgende fire danske klassifikationer for synshandicap: Svagsynethed (synsstyrke $<6/18$ (0,33) og $>6/60$ (0,1)), Social blindhed (synsstyrke $<6/60$ (0,1) og $>1/60$ (0,02)), Praktisk blindhed (synsstyrke $<1/60$ (0,02)), og total blindhed (ingen lyssans uden projektion). Derudover anvendes i afrapporteringen en klassifikation med kombinationen praktisk blindhed/total blindhed. Årsagen hertil er, at det for nogle børn/unge kan være svært med tydelighed at udrede, hvilken kategori, deres synsnedsættelse, svarer til. Det har dog ikke nogen praktisk betydning i forhold til valg af tilbud, hvilken klassifikation barnet/den unge er omfattet af.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -8 af 26

Figur 2: Børn og unge med alvorlig synsnedsettelse fordelt efter synshandicapkategori i procent.

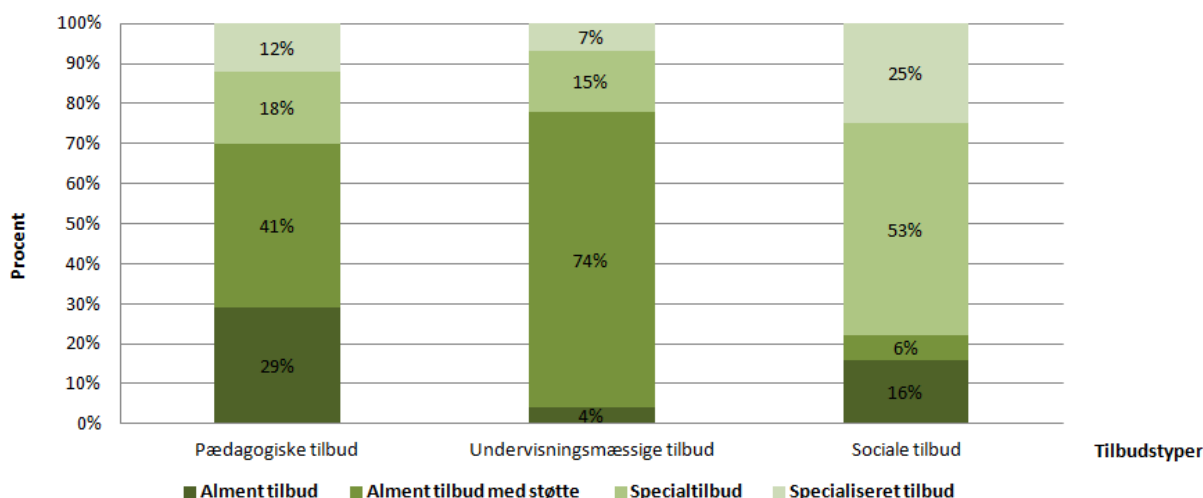


Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

Opgørelserne over delmålgruppen er differentieret efter, hvorvidt børnene og de unge modtager almene og/eller segregerede tilbud. For at øge muligheden for sammenligning på tværs af tilbud og kommuner tager differentieringen i hovedstadsregionen afsæt i følgende fire kategorier: Alment tilbud, Alment tilbud med støtte, Specialtilbud, Specialiseret tilbud (jf. metodeafsnittet bagerst) inden for tilbudstyperne pædagogiske, undervisningsmæssige og sociale tilbud.

Børn og unge med alvorlig synsnedsettelse modtager i overvejende grad pædagogiske og undervisningsmæssige tilbud i alment regi med eller uden støtte. Derimod modtages sociale tilbud i langt højere grad som specialtilbud eller specialiserede tilbud, jf. figur 3.

Figur 3: Børn og unge med alvorlig synsnedsettelse fordelt efter tilbudstyper og segregeringsniveau i procent



Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

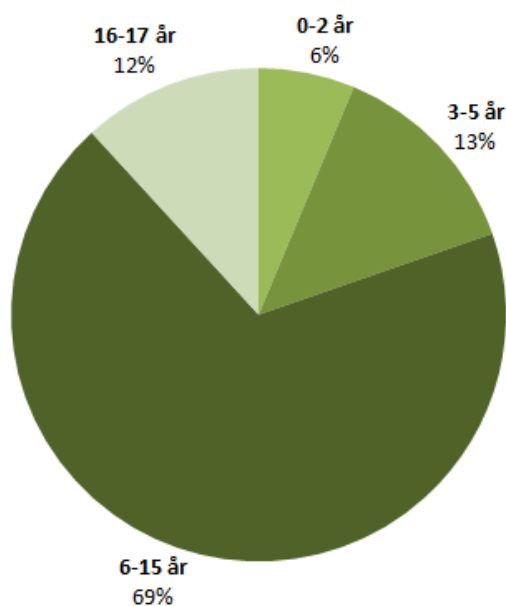
Bilag 2 - Side -9 af 26

Forskellen mellem henholdsvis pædagogiske og undervisningsmæssige tilbud og sociale tilbud er dog ikke bemærkelsesværdigt, i og med kommunerne i de fleste tilfælde betragter iværksættelse af et socialt tilbud som en indsats under det specialiserede socialområde.

2.2 BØRN OG UNGE MED SAMMENSATTE VANSKELIGHEDER

Kommunerne har vurderet, at 127 børn og unge indgår under den centrale udmeldings delmålgruppe sammensatte vanskeligheder. Godt to tredjedele af disse børn og unge er i aldersgruppen 6-15 år, det vil sige i den undervisningspligtige alder, se figur 4.

Figur 4: Børn og unge med sammensatte vanskeligheder fordelt efter aldersintervaller i procent.



Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

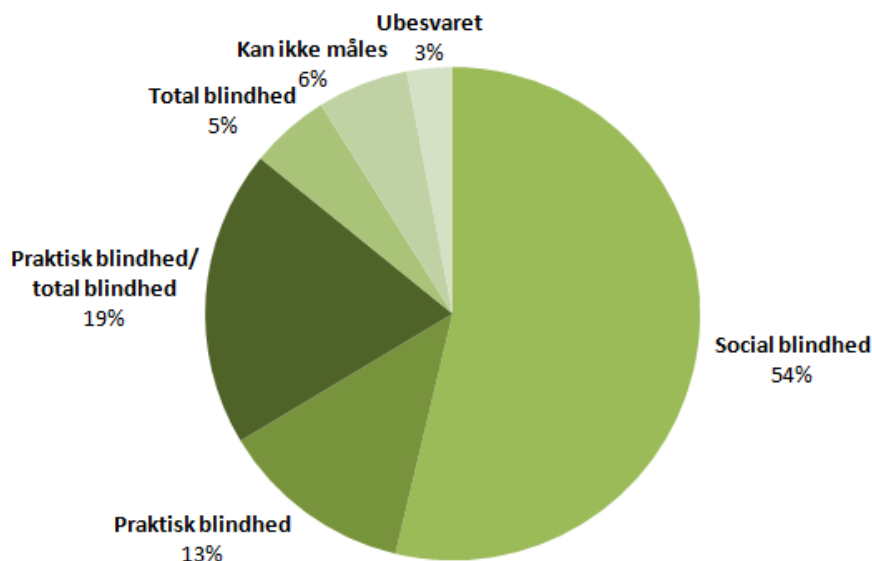
Godt halvdelen af de 127 børn og unge, der indgår under delmålgruppen sammensatte vanskeligheder, har kommunerne indmeldt med en synsstyrke svarende til synshandicapkatagorien⁶ social blindhed (synsstyrke $<6/60$ (0,1) og $>1/60$ (0,02)), jf. figuren nedenfor.

⁶ I Danmark opereres med følgende fire danske klassifikationer for synshandicap: Svagsynethed (synsstyrke $<6/18$ (0,33) og $>6/60$ (0,1)), Social blindhed (synsstyrke $<6/60$ (0,1) og $>1/60$ (0,02)), Praktisk blindhed (synsstyrke $<1/60$ (0,02)), og total blindhed (ingen lyssans uden projektion). Derudover anvendes i afrapporteringen en klassifikation med kombinationen praktisk blindhed/total blindhed. Årsagen hertil er, at det for nogle børn/unge kan være svært med tydelighed at udrede, hvilken kategori, deres synsnedsettelse, svarer til. Det har dog ikke nogen praktisk betydning i forhold til valg af tilbud, hvilken klassifikation barnet/den unge er omfattet af.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -10 af 26

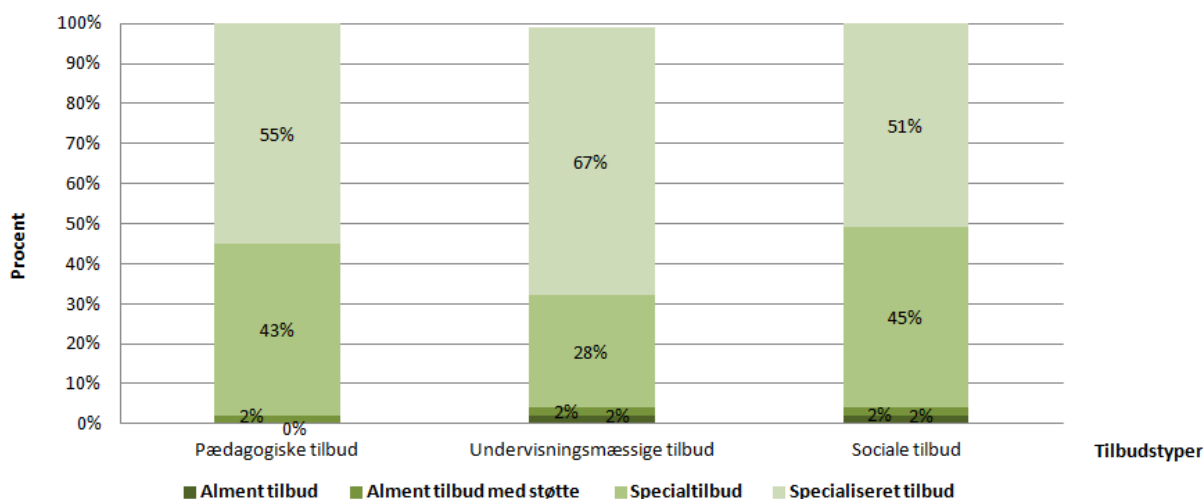
Figur 5: Børn og unge med sammensatte vanskeligheder fordelt efter synshandicapkategori i procent.



Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

Modsat børn og unge under delmålgruppen alvorlige synsnedsettelse, modtager børn og unge med sammensatte vanskeligheder i langt overvejende grad pædagogiske og undervisningsmæssige tilbud som specialtilbud eller specialiserede tilbud. Sociale tilbud modtages i lighed med børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, hovedsageligt som specialtilbud og specialiserede tilbud, jf. figur 6.

Figur 6: Børn og unge med sammensatte vanskeligheder fordelt efter tilbudstyper og segregeringsniveau i procent



Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

Forskellen mellem segregeringsniveauet i pædagogiske og undervisningsmæssige tilbud for henholdsvis børn og unge med synsnedsettelse og børn og unge med sammensatte vanskeligheder er, ifølge kommunerne, ikke overraskende. Delmålgruppen sammensatte vanskeligheder har i udgangspunktet mere komplekse og multiple vanskeligheder, der i mange tilfælde betyder, at det dysfunktionelle aspekt bliver meget større, hvorfor barnets/den unges behov for støtte typisk bliver større.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade
Bilag 2 - Side -11 af 26

3. HØJT SPECIALISEREDE INDSATSER OG TILBUD

Indledningsvis skal det understreges, at kommunernes indberetninger i forbindelse med nærværende centrale udmelding indeholder flere tilbud end dem, som er medtaget i afrapporteringen. Baggrunden herfor er, at det har været ønsket at præsentere de tilbud på synsområdet, som anvendes generelt. Det vil sige, hvor mere end to kommuner anvender tilbuddet.

Indberetningerne fra kommunerne i hovedstadsregionen viser, at kommunerne fortrinsvis anvender en afgrænset gruppe af højt specialiserede tilbud til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og med sammensatte vanskeligheder.

Som det ses af tabel 2 nedenfor, anvender kommunerne i hovedstadsregionen tre kommunale tilbud inden for hovedstadsregionen og tre regionale tilbud i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland. Det skal dog bemærkes, at Kommunikationscentret Bornholm vurderes i samme grad som de tre øvrige kommunikationscentre at leve op til Socialstyrelsens definition af højt specialiserede tilbud til målgruppen. Grundet kommunikationscentreret særlige geografiske placering leverer centeret dog alene ydelser til Bornholms Regionskommune, hvorfor centeret ikke fremgår af oversigten nedenfor.

Tabel 2: Oversigt over de højt specialiserede tilbud, der anvendes af kommunerne i hovedstadsregionen

Tilbuddets navn	Driftsherre
Instituttet for Blinde og Svagsynede (IBOS) ⁷	Københavns Kommune (landsdækkende tilbud)
Center for Specialundervisning til Voksne (CSV)	Københavns Kommune
Kommunikationscentret Hillerød	Hillerød Kommune
Kommunikationscentret Region Hovedstaden	Region Hovedstaden
Kennedy Centret, Øjenklinikken	Region Hovedstaden
Synscenter Refsnæs ⁸	Region Sjælland (landsdækkende tilbud)

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsættelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

Målgruppekompleksiteten medfører, at Socialstyrelsen har valgt en sondring mellem højt specialiserede indsatser til henholdsvis delmålgruppen børn og unge med en alvorlig synsnedsættelse samt delmålgruppen børn og unge med sammensatte vanskeligheder. Alle de seks ovenstående tilbud anvender kommunerne til begge delmålgrupper.

Som det ses af tabel 3 nedenfor er der derimod forskel på, hvilke tilbud kommunerne anvender til de to delmålgrupper, når der differentieres på indsatstyper. Der er således forskel på, hvilke tilbud kommunerne i hovedstadsregionen anvender til eksempelvis *levering* af teknologi, materiale m.v. og til at *understøtte* børnenes/de unges anvendelse af disse teknologier og materialer. Det generelle billede er, at udvikling og levering af teknologi, materialer, udbud af kurser samt vidensmiljøer er forankret på de højt specialiserede tilbud målrettet børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og sammensatte vanskeligheder, mens selve understøttelsen af anvendelsen af eksempelvis materialer i enten specialtilbud eller almentilbud i mange tilfælde er et samarbejde mellem fagpersonale som pædagoger, lærere, talehørekonsulenter m.v. og synskonsulenter.

Den fordeling mellem indsatstyper og delindsatser, som tabel 3 viser, opleves i hovedstadsregionen som en hensigtsmæssig fordeling til både at sikre den nødvendige nærhed til kommuner og borgere samt

⁷ Tilbuddet er delvis finansieret som KaS-leverandør under VISO.

⁸ Tilbuddet er delvis finansieret som KaS-leverandør under VISO.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -12 af 26

den nødvendige udvikling og viden på området. Nærhedsprincippet i sammenhæng med de specialiserede tilbud opleves således som en god model. Forankring af den synsfaglige viden hos de specialiserede tilbud opleves vigtig for at sikre vejledning lokalt til at understøtte den enkelte kommunes samlede prioritering af den synsfaglige indsats. Desuden opleves det væsentlig til at understøtte, vejlede og give supervision til det kommunale fagpersonale. Eksistensen af de højt specialiserede tilbud gør det således muligt at opretholde den synsfaglige specialistviden, som blandt andet psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og talehørpædagoger, der arbejder med målgruppen, trækker på i dag.

I tabellen nedenfor er tilbuddene oplistet i vilkårlig rækkefølge. VISO er indskrevet i oversigten, som selvstændig leverandør, i de tilfælde, hvor eksperter på andre områder end synsområdet, eksempelvis på psykiatriområdet, bliver inddraget i indsatsen. Desuden skal det bemærkes, at området, grundet ændringer i lovgivningen, er under omstrukturering, således at VISO har overtaget ansvaret for og den objektive finansiering til materiale og rådgivning. Det er endnu uklart, hvordan de højt specialiserede landsdækkende tilbud Synscenter Refsnæs og IBOS, der på disse områder er KaS-leverandører⁹ under VISO, på længere sigt vil blive berørt af disse ændringer.

Tabel 3: Oversigt over hvilke tilbud, kommunerne i hovedstadsregionen anvender til relevante indsats typer målrettet henholdsvis børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og sammensatte vanskeligheder

Indsatstyper	Delindsats (funktion)	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med <i>alvorlig synsnedsættelse</i>	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med <i>sammensatte vanskeligheder</i>
IT-/digitalunderstøttelse	- Leverer bl.a. hjælpemidler i form af teknologi, materialer samt besidder viden. - Understøtter og instruerer i anvendelsen af teknologi, materialer m.v.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
Sproglig indsats	- Leverer bl.a. teknologi, materialer m.v.	- IBOS (leverandør for SPS) - Synscenter Refsnæs (inkl. Biblus). - Nota. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- IBOS (leverandør for SPS). - Synscenter Refsnæs (inkl. Biblus). - Nota. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
	- Besidder viden og understøtter anvendelsen af teknologi, materialer, metoder m.v.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Talehørkonsulenter i samarbejde med synskonsulenter. - Fagpersonale i specialdagtilbud-/skoler mv. i samarbejde med talehøre- og/eller synskonsulenter.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Talehørkonsulenter i samarbejde med synskonsulenter. - Fagpersonale i specialdagtilbud-/skoler mv. i samarbejde med talehøre- og/eller synskonsulenter.

⁹ Leverandører, der leverer ydelser i forbindelse med koordineringen af specialrådgivningen (KaS) under VISO.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade
Bilag 2 - Side -13 af 26

Indsatstyper	Delindsats (funktion)	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med <i>alvorlig synsnedsættelse</i>	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med <i>sammensatte vanskeligheder</i>
ADL, Orientering og Mobilityundervisning	- Leverer hjælpemidler i form af bl.a. teknologi, materialer, samt udbyder kurser og besidder særlig viden. - Understøtter anvendelsen af teknologi, materiale m.v.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
Indsatser der fremmer læring	- Leverer bl.a. teknologi, materialer, samt udbyder kurser og besidder særlig viden.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
	- Understøtter og vejleder om anvendelsen af teknologi, materialer m.v.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Specialtilbud med særlig viden om målgruppen som Geelsgårdskolen, Kirkebækskolen, Børnehuset Troldehuset.
Udredning	- Nyudredning og løbende udredning og afprøvning af det funktionelle syn og muligheder for kompenserende indsatser.	- IBOS. - Kennedy Centret. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- IBOS. - Kennedy Centret. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Øjenklinikken, Glostrup Hospital. - Region Hovedstadens børne- og unge psykiatri. - VISO.
Specialrådgivning vedr. inklusion	- Rådgivning til fagpersonale og forældre.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
Undervisningsmateriale	- Leverer undervisningsmateriale i forbindelse med undervisningspligten fx forstørrede billeder og tekster på papirformat/skærme, taktilt materiale, lydfiler.	- Synscenter Refsnæs (inkl. Biblus). - Nota.	- Synscenter Refsnæs (inkl. Biblus). - Nota.
	- Leverer øvrigt materiale målrettet skoleundervisning.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
	- Understøtter og vejleder om anvendelsen af materialer m.v.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
Specialundervisning +9 timer/uge i almen skole	- Vurdering af behov for støtte. - Understøtter anvendelsen af tekniske hjælpemidler. - Vejledning til fagpersonale.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Synscenter Refsnæs. - Fagpersonale i alment regi i samarbejde med synskonsulent.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Synscenter Refsnæs. - Fagpersonale i alment regi i samarbejde med synskonsulent.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade
Bilag 2 - Side -14 af 26

Indsatstyper	Delindsats (funktion)	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med <i>alvorlig synsnedsættelse</i>	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med <i>sammensatte vanskeligheder</i>
Specialundervisning i specialklasser eller specialskoler	- Vejledning til fagpersonale. - Specialskoler/klasser med særlig viden om målgruppen.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Synscenter Refsnæs.	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Synscenter Refsnæs. - Specialskoler med særlig viden om målgruppe som Kirkebækskolen og Geelsgårdskolen.
Punktundervisning	- Introduktion og opfølgning i anvendelse af punktmaskine.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
Alternativ kommunikation	- Udredning af behov for kompenserende tiltag. - Bistand i forbindelse med overgang til ungdomsuddannelse.	<i>[ikke relevant for målgruppe]</i>	- Synskonsulenter fra kommunikationscentrene. - Synscenter Refsnæs. - VISO. - Specialskoler med særlig viden om målgruppe som Kirkebækskolen og Geelsgårdskolen. - Øvrige relevante eksperter.
Psykologvurderinger	- Skoleparathedssøgelse. - Øvrige psykologiske udredninger hvor synsfaglig viden er nødvendig.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - VISO via leverandører.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - VISO via leverandører. - Børneklubben.
Botilbud	- Døgnophold. - Vejledning/rådgivning til fagpersonale.	<i>[vurderes sjældent relevant til denne målgruppe]</i> - IBOS. - Synscenter Refsnæs.	- IBOS. - Synscenter Refsnæs. - Eksisterende botilbud med bistand fra synskonsulenter fra kommunikationscentrene.
Aflastningstilbud	- Aflastningsophold. - Vejledning/rådgivning til fagpersonale.	<i>[vurderes sjældent relevant til denne målgruppe]</i> - Synscenter Refsnæs.	- Synscenter Refsnæs. - Eksisterende aflastningstilbud med bistand fra synskonsulenter fra kommunikationscentrene.

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side 15 af 26

Indsatstyper	Delindsats (funktion)	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse	Tilbud, som kommunerne anvender til børn og unge med sammensatte vanskeligheder
Andet	Eksempelvis: - Vejledning og rådgivning i forhold til den unge, uddannelsesstedet og UU. - Tovholder og koordinator i forhold til en helhedsindsats. - Følgeordning. - Overgange.	- PPR-psykologer. - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.	- PPR-psykologer. - Særlig specialpædagogisk bistand til almen dagtilbud i småbørnsalderen (førselsområdet). - Fysio- og ergoterapeuter. - Post-folkeskole, ungdomsuddannelser. - Ledsageordning 15+ (kommune med rådgivning fra synskonsulenter fra kommunikationscentrene). - Synskonsulenter fra kommunikationscentrene.

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015.

4. SAMARBEJDSAFTALER

Formaliserede samarbejdsaftaler forstås i hovedstadsregionens afrapportering som generelle aftaler, der ikke vedrører konkrete, individuelle aftaler i forhold til specifikke borgere. De generelle aftaler kan eksempelvis være abonnementsaftaler eller samarbejder, hvor kommunerne forpligter sig på at anvende bestemte tilbud.

Det generelle billede blandt kommunerne i hovedstadsregionen er, at der gennemgående ikke er indgået formaliserede generelle samarbejdsaftaler af den karakter, der forpligter kommunerne i at anvende et bestemt tilbud.

Derimod har mange kommuner i hovedstadsregionen indgået aftaler om samarbejde omkring målgruppen både kommuner imellem, imellem kommuner og region, samt imellem kommuner og tilbud. Derudover kan der også konstateres samarbejdskonstellationer tilbud imellem. Generelt vurderes det, at det samarbejde, som var etableret mellem kommuner og tilbud før kommunalreformen, er fortsat og udbygget efter reformen.

Nedenfor er oplistet eksempler på aftaler om samarbejde, som **kommunerne** har indgået både i forbindelse med børn og unge med henholdsvis alvorlig syns- og hørselsnedsættelse og sammensatte vanskeligheder:

- Aftaler om samarbejde med kommunikationscentre/synskonsulenter, der eksempelvis omfatter følgende typer vejledning og rådgivning:
 - Samarbejde mellem PPR og synskonsulenterne på kommunikationscentrene i forbindelse med årlige opfølgninger og revisitationer efter Folkeskoleloven.

Bilag 2 - Side -16 af 26

- Aftaler om samarbejde med konkrete øjenlægeklinikker/-afdelinger typisk i forhold til øjenlægefaglig udredning.
- Aftaler om samarbejde med Institut for Blinde og Svagsynede (IBOS).
- Aftale om samarbejde mellem alle 29 kommuner og Region Hovedstaden via KKR Hovedstadens rammeaftale for det specialiserede socialområde, der bidrager til tværgående koordination af området. KKR Hovedstaden og hovedstadsregionens rammeaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisning er henholdsvis et forum for og redskab til koordination af forsyningen på området. Hovedstadsregionens rammeaftale omfatter en særlig samarbejdsmodel¹⁰, til understøttelse af tilbud i hovedstadsregionen, der er defineret som højt specialiserede tilbud. Formålet hermed er at give tilbuddene en særlig tværkommunal opmærksomhed og hermed sikre, at de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles. Som led heri bliver alle tilbud omfattet af hovedstadsregionens udviklingsstrategi løbende fulgt og vurderet af en særligt nedsat task force. I udgangspunktet er specialundervisning til børn og unge ikke omfattet af rammeaftalen, hvorfor det primært er de lands- og landsdelsdækkende tilbud på dette område, der er genstand for koordination i rammeaftaleregion.
- Aftale om samarbejde mellem blandt andet kommunernes PPR'er i de seks netværk, som hovedstadsregionens kommuner samarbejder i.
 - Helsingør, Fredensborg og Hørsholm Kommuner.
 - Gribskov, Halsnæs, Hillerød og Frederikssund Kommuner.
 - Allerød, Egedal og Furesø Kommuner

¹⁰ Siden Rammeaftale 2014 har kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden defineret en delmængde af de højt specialiserede tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategien, som værende de mest specialiserede tilbud inden for det specialiserede socialområde. Formålet hermed er, at give disse tilbud en særlig tværkommunal opmærksomhed, og hermed sikre, at de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles. Modellen kaldes Nødbremsemodellen, og rummer en række procedurer og tiltag omkring løbende revurderinger og giver mulighed for at igangværsætte særlige fælleskommunale tiltag, såfremt et af de mest specialiserede tilbud bliver truet af lukning, jf. Hovedstadsregionens Udviklingsstrategi og Styringsaftale 2016.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -17 af 26

- Ballerup, Frederiksberg, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby – Taarbæk og Rudersdal Kommuner.
- Høje-Taastrup, Albertslund, Glostrup, Hvidovre, Rødovre, Tårnby-Dragør, Bornholm og Ishøj-Vallensbæk Kommuner.
- Københavns Kommune.

Nedenfor er desuden oplyst eksempler på aftaler om samarbejde **mellem tilbud** målrettet børn og unge med alvorlig synsnedsettelse og sammensatte vanskeligheder:

- Aftaler om samarbejde mellem kommunikationscentre inden for regionen, det vil sige Kommunikationscenter Region Hovedstaden, Kommunikationscentret Hillerød, Kommunikationscentret Bornholms Regionskommune og Center for Specialundervisning for Voksne (CSV, Københavns Kommune).
- Aftaler om samarbejde mellem Synscenter Refsnæs og kommunikationscentre i hovedstadsregionen. Denne aftale trækker kommunerne i regionen indirekte på via synskonsulenterne.
- Aftaler om sparring via netværksmøder (typisk landsdækkende) for synskonsulenter med samme speciale, det vil sige 1) småbørn, 2) børn med sammensatte vanskeligheder, 3) skolebørn i almen folkeskole og 4) unge.
- Aftaler om samarbejdet på lederniveau i DTHS¹¹.

5. UDFORDRINGER

Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden oplever gennemgående overensstemmelse mellem udbuddet af højt specialiserede indsatser og tilbud til børn og unge med alvorlige synsnedsettelse samt til børn og unge med sammensatte vanskeligheder og kommunernes behov herfor. Dette gælder både udbuddet af pladser (kapaciteten) og de konkrete indsatser (indhold og faglighed).

Kommunerne og Region Hovedstaden er dog enige om, at der er en række områder, der i forskellig grad kan forbedres. Nogle af disse områder opleves at være relevante for at sikre, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre og at forbedre kommunernes mulighed for at matche barnet/den unge med de tilbud, der vurderes mest hensigtsmæssige for pågældende. Andre områder opleves relevante for at sikre forsyningen af økonomisk og fagligt bæredygtige tilbud til målgruppen i fremtiden. Dog skal det bemærkes, at disse områder ikke på nuværende tidspunkt opleves at stille området i akutte problemstillinger, men at de i forskellig grad giver anledning til handling.

Områderne er samlet under overskrifterne: 1) det synsfaglige miljø, 2) sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud samt 3) rammerne på området.

¹¹ DTHS er en landsdækkende sammenslutning for ledere af tilbud, der arbejder med rehabilitering af borgere med tale- høre- og synsvanskeligheder.

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -18 af 26

*Følgende vurderes at kunne udfordre **det synsfaglige miljø** i hele landet:*

- Udviklingen af teknologiske synskompenserende programmer går hurtigt. Samtidig er teknologien langt mere visuel end tidligere, hvilket medvirker, at brugerfladerne typisk forekommer mere komplekse for borgere med synshandicap. Det stiller nye og større krav til tilbuddenes viden om og kompetencer til at omsætte den nye teknologi til borgere med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse.

Det er således nødvendigt for de specialiserede tilbud hver især at afsætte faste ressourcer til at følge med på området og konstant holde sig ajour med nyeste teknologi, nyeste viden om hvordan teknologien bedst muligt omsættes til stærkt svagtsynede, nyeste forskning og metoder på området m.v. samt til at udvikle området. Det vurderes dog langt mere hensigtsmæssigt set ud fra et ressourcemæssigt, økonomisk og effektivitetsmæssigt perspektiv, hvis der afsættes centrale ressourcer til de allermest specialiserede kompenserende teknologier.

- I forlængelse heraf opleves det som en udfordring, at sikre efter-/videreuddannelsesmuligheder for synskonsulenter på et tilstrækkeligt højt niveau og med tilstrækkelig høj kvalitet. Synskonsulent-faggruppen er ikke baseret på en selvstændig grunduddannelse, men alene på efter-/videreuddannelse af fagpersonale eksempelvis lærere. Således er efter-/videreuddannelsesmulighederne afgørende for at sikre en højt specialiseret indsats for børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse.

*Følgende vurderes at kunne udfordre en fortsat **sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud af ydelser**:*

- Der opleves en uklarhed i arbejdsdeling mellem kommunikationscentre i hovedstadsregionen og Synscenter Refnæs. Det kan være svært for den enkelte kommune at skabe og opretholde et tilstrækkeligt overblik over, hvilke højt specialiserede indsatser der er tilgængelige på hvilke tilbud. Dette kan være en hindring for, hvordan og i hvilken grad kommunerne anvender tilbudsviften.
- På nogle af de højt specialiserede tilbud oplever kommunerne, at tilbuddene udbyder indsatser, som ikke nødvendigvis imødekommer den bevægelse og udvikling, der de seneste år har været i forhold til den kommunale praksis omkring inklusion, mindst indgribende foranstaltninger i nærmiljøet m.v., den teknologiske udvikling på området samt målgruppens udvikling. Af hensyn til borgerne er det i denne sammenhæng vigtigt, at tilbuddene er fleksible, omstillingsparate og imødekommende i forhold til eksempelvis tilpasning af ydelser. Dette for på bedste vis at kunne understøtte den teknologiske udvikling, at kunne tilbyde udgående ydelser tættere på borgerne, og i et vist omfang kunne skalere længde og indhold i indsatser, kurser m.v. Kommunerne oplever, at flere af tilbuddene i de seneste år er blevet rigtig gode til at gå i dialog med kommunerne med henblik på at imødekomme behovene, men der opleves fortsat et udviklingspotentiale på området.
- Derudover oplever kommunerne i nogle grad uoverensstemmelse mellem udbuddet af øjenlægefaglige, specialoptiske og psykologfaglige kompetencer og efterspørgslen efter disse til

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side 19 af 26

børn og unge med alvorlig synsnedsettelse. Dette opleves blandt andet via øgede ventetider på udredninger og vejledning.

Synsområdet er baseret på en tretrinsmodel, hvor en medicinsk og optisk undersøgelse ligger til grund for tilrettelæggelsen af en målrettet pædagogisk indsats. Kommunerne udtrykker bekymring for, hvorvidt denne model i tilstrækkelig grad kan opretholdes i fremtiden, da det efter fusionen mellem Kennedy Centerets Øjenklinik og Glostrup Hospital (Region Hovedstaden) er konstateret, at der er færre øjenlæger til rådighed. Såfremt det nære samarbejde mellem øjenlæge, specialoptiker og synskonsulent ikke kan fastholdes, kan konsekvensen, ifølge kommunerne, blive, at de pædagogiske indsatser ikke i samme grad kan tilrettelægges med afsæt i en faglig specialistviden og således målrettes i overensstemmelse med barnets/den unges mekaniske øjes funktion og den aktuelt bedste og nødvendige optiske korrektion.

- Endelig oplever flere kommuner det mere vanskeligt end tidligere at få udarbejdet særlige materialer til målgruppen. Herunder opleves blandt andet længere ventetider, mindre fleksibilitet og svingende kvalitet omkring materialeproduktionen. Dette opleves at udfordre muligheden for tilrettelæggelse af den bedste og mest målrettede indsats for nogle af børnene og de unge med alvorlig synsnedsettelse.

Følgende rammer på området vurderes at udfordre lige muligheder for borgerne:

- Kommunerne oplever, at lovgivningen på området i nogen grad begrænser muligheden for at give børn og unge med alvorlig synsnedsettelse samme muligheder som øvrige børn og unge.

Blandt andet opleves det, at lovgivningen ikke umiddelbart rummer mulighed for specialpædagogisk støtte som eksempelvis synskonsulentbistand til de unge, som får deres ungdomsuddannelse i STU-regi (Særligt tilrettelagt Ungdomsuddannelse).

Derudover opleves lovgivningen på området at begrænse muligheden for, at børn og unge med alvorlig synsnedsettelse kan modtage målrettede efterskoletilbud. Såfremt forældrene til et barn eller en ung med alvorlig synsnedsettelse ikke selv kan finansiere et specialiseret efterskoleophold til barnet/den unge, er kommunernes eneste lovgivningsmæssige mulighed for at bevillige et ophold, at forældrene indvilliger i en anbringelse udenfor hjemmet. Dette bryder både med udviklingen inden for den kommunale praksis som følge af Anbringelsesreformen og Barnets Reform, hvor kommunerne i udgangspunktet skal iværksætte den mindst indgribende indsats over for et barn/ung og dennes familie, ligesom det for mange forældre opleves som et svært og ofte uacceptabelt stort skridt at skulle indvillige i en anbringelse af sit barn uden for hjemmet.

- Endelig opleves det som en udfordring i forhold til en optimal udnyttelse af tilbudsviften, at der er manglende klarhed over rammerne omkring, hvilke krav der stilles til højt specialiserede tilbud. Herunder opleves det uklart, hvilken rolle VISO skal have på synsområdet, samt hvad sammenhængen er mellem de ydelser, som VISO kan levere, og de ydelser, som de øvrige specialiserede tilbud udbyder.

6. TILRETTELÆGGELSE OG KOORDINATION

Kommunernes tilrettelæggelse af indsatserne på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet har gennem de seneste år været præget af de bevægelser og omlægninger, der er et udløb af intentionerne med Kommunalreformen, Barnets Reform, kommunernes overtagelse af ansvaret for det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet samt den teknologiske udvikling. Bevægelserne er gået i retning af et paradigmeskift på området, hvor der gøres op med tidligere tiders kulturer, traditioner og måder at tilrettelægge indsatserne på, og som blandt andet omfatter indsatser i nærmiljøet, inklusion i normalområdet og forebyggelse. Denne bevægelse har også betydet, at kommunerne i dag selv løser de mere almindelige opgaver, og at det i overvejende grad er de mere komplekse og specialiserede opgaver som tilbuddene løser. Dette har medført, at opgaverne hos de højt specialiserede tilbud gennem årene har ændret karakter og i mange tilfælde er blevet langt mere kompleks.

Overordnet er de højt specialiserede tilbud til målgruppen, der er beliggende i hovedstadsregionen, i dag velfungerende tilbud både set fra et fagligt og økonomisk perspektiv. Således oplever tilbuddene på nuværende tidspunkt ikke akutte problemstillinger i forhold til at kunne levere en højt specialiseret indsats. Der bør dog være en fastholdt opmærksomhed på, hvordan der også i fremtiden kan sikres fagligt robuste tilbud til målgruppen

I hovedstadsregionen er indsatserne organiseret således, at den synsfaglige specialistviden er forankret hos de højt specialiserede tilbud, og hvor anvendelsen af denne viden typisk finder sted i samarbejde mellem synskonsulenter og medarbejdere i specialtilbud og almentilbud. Denne organisering vurderes at være optimal i forhold til at sikre vidensindsamling og –deling på et højt niveau samt at understøtte indsatserne tæt på børnene og de unge. Med den nuværende geografiske fordeling af de højt specialiserede tilbud i regionen opleves det muligt at imødekomme nærhedsprincippet, hvor der blandt synskonsulenterne er et godt samarbejde og lokalkendskab til kommuner, dagtilbud og skoler. Der er således også et behov for et fastholdt fokus på at sikre en organisering af indsatserne i fremtiden, der fortsat kan imødekomme dette.

Ingen af de udfordrende områder, der beskrives i afsnit 5, vurderes på nuværende tidspunkt at stille området i umiddelbart akutte problemstillinger, men de lægger i forskellig grad op til handling for at sikre forsyningen i fremtiden samt for at sikre, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre. Nogle af de udfordrende områder adresseres primært til koordination og tiltag fra centralt hold, mens andre i højere grad skal imødekommes lokalt og i et samarbejde mellem kommuner, region og tilbud.

Nedenfor beskrives de områder, hvor hovedstadsregionen oplever et behov for at rette fokus for at fremtidssikre og forbedre området. Områderne er samlet under overskrifterne: 1) det synsfaglige miljø, 2) sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud samt 3) rammerne på området.

*For at styrke **det synsfaglige miljø** i hele landet vurderer kommunerne og Region Hovedstaden, at der bør være fokus på følgende områder:*

- At der fra centralt hold er en øget opmærksomhed på at sikre systematisk erfarings- og vidensopsamling, udvikling, forskning og formidling af forskningsresultater på området. Der efterspørges en landsdækkende koordination af et synsfagligt vidensmiljø eksempelvis forankret i centralt regi, der sikrer løbende synsfaglig forskning på området samt opdatering og formidling af ny viden, metoder og teknologi på internationalt plan. Et landsdækkende synsfagligt

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse

Punkt nr. 12 - Godkendelse af af rapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -21 af 26

vidensmiljø vurderes at være den mest hensigtsmæssige og effektive måde at sikre implementeringen af ny viden og således sikre den nødvendige opkvalificering af de højt specialiserede tilbud. Det understreges dog, at det er af væsentlig betydning, at vidensmiljøet har tæt tilknytning til praksis.

I forlængelse heraf opfordres der til, at der fortsat foregår sparring mellem tilbuddene af lignende ydelser på tværs af landet eksempelvis via netværksmøder for synskonsulenter med samme speciale og ved landsdækkende samarbejde på lederniveau. Dette med henblik på, at medarbejdere med specialiserede kompetencer kan inspirere, vidensdele og udvikle hinanden på et fortsat højt niveau. Sådanne sparringsfora kunne med fordel kobles til et landsdækkende vidensmiljø.

- At der fra centralt hold er en øget opmærksomhed på at sikre synsfaglig uddannelse og efter-/videreuddannelse til synskonsulenter på et tilstrækkeligt højt niveau. Samtidig opfordres de højt specialiserede tilbud til fortsat at samarbejde om uddannelse.
- At der fra centralt hold såvel som hos kommunerne og tilbuddene er en øget opmærksomhed på at sikre, at viden og erfaringer hos de højt specialiserede tilbud implementeres i såvel almen- som specialtilbud, således at der mere offensivt sikres et vidensflow ud til kommunerne. Et landsdækkende synsfagligt vidensmiljø kunne eksempelvis bidrage med at målrette vidensdeling, temadage og kurser til kommunale medarbejdere, der har brug for særlig indsigt på området, således at matchning mellem barn/ung og tilbud bliver bedst muligt. Derudover bør både kommuner og tilbud have øget opmærksomhed på, at fagpersonale trækker på den specialiserede viden, således at personalet klædes på til at arbejde kvalificeret med de behov, et barn/en ung med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse har, og de redskaber/materialer, som pågældende tildeles.

*For at sikre en fortsat **sammenhæng mellem efterspørgsel og udbud** af ydelser vurderer kommunerne og Region Hovedstaden, at der bør være fokus på følgende områder:*

- At samarbejdet mellem alle de 29 kommuner og Region Hovedstaden i regi af hovedstadsregionens Rammeaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisning fortsat vil have fokus på de mest specialiserede tilbud samt at sikre økonomisk og fagligt bæredygtige tilbud på det specialiserede socialområde.
- At der fortsat vil være fokus på kommunikationsområdet i hovedstadsregionen. Kommunikationsområdet generelt set har haft en særlig opmærksomhed i hovedstadsregionen de seneste år. Driftsherrerne for tre af de kommunikationscentre, der er beliggende i hovedstadsregionen¹² (Region Hovedstaden, Hillerød og Københavns Kommune) og KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Socialområdet og Specialundervisning har i den forbindelse besluttet at drøfte en reorganisering af området. Dette med henblik på at fremtidssikre kommunikationsområdet i hovedstaden, herunder at sikre følgende hensyn:

¹² Kommunikationscenteret i Bornholms Regionskommune vil i udgangspunktet ikke blive berørt heraf, idet reorganiseringen alene omfatter Kommunikationscentret Hillerød, Kommunikationscentret Region Hovedstaden og Center for Specialundervisning for Voksne (CSV, Københavns Kommune).

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse

Punkt nr. 12 - Godkendelse af af rapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -22 af 26

- Forsyningssikkerheden i hovedstadsregionen på kommunikationsområdet.
 - Faglige og økonomisk bæredygtige kommunikationscentre i hovedstadsregionen.
 - Fagligt robuste kommunikationscentre, der kan opretholde og udvikle højt specialiserede kompetencer og indsatser med høj kvalitet, herunder faglige vidensmiljøer.
- At der på nationalt plan defineres en klar rollefordeling mellem kommunikationscentrene og Synscenter Refsnæs, herunder hvilke ydelser, kompetencer m.v. disse parter bedst varetager. Dette vurderes at kunne understøtte en bedre tilrettelæggelse og udnyttelse af tilbudsviften, der kan bidrage til at sikre økonomisk og fagligt bæredygtige tilbud i fremtiden.
 - At de højt specialiserede tilbud fastholder fokus på at tilpasse tilrettelæggelsen og udbuddet af ydelser til udviklingen inden for den kommunale praksis og inden for målgruppens behov, sideløbende med at fagligheden fastholdes. Tilbuddene bør således være omstillingsparate og fleksible og inden for rammerne af høj faglighed tænke i andre baner for på bedste vis at imødekomme behovene hos den enkelte borger, fagpersonale og den kommunale myndighed.

I den forbindelse opfordres de højt specialiserede tilbud til fortsat at have opmærksomhed på at sikre en løbende og systematisk dialog med kommunerne med henblik på tilpasning af tilbudsviften.

Særligt efterspørges der øget dialog med Synscenter Refsnæs. Dette skyldes, at Synscenter Refsnæs, som hovedstadsregionen anvender som højt specialiserede tilbud til målgruppen, er beliggende i Region Sjælland, og derfor, som udgangspunkt, ikke er omfattet af koordineringen i KKR Hovedstaden og Hovedstadsregionens Rammeaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisning.

- At der fra centralt hold er en særlig opmærksomhed på konsekvenserne af de organisatoriske ændringer på området, der blandt andet omfatter Kennedy Centerets øjenklinik. Herunder i hvilken grad disse ændringer har betydningen for sammenhængen mellem udbuddet af og efterspørgslen efter øjenlægefaglige, specialoptiske og psykologfaglige kompetencer inden for børneområdet. Da de hyppigste diagnoser på børneområdet adskiller sig fra voksenområdet, hvor det typisk er aldersrelaterede øjensygdomme, er den særlige viden, der er opsamlet om syns- og hørselsnedsættelser på børneområdet helt væsentlig.

*For at **rammerne på området** på bedste vis understøtter lige muligheder for borgerne, vurderer kommunerne og Region Hovedstaden, at der bør være fokus på følgende områder:*

- At lovgivningen revideres med henblik på bedst muligt at understøtte lige muligheder for borgerne, herunder især lovgivningen vedrørende specialpædagogisk støtte til unge på STU-uddannelser samt lovgivningen vedrørende bevilling af specialiseret efterskoleophold.
- At der er øget opmærksomhed fra centralt hold på at skabe rammer for området, der kan bidrage til tydelige krav og forventninger til de højt specialiserede tilbud på området, herunder afklaring af snitflader mellem VISO og de højt specialiserede tilbud. Dette vurderes i højere grad at kunne understøtte en ensartet kvalitet og specialiseringsgrad, ligesom det vurderes at kunne

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade
Bilag 2 - Side -23 af 26

Afrapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig syns- og hørselsnedsættelse
bidrage til, at de kommunale myndigheder i højere grad kan stille krav til tilbuddene, og kan udnytte tilbudsviften målrettet.

7. METODE

Afrapporteringen er baseret på kommunale indberetninger fra alle hovedstadsregionens 29 kommuner samt drøftelser i en særlig nedsat faglig referencegruppe med repræsentanter fra kommunerne, tilbud og Region Hovedstaden.

De kommunale indberetninger består af besvarelser af et spørgeskema med samlet set 13 spørgsmål fordelt på fire spørgsmål med afkrydsningsfelter og ni spørgsmål med fritekstfelter. Spørgsmålene er inden for følgende temaer: målgruppen, højt specialiserede indsatser og tilbud, udfordringer på området og tilrettelæggelse. Derudover var spørgsmål vedrørende målgruppen suppleret med et bilag med en oversigt over de børn og unge inden for målgruppen, som pågældende kommune på indberetningstidspunktet var handlekommune for. Formålet med bilaget var at støtte kommunerne i besvarelsen vedrørende målgruppen med henblik på at sikre mest valide data herom. Oversigten i bilaget var forudfyldt af synskonsulenter på de kommunikationscentre, som kommunerne typisk anvender i forbindelse med målgruppen. Denne tilgang blev anvendt efter kyndig vejledning fra den faglige referencegruppe, der vurderede, at dette ville give det bedste afsæt for en valid besvarelse.

Afrapporteringen er baseret på en svarprocent på spørgeskemaerne på 100, dog med varierende kvalitet i besvarelsene, således at nogle besvarelser er mangelfulde i beskrivelserne af anvendte tilbud, udfordringer m.v. Nogle kommunerne har givet udtryk for, at de har oplevet det vanskeligt at besvare spørgsmålene. Årsagen hertil skal blandt andet findes i, at i og med volumen af målgruppen er lille har mange kommuner helt eller delvist uddelegeret ansvaret for indsatserne til målgruppen til synskonsulenter på kommunikationscentrene. Således har disse kommuner også haft vanskeligt ved at besvare spørgsmål om udfordringer, vurderingen af sammenhængen mellem udbuddet og efterspørgslen af pladser m.v., samt behovet for koordination og tiltag.

Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde har varetaget indsamling og bearbejdelse af data. Sekretariatet har med henblik på kvalificering og kvalitetssikring drøftet og fortolket data med den faglige referencegruppe.

De indkomne data er ikke medtaget i afrapporteringen i den "rå" version, men er anvendt som basis for en fælles afrapportering for hele regionen. Afrapporteringen opsummerer således det samlede generelle billede af området i hovedstadsregionen, og medtager derfor ikke alle nuancer. Det skal således understreges, at der er tale om en overordnet, generisk analyse, hvor det alene er hovedkonklusionerne der indgår. Således fremgår der ikke data på kommuneniveau.

7. 1 BESVARELSER VEDRØRENDE MÅLGRUPPEN

Kommunernes besvarelser vedrørende målgruppen er med udgangspunkt i datoen 1. januar 2015.

Socialstyrelsens estimerer, at der er 181 børn og unge inden for målgruppen i hovedstadsregionen, mens kommunernes opgørelse er på samlet set 212. Der er således en forskel mellem kommunernes indmeldinger og Socialstyrelsens estimat på det samlede antal børn og unge på +31 børn og unge. Størst er forskellen i opgørelserne for delmålgruppen børn og unge med sammensatte vanskeligheder, jf. tabellen nedenfor.

Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade Bilag 2 - Side -24 af 26

Tabel 4: Børn og unge omfattet af den centrale udmelding fordelt efter målgruppekategorier i antal.

Målgruppekategorier	Antal opgjort i hovedstadsregionen	Socialstyrelsens estimat
Børn og unge med sammensatte vanskeligheder	127	100
Børn og unge med alvorlig synsnedsettelse	49	56
Under udredning	36	25
I alt	212	181

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding om børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, Fælleskommunalt sekretariat, 2015 og Central Udmelding for børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, Socialstyrelsen, 2014.

Socialstyrelsens estimat er baseret på udtræk i Synsregistret 1. januar 2014, mens kommunernes besvarelser er med udgangspunkt i 1. januar 2015. Denne forskydning i år vurderes dog ikke at kunne forklare hele forskellen mellem Socialstyrelsens estimat og kommunernes indmeldinger. Metodik, definitioner og tilgangen til målgrupperne vurderes at være den største årsag til forskellen. Socialstyrelsens definition af målgruppen har ikke i alle tilfælde været direkte overførbart til den kommunale praksis på området. Eksempelvis fremhæver kommunerne, at der kan være forskelle i vurderingerne hos synskonsulenterne i hovedstadsregionen og de vurderinger, der ligger til grund for Socialstyrelsens opgørelser.

Synskonsulenterne på hovedstadsregionens kommunikationscentre har ved at sammenholde egne opgørelser med udtræk fra Synsregistret kunne konstatere uoverensstemmelser herimellem. Kennedy Centret, der varetager Synsregistret, måler barnets/den unges synsstyrke. Synskonsulenterne oplever, at barnets/den unges synsstyrke ikke i alle tilfælde er sammenfaldende med det funktionelle syn, der i nogle tilfælde kan være dårligere. Desuden er der en oplevelse af, at mange børn med lettere synsvanskeligheder godt kan have komplekse problemstillinger, der kræver en specialiseret indsats med kompetencer inden for synsområdet. Komplekse vanskeligheder betyder i mange tilfælde, at det dysfunktionelle aspekt bliver meget større, hvorfor behovet for hjælp bliver større. Et fokus alene på synsstyrke vurderes således ikke tilstrækkeligt. Således har mange kommuner i hovedstadsregionen indmeldt børn og unge under delmålgruppen sammensatte vanskeligheder med synshandicap-kategorien svagsynethed (synsstyrke <6/18 (0,33) og >6/60 (0,1)). Denne synshandicap-kategori er ikke omfattet af den centrale udmelding. Disse børn og unge er derfor udtaget af afrapporteringens opgørelser. Kommunerne oplever dog den centrale udmeldings afgrænsning som uhensigtsmæssig, da det opleves at reducere muligheden for at få et reelt billede af området. Kommunernes vurdering er således, at disse børn og unge burde indgå i den centrale udmelding, da synsnedsettelsen typisk giver et dårligt funktionelt syn, og derfor også kræver specialiseret vejledning, og dette i særlig grad hvis synsnedsettelsen er i kombination med andre problemstillinger. Således vurderes det, at målgruppen af børn og unge, der har behov for specialiseret indsatser målrettet synsnedsettelse i praksis er højere end det opgjorte antal. I den forbindelse bemærkes det, at der i Årsberetningen fra Kennedycentret fra 2014 er opgjort 571 børn/unge med stærkt nedsat syn i hovedstadsregionen.

For at sikre en reel mulighed for sammenligning på tværs af kommunerne, er kommunernes opgørelser over, hvilke tilbud de pågældende børn og unge modtager (henholdsvis segregerede og almene), foretaget med udgangspunkt i nedenstående kategorisering:

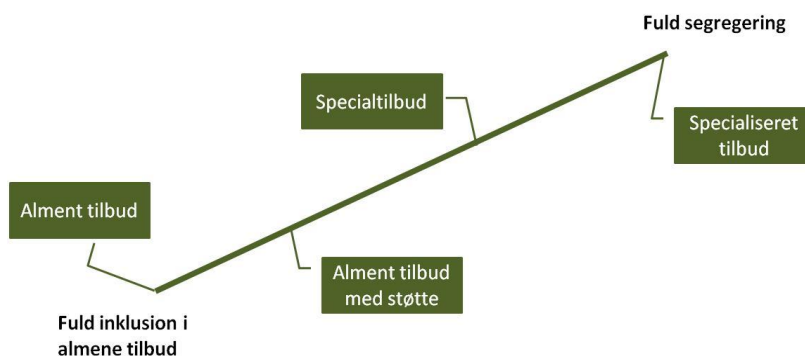
Punkt nr. 12 - Godkendelse af afrapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om synsforstyrrelser og hjerneskade

Bilag 2 - Side -25 af 26

- **Alment tilbud** (børn/unge, som profiterer af samværet med børn i almenområdet, men som samtidig dog i mindre grad har behov for en særlig indsats).

- **Alment tilbud med støtte** (børn/unge, som profiterer af samværet med børn i almenområdet, men som samtidig i større grad har behov for en særlig indsats).

- **Specialtilbud** (mere skærmede tilbud i fx en specialklasserække, hvor børn/unge stadig profiterer af samværet med børn i almenområdet).
- **Specialiseret tilbud** (børn/unge, som har brug for et højt specialiseret tilbud i et mere beskyttet og overskueligt miljø).



Desuden sondres der i opgørelsen mellem pædagogiske, undervisningsmæssige, sociale og andre tilbud. Nedenfor er eksempler på, hvordan ovenstående kategorisering kan omsættes til disse tilbudstyper.

Eksempler på *pædagogiske* tilbud:¹³

- Alment tilbud: Almen børnehave/SFO med et mindre omfang af synskonsulentbistand.
- Alment tilbud med støtte: Almen børnehave/almen SFO med et større omfang af synskonsulentbistand og/eller anden ekstra støtte.
- Specialtilbud: Specialbørnehave/specialskele med SFO med synskonsulentbistand.
- Specialiseret tilbud: Specialbørnehave/specialskele med SFO med synskonsulentbistand, udredning på Synscenter Refsnæs, ophold på Synscenter Refsnæs.

Eksempler på *undervisningsmæssige* tilbud:¹⁴

- Alment tilbud: Almen skole med et mindre omfang af synskonsulentbistand.
- Alment tilbud med støtte: Almen skole med et større omfang af synskonsulentbistand og/eller anden ekstra støtte.
- Specialtilbud: Specialskole, STU med et mindre omfang af synskonsulentbistand.
- Specialiseret tilbud: Specialskole med synskonsulentbistand, STU med et større omfang af synskonsulentbistand, ophold på Synscenter Refsnæs, ophold på IBOS.

Eksempler på *sociale* tilbud:

- Alment tilbud: Almen skole med et mindre omfang af støtte.
- Alment tilbud med støtte: Almen skole med et større omfang af støtte.
- Specialtilbud: Særlige sociale tilbud i hjemmet fx supervision via synskonsulentbistand, praktisk støtte m.v.
- Specialiseret tilbud: Aflastning med synskonsulentbistand.

¹³ Til alle kategorier vil der typisk i forskelligt omfang være elementer af undervisning i punkt, IT, ADL, mobility m.v.

¹⁴ Til alle kategorier vil der typisk i forskelligt omfang være elementer af undervisning i punkt, IT, ADL, mobility m.v.

Af rapportering på central udmelding vedr. børn og unge med alvorlig synsnedsættelse

**Punkt nr. 12 - Godkendelse af af rapportering på Socialstyrelsens udmeldinger om
synsforstyrrelser og hjerneskade**
Bilag 2 - Side -26 af 26

7. 2 BESVARELSER VEDRØRENDE HØJT SPECIALISEREDE INDSATSER OG TILBUD

Den definition af højt specialiserede tilbud, der er udmeldt i den centrale udmelding, har udfordret kommunernes besvarelser af spørgsmålsgrupperne om, hvilke højt specialiserede tilbud målrettet målgruppen, som kommunerne har kendskab til og anvender. Definitionen skaber blandt andet usikkerhed om, hvorvidt et tilbud skal efterleve samtlige af de opstillede kriterier, hovedparten af dem eller blot få af dem. Dette afspejles også i indberetningerne, hvor der er stor forskel på, hvor mange tilbud samt hvilke typer af tilbud kommunerne har indberettet.

De indberettede data er således blevet grundigt efterbehandlet og drøftet i den nedsatte faglige referencegruppe. Hovedstadsregionens samlede besvarelse vedrørende højt specialiserede tilbud omfatter således ikke alle nuancer af kombinationer af tilbud, som kommunerne anvender til målgruppen, ligesom alle de konkrete tilbud, som kommunerne anvender ikke er oplistet. Af rapporteringen afspejler derimod det generelle billede i hovedstadsregionen, og medtager alene de tilbud, som har en særlig viden omkring børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og sammensatte vanskeligheder, og som anvendes af flere kommuner.

Psykiatriudvalget

REGION

Samlet rejsemappe for udvalgets studietur til
London den 4.-5. november 2015

Punkt nr. 13 - Psykiatriudvalgets studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 1 - Side -2 af 19

Indhold

1. Introduktion	3
1.1 Formål	3
2. Deltagerliste	4
3. Diverse praktiske informationer	5
3.1 Fly	5
3.2 Hotel	5
3.3 Forsikring	5
4. Program	7
4.1 Onsdag den 4. november 2015	7
4.2 Torsdag den 5. november 2015	8
5. Psykiatrien og recovery i England	9
5.1 Organisering af psykiatrien i England	9
5.2 Recovery	10
5.3 Recovery i England	11
5.4 Recovery i Danmark	12
5.5. Recovery i Region Hovedstadens Psykiatri	12
6. Information om oplægsholdere og steder vi skal besøge	14
6.1 Central & North West London Recovery & Wellbeing College	14
6.2 South West London Recovery College	16
6.3 Om ImROC ved Centre for Mental Health	17
7. Ordliste	19

1. Introduktion

Dette er en samlet mappe med informationer til brug ved Psykiatriudvalgets studietur til London den 4. til 5. november 2015.

Her kan udvalget orientere sig om praktiske elementer, baggrundsinformation, og en samlet liste over oplægsholdere / deltagere ved de forskellige besøg. Baggrundsinformationen omhandler de tre steder, som udvalget skal besøge og/eller emner for besøget, en kort introduktion til, hvordan psykiatrien er opbygget i England, samt en definition af recovery-begrebet.

Er der spørgsmål før, under eller efter udvalgets studietur kan disse rettes til Lisbeth Fly Højmark på mail: lisbeth.fly.hoejmark@regionh.dk eller pr. telefon på 38 66 60 45 / 51 94 06 54.

Efter studieturen udarbejdes en rapport samt et samlet regnskab for turen. Dette forelægges Psykiatriudvalget, forretningsudvalget og regionsrådet.

1.1 Formål

De stående politiske udvalg i Region Hovedstaden har fået en central rolle, som værende politikformulerende og politikkontrollerende, samt at initiere udviklingen af regionen. I forhold til at initiere udviklingen af psykiatrien i regionen og regionens øvrige opgaveløsning indgår muligheden for at hente inspiration og input via studieture.

Psykiatriudvalgets studietur skal ses i lyset af ovenstående, og udvalget har på baggrund af forslag fra Region Hovedstadens Psykiatri besluttet, at studieturen skal foregå i London og omhandle det overordnede tema recovery-orientering. I England er der etableret et nationalt implementeringsprogram af Sundhedsministeriet, der skal understøtte udviklingen decentralt. Erfaringer fra det nationale implementeringsprogram for recovery i England kan være nyttige i forhold til omstilling mod visionen om en mere recoveryorienteret psykiatri.

Recovery er derudover højaktuel i forhold til budgetaftale 2016 for Region Hovedstaden, hvor der er politisk enighed om at arbejde i retning af en psykiatri med recovery, hvor fokus er på nære tilbud og tilbagevendende til uddannelse og arbejde.

2. Deltagerliste

Psykiatriudvalget:

Karsten Skawbo-Jensen (C) - Udvalgsformand og gruppeleder på turen
Mobil tlf.: 51 31 69 36

Susanne Due Kristensen (A)
Mobil tlf.: 20 47 88 26

Hanne Andersen (A)
Mobil tlf.: 20 91 87 33

Erik R. Gregersen (A)
Mobil tlf.: 51 52 92 25

Finn Rudaizky (O)
Mobil tlf.: 60 10 10 34

Anne Ehrenreich (V)
Mobil tlf.: 30 57 19 76

Erik Sejersten (V)
Mobil tlf.: 40 18 80 53

Susanne Langer (Ø)
Mobil tlf.: 24 64 73 11

Administrationen:

Christian Worm, direktør, Center for Sundhed
Lisbeth Fly Højmark, specialkonsulent, Center for Sundhed
Martin Lund, direktør, Region Hovedstadens Psykiatri

3. Diverse praktiske informationer

3.1 Fly

Udrejse: Den 4. november – (flynummer SAS SK501)

- Kl. 6.00 - Mødes – Mødested: Ved Baresso Coffee i Terminal 3 i Kastrup Lufthavn
- Kl. 6.15 - Check In
- Kl. 7.45 - Flyafgang Kbh. – London
- Kl. 8.45 - Ankomst London (Heathrow) (engelsk tid)

Hjemrejse: Den 5. november – (flynummer SK1508)

- Kl. 20.30 – Flyafgang London (Heathrow) – København
- Kl. 23.25 – Ankomst i Kastrup Lufthavn

For mere information om tider og steder; **se detaljeret program, afsnit 4.**

Deltagerne sørger selv for transport til og fra Kastrup Lufthavn, der kan godtgøres af Region Hovedstaden, jf. Vederlagsregulativ.

3.2 Hotel

Hotel Ibis London Euston St Pancras

3 Cardington St
London NW1 2LW
Storbritannien
Tlf. (+44)207/3887777

3.3 Forsikring

Samtlige rejsende på studieturen er dækket af Region Hovedstadens rejseforsikring via Europæiske Rejseforsikring. Alle deltagere får udleveret et rejsekort, hvor nødvendige oplysninger i tilfælde af skader findes. Rejsekortet er personligt og bør medbringes under hele turen.

Punkt nr. 13 - Psykiatriudvalgets studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 1 - Side -6 af 19

Under rejsen gælder følgende:

- Alle rejseskader skal anmeldes på Willis Ekstranet på www.willis.dk/ekstra.net
- Ved tyveri skal der ske anmeldelse til det lokale politi og politikkvittering vedlægges anmeldelsen.
- Hvis der opstår behov for hjælp i udlandet, så kontaktes Europæiske Rejseforsikring. De nødvendige oplysninger fremgår af rejsekortet.

4. Program

Det overordnede program for Psykiatriudvalgets studietur er tidligere blevet forelagt og godkendt af udvalget. Herunder ses et detaljeret program for turen. I efterfølgende afsnit er baggrundsoplysninger om de steder udvalget skal besøge, samt uddybende forklaringer i forhold til temaet og psykiatrien i England. Til slut findes en kort ordliste med forklaring af udvalgte engelske udtryk.

4.1 Onsdag den 4. november 2015

Dag 1: Recovery-orienteret praksis, metoder og team-planer, medarbejdere med brugererfaring - besøg i Central and North West NHS Foundation Trust		
TID (lokal tid)	OVERSKRIFT	INDHOLD
Kl. 06.00	Mødes	Vi mødes i Kastrup Lufthavn ved Baresso Coffee, Terminal 3
Kl. 06.15	Check In	Check in i terminal 3. Alle deltagere skal checke ind personligt.
Kl. 07.45	Flyafgang Kbh. – London (SAS SK 501)	Flyturen varer ca. 1 ½ - 2 timer.
Kl. 08.45	Ankomst London (Heathrow)	Hver deltager sørger for sin bagage. Vi går gennem tolden sammen.
Kl. 08.45 – 11.00	Bagageudlevering og transport til hotel, ca. 2 timer	Med bus til hotellet. Busselskabet "London Airport Transportation" vil have et skilt med Christian Worms navn. Afgang til hotellet. Køreturen tager ca. 1. time.
Kl. 11.00 – 12.30	Indkvartering og let frokost på hotellet	Hotel: Ibis London Euston St. Pancras
Kl. 12.30 – 13.00	Til fods fra hotellet til 1. Besøgssted, 75 Hampstead Road.	Gåturen tager ca. 5 min.
Kl. 13.00 – 18.00	Besøg i Central and North West NHS Foundation Trust.	Besøg i Central & North West London Foundation Trust. 2nd Floor, Stephenson House. 75 Hampstead Road. London, NW1 2PL. Se information afsnit 6.1.
Kl. 18.00 – 19.00	Til fods retur til hotellet og værelsestid.	Gåturen tager ca. 5 min.
Kl. 19.00 – 19.30	Til fods til restaurant Elena's L'Etoile, Charlotte Street.	Gåtur til restaurant Elena's L'Etoile, 30 Charlotte Street, W1T 2NG London. Gåturen tager ca. 20 min. Der er ca. 1,3 km.

Punkt nr. 13 - Psykiatriudvalgets studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 1 - Side -8 af 19

4.2 Torsdag den 5. november 2015

Dag 2: Sydvest Londons recoverycollege og recovery-organisationen - Im-Roc		
Kl. 07.00-09.00	Morgenmad og check ud fra hotellet	Morgenmad serveres fra kl. 7.00
Kl. 08.45-09.30	Afgang til South West London Recovery College	Bustransport (1 time). Bagage lægges i bussen, hvor den opbevares dagen igennem indtil hjemrejse om aftenen.
Kl. 09.30-12.30	Introduktion og besøg ved South West London Recovery College.	Introduktion og besøg ved South West London Recovery College (Building 28), South West London and St George's Mental Health NHS Trust, Springfield Hospital, 61 Glenburnie Road, Tooting, SW17 7DJ. Se information, afsnit 6.2.
Kl. 12.30 – 13.00	Afgang og transport til ImRocs kontor i Borough High Street.	Bustransport - samme bus.
Kl. 13.00-13.45	Velkomst og faglig introduktion til frokostmøde med Dr. Julie Repper.	ImROC sørger for frokost.
Kl. 13.45-16.00	ImRoc, Centre for Mental Health, Maya House, 134-138 Borough High Street London, SE1 1LB.	Introduktion til recovery og erfaringer fra ImRoc-projektet v. Dr. Julie Repper, direktør for Im-ROC-programmet. Der vil være mulighed for spørgsmål og debatter undervejs. Se information og mulige spørgsmål/diskussionpunkter afsnit 6.3.
Kl. 16.00-16.30	Afslutning og refleksioner over de to dages program om recovery.	Læringspunkter og perspektiver med Julie Repper, se mulige spørgsmål/diskussionpunkter afsnit 6.3.
Kl. 16.30-17.00	Afgang og transport til lufthavn	Med bus til Heathrow lufthavn.
Kl. 17.30-18.00	Ankomst til Heathrow	
Kl. 18.00-19.00	Sandwich.	Der købes sandwich el.lign. i lufthavnen, da det ellers bliver vanskeligt at nå at få aftensmad. Der er ikke tid til egentligt ophold og måltid på restaurant.
Kl. 19.00-20.00	Check in.	Der checkes in personligt.
Kl. 20.30	Flyafgang (flynr. SK 1508).	Afgang kl. 20.30 (engelsk tid). Ankomst til Kastrup Lufthavn kl. 23.25 (dansk tid).

5. Psykiatrien og recovery i England

5.1 Organisering af psykiatrien i England

Psykiatrien i England drives primært af National Health Service (forkortes; NHS), såvel som frivillige organisationer og foreninger samt private udbydere, der betales af NHS. Se også ordliste, afsnit 7.

Det meste af psykiatrien i England er finansieret af NHS eller af de lokale myndigheder via økonomiske tilskud fra regeringen og kommunale skatter. Der er gratis adgang til behandling i den engelske psykiatri, der hører under NHS.

Organisation

Den psykiatriske indsats under NHS i England er organiseret på to måder ligesom resten af sundhedsvæsenet.

Den primære del af sundhedsydelserne er styret af clinical commissioning groups (kliniske uddelegeringsgrupper, herefter CCGer). CCGerne udstikker rammerne for budget, uddelegerer og prioriterer alment praktiserende læger, rehabiliteringstilbud, nogle socialpsykiatriske tilbud om blandt andet selvhjælpsgrupper, samtaleterapi og telefonrådgivning. CCGerne er inddelt efter geografiske områder.

Den sekundære psykiatriske indsats modsvarer mere den psykiatriske indsats, der i Danmark hører under regionerne. Denne indsats hører under bestyrelsesledelse sundhedsorganisationer, de såkaldte NHS trusts, herunder hører distriktpsychiatri, sengeafdelinger, udgående team mv.

De såkaldte NHS Trusts er lokale sundhedsorganisationer. En stor del af disse er *Foundation trusts*, som er uafhængige, juridiske organisationer, der drives lokalt og har til formål at tilvejebringe sundheds- og psykiatri tilbud til lokalbefolkningen. *Foundation trusts* har en større finansiel og operationel frihed end andre NHS trusts, og er regeringens forsøg på at decentralisere offentlige ydelser. Det er planen for NHS, at alle sundhedsudbydere under NHS skal være organiseret som foundation trusts.

Foundation trusts er ledet af en bestyrelse, hvori der sidder demokratisk valgte repræsentanter fra blandt andet kommuner, frivillige foreninger, pårørende og brugere. Det, der kendetegner foundation trusts under NHS, er at bestyrelsen er repræsentativt sammensat af interessenter fra sundhedsvæsenet, at de har vedtægter, virksomhedsplaner mv. Enkelte steder i England er samarbejdet mellem NHS og de lokale myndigheder mere formaliseret, og kaldes "care trusts", som tilbyder både psykiatriske og sociale tilbud.

Henvisning, tilbud og styring

Der kan henvises til de psykiatriske tilbud der hører under NHS fra egen læge. Som det er tilfældet i Danmark, er psykiatrien i England, i høj grad baseret på distriktpspsykiatri (kaldet communitybased treatment), fremfor sengebaseret psykiatri. Dette betyder også, at de fleste tilbud er ambulante. Det kan være dagtilbud, konsultationer hos psykiatere, distriktspsygepleje, udgående team, psykologer, ergoterapeuter, samt beskæftigelses- og erhvervsvejledning mv.

Selvom indsatsen i stigende grad er blevet ambulant i England tilbyder de fleste NHS trusts indlæggelse i en psykiatrisk sengeafdeling, til akut syge patienter med psykose eller anden svær, psykisk tilstand.

De tilbud, der er i de forskellige lokalområder, varierer afhængig af politikker, udmøntning af NHS-budget og specialisering i den enkelte NHS Trust.

Tvangsindlæggelse I England kan finde sted på lignende vilkår, der modsvare psykiatriloven i Danmark, hvis en læge vurderer, at personen er til fare for sig selv eller andre. Se evt. ordliste under "Mental Health Act."

National strategi og udgifter til indsatsen mod sindslidelser

I 2011 lancerede regeringen en national strategi for den psykiatriske indsats, kaldet "No Health without Mental Health" med fokus på, at mental sundhed er lige så vigtig som fysisk sundhed.

Udgifterne til psykiatrien udgjorde i 2012 omkring 13 % af de samlede sundhedsudgifter i England, hvilket svarer til omkring £14 milliarder (ca. 143 milliarder) om året.

I Danmark udgør psykiatrien omkring 5% af de samlede sundhedsudgifter, og der anvendes ca. 20 mia. DKKR pr. år, totalt set for både regioner og kommuner.

5.2 Recovery

Recovery-tankegangen udspringer fra USA i 1970'erne, og siden 2000 har denne tilgang til psykiske lidelser også bredt sig til Danmark. International forskning viser, at mere end halvdelen af dem, der rammes af alvorlige psykiske lidelser, kommer sig. Recovery betyder "at komme sig" og er en personlig og individuel proces. Recoveryorientering handler om at tilbyde en konkret hjælp til at komme sig efter psykisk sygdom. Det drejer sig om at give støtte til at opnå og fastholde helt almindelige personlige mål som at have familie, bo i egen bolig, få og passe et arbejde.

Definition på personlig recovery: "en dybt personlig, unik proces, der handler om at ændre sine holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og roller. Det er en måde, hvorpå man kan leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger, der følger af sygdommen.

Recovery indebærer skabelsen af ny mening og nyt formål i livet, efterhånden som man overkommer de katastrofale konsekvenser af psykisk sygdom.”

Tilgangen tager udgangspunkt i, at det enkelte individ er omdrejningspunktet for recovery-processen, da det er patienten, som har unik viden om sine symptomer, ønsker, erfaringer og livssituation. Recovery er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at patienten bliver symptomfri og vender tilbage til sin hverdag, som den var før sygdommen, men snarere at patienten kommer videre i livet efter eller samtidig med sin sygdom.

5.3 Recovery i England

England er et af de førende lande i udvikling, implementering og forskning indenfor recovery-processer såvel på patientniveau som på organisatorisk niveau.

Det såkaldte ImROC-program er det centrale omdrejningspunkt for studieturen. ImROC står for: Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC). Direkte oversat betyder det på dansk at implementere recovery via organisatoriske forandringer.

ImROC er et nationalt program i England for implementering af recovery-orientering, der har til formål at støtte og hjælpe patienter med psykiske lidelser til et mere meningsfuldt og produktivt liv.

Programmet støtter lokale NHS og selvstændige psykiatriske behandlere med at udvikle en mere recovery-orienteret tilgang til psykiatrisk behandling. Eksempelvis tilbyder programmet recovery-orienteret uddannelse til sundhedsprofessionelle, og nogle NHS organisationer har ansat *peer support workers*, der er mennesker med personlig erfaring med psykiske lidelser, til at arbejde sammen med sundhedsprofessionelle. Studieturen afsluttes med et besøg hos direktøren for ImROC-programmet, Dr. Julie Repper, se mere i afsnit 6.3.

Derudover er det også en del af ImROC-programmet at etablere *Recovery Colleges*.

Recovery Colleges tilbyder undervisning inden for recovery orienterede emner. Underviserne er medarbejdere, der selv har brugerbaggrund i psykiatrien, der underviser sammen med medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund. Patienter, pårørende og medarbejdere deltager sammen på kurserne. Formålet med undervisningen er, at patienterne selv bliver ek-

sperter i deres egen behandling og udvikler færdigheder, som de har brug for, for at kunne leve et liv efter deres sygdom. For medarbejderne gælder det, at de får øget deres viden om recoveryprocesser, og om hvordan man som medarbejder understøtter disse.

5.4 Recovery i Danmark

Recoverybegrebet har først vundet indpas i Danmark fra omkring årtusindskiftet. Recovery-orienteringen har især sat sit præg i socialpsykiatrien men nu også i behandlingspsykiatrien. I de senere år er begrebet blevet båret frem på nationalt plan af brugerbevægelsen, medarbejdere i psykiatrien, frivillige foreninger samt politisk. Således blev recovery-begrebet også en del af rapporten fra 2013 fra den daværende regerings Psykiatriudvalg. I denne rapport påpeges det, at mennesker med psykiske lidelser ikke som udgangspunkt må ses som kronisk syge, og indsatsen skal i højere grad have fokus på mulighederne for at komme sig.

I England blev der igangsat et nationalt program (ImROC-programmet i 2011), der består af en central projektorganisation, der arbejder med udgående aktivitet og netværksdannelse for at understøtte lokale tiltag om recovery. I Danmark er arbejdet med recovery forankret decentralt, og funderet i de organisatoriske tiltag, som psykiatrien i de enkelte regioner iværksætter.

I tråd med tendenserne i rapporten fra 2013 er den sundhedsfaglige hospitalspsykiatri imidlertid også begyndt at arbejde med at implementere fokus på recovery mere aktivt i de senere år. Dette er også understøttet af, at der er givet SATS-puljemidler fra 2015 – 2018 til flere og bedre kompetencer i psykiatrien, herunder udvikling af recovery-kompetencer på tværs af faggrupper, samt SATS-puljemidler til udvikling af psykiatriens uddannelse af patienter og pårørende for at understøtte patientens egen recovery.

5.5. Recovery i Region Hovedstadens Psykiatri

Recovery er en del af de politiske visioner for fremtidens psykiatri i Region Hovedstaden (2010). Visionerne tager udgangspunkt i en psykiatri med patienten i centrum baseret på recovery, netværksinddragelse og rehabilitering.

Region Hovedstadens Psykiatri har gennem de sidste 4-5 år arbejdet målrettet med at implementere recovery-orientering og brugerdeltagelse i vok-

senpsykiatrien, i retspsykiatrien, i børne- og ungdomspsykiatrien samt i ledelserne.

I 2011 etablerede Region Hovedstadens Psykiatri Kompetencecentret for Rehabilitering og Recovery på Psykiatrisk Center Ballerup. Oprettelsen af Kompetencecentret markerede således beslutningen om at udvikle Region Hovedstadens Psykiatri som et recoveryorienteret psykiatrisk hospital, og siden har recovery været fastsat som et strategisk indsatsområde i den årlige virksomhedsplan.

I Region Hovedstadens Psykiatri defineres recovery som en personlig, unik forandringsproces og som en måde at leve et tilfredsstillende liv præget af håb og muligheder, selv med de eventuelle begrænsninger, som psykisk sygdom medfører. I Børne- og Ungdomspsykiatrien defineres recovery som en personlig og relationel udviklingsproces, hvor barnet får mulighed for at opnå en så almindelig opvækst som muligt.

I 2012 afholdt Region Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med Det Sociale Netværk en konference med ca. 500 deltagere kaldet Et Skridt Videre om Rehabilitering og Recovery, som markerede en form for kick off i arbejdet med recovery i Region Hovedstadens Psykiatri.

Region Hovedstaden afsatte i budgettet for 2013 5 mio. kr. til et kulturforandringsarbejde, herunder uddannelse og kompetenceudvikling. Der blev desuden afsat midler til at ansætte medarbejdere med brugerbaggrund. Det indgik i Virksomhedsplanen for 2014 for Region Hovedstadens Psykiatri, at alle psykiatriske centre ved udgangen af året skulle have ansat medarbejdere med brugerbaggrund. Aktuelt er der knap 30 medarbejdere med brugerbaggrund ansat på hospitalets 11 centre.

Region Hovedstadens Psykiatri har i et partnerskab med tre kommuner (Rudersdal, Helsingør og København), Psykiatriforeningernes fællesråd og Det sociale netværk, fået satspuljemidler i perioden 2015-18 til et fælles projekt om "Peerstøtte i den sammenhængende indsats overfor borgere med psykiske lidelser". Projektet har et recovery-orienteret fokus på, hvordan ansatte med brugerbaggrund kan hjælpe med til at give håb og skabe sammenhæng ved overgangen mellem behandlingspsykiatrien og de kommunale tilbud.

Ansatte med patientkontakt i Region Hovedstadens Psykiatri modtog i 2013-14 undervisning i recovery. I alt 3500 medarbejdere deltog i undervisningen.

I 2014 har Region Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med brugerorga-

nisationerne udviklet et koncept for en recovery-skole. Skolen afprøves i 2015 som et pilotprojekt, som evalueres. Det forventes, at Region Hovedstadens Psykiatris skole for recovery vil blive gjort til et permanent tilbud i 2016, såfremt der er politisk opbakning og finansiering hertil.

6. Information om oplægsholdere og steder vi skal besøge

6.1 Central & North West London Recovery & Wellbeing College

Oplægsholdere:

- **Jane Rennison** (leder, ergo-/beskæftigelsesterapeut)
- **Syena Skinner** (Recovery College Manager)
- **Debbie Stott** (manager for peer support og selv medarbejder med brugererfaring)
- **Rash Patel** (leder af beskæftigelses-/erhvervsservices og selv medarbejder med brugererfaring)

CNWL Recovery & Wellbeing College blev etableret i april 2012 på grundlag af det nationale initiativ om at skabe et samfund, hvor borgere med psykiske lidelser har samme muligheder i livet som den øvrige befolkning. Formålet med CNWL er at fremme muligheden for recovery/rehabilitering og social inklusion af mennesker med psykiske lidelser.

De studerende bliver motiveret til at deltage aktivt i deres egen behandling og rehabiliteringsproces, herunder at lære at modarbejde og kontrollere deres lidelser og tilegne sig redskaber til at kunne leve et godt og tilfredsstillende liv. CNWL udbyder en række kurser, der skal hjælpe de studerende med at udvikle deres redskaber og forståelse, samt identificere personlige mål og ambitioner. Kurserne er udviklet i et samarbejde mellem erfarne sundhedsprofessionelle og mennesker, der tidligere har lidt af en psykisk lidelse. De studerende bliver blandt andet undervist af mennesker, der har personlig erfaring med at leve med en psykisk lidelse. Disse undervisere kaldes *peer recovery trainer*.

CNWL Recovery & Wellbeing College blev udvalgt som et af seks pilotprojekter i det nationale ImROC-program.

Det faglige program for eftermiddagen dækker over følgende:

- Recovery i Central and Northwest London Mental Health Trust
 - Brug af ImROCs metoder
 - Brug af Recovery Team Implementeringsplaner
 - Risiko, sikkerhed og recovery
- Medarbejdere med brugererfaring i Central and Northwest London Mental Health Trust
- Beskæftigelsesindsats i Central and Northwest London Mental Health Trust
- Overblik over beskæftigelsesprogrammet
- Specialiseret beskæftigelsesrettet indsats og individuel placering og støtte
- Recovery college i Central and Northwest London Mental Health Trust
- Overblik og forum for diskussion.

Forslag til spørgsmål til og debat med oplægsholderne

- 1) Hvordan forandrer ImRoc-programmet, herunder medarbejdere med brugerbaggrund, kultur og faglig adfærd i organisationen? How does the ImROC-program, especially the use of peer support, change the culture and the professional behaviour in the organization?
- 2) Hvilke tilbud har Central and Northwest London NHS Trust? Can you give a short overview of the services in CNWL?
- 3) Kan I kort beskrive, hvordan CNWL er organiseret? Can you explain shortly how the Central and Northwest London NHS Trust is organized?
- 4) Er der fx en bestyrelse, og hvem er repræsenteret i bestyrelsen? E.g. is there a board of directors, and who is represented in the board? Er der valg til bestyrelsen? Election of governors or representatives?
- 5) Hvordan er samarbejdet og arbejdsdelingen i forhold til den kommunale beskæftigelsesindsats? What kinds of co-operation and work-sharing are there between the employment services within the CNWL and other public employment programs?

6.2 South West London Recovery College

Oplægsholdere:

- Jeremy Coutinho og medarbejdere

Southwest London and St. George's Mental Health NHS Trust driver South West London Recovery College (SWL), som åbnede i januar 2010 og dermed er det første Recovery College i England.

SWL Recovery College udbyder forskellige kurser for mennesker med psykiske lidelser, der anvender en recovery-orienteret tilgang for at hjælpe kursisterne til at blive eksperter i deres egen behandlingsproces, så de kan leve deres liv, som de vil. SWL Recovery College uddanner også plejere og sundhedsprofessionelle til bedre at kunne forstå mental sundhed, så de kan vejlede og støtte patienterne i forhold til recovery og rehabilitering. Eksempelvis udbyder the South West London Recovery College kurser som "Introduction to Recovery", "Taking Back Control", "Returning to Work & Study", "Future Focus" og "Toolkits & Routines for Recovery".

Det faglige input til formiddagen dækker følgende:

- SWL Recovery Colleges historie og sikring af fokus på recovery
- Implementering af recovery i organisationen
- Dynamikker ved sam-produktion og sam-facilitering (brugere/patienter og professionelle)
- Kvalitetsstandarder for underviserne/vejlederne ved recovery college
- Åbne spørgsmål og diskussion

Forslag til spørgsmål til og debat med oplægsholderne

1. Kan I forklare, hvordan I planlægger og organiserer Jeres uddannelse(r)? Can you explain how you plan and organize your education?
2. Hvilken uddannelse og/eller kompetenceudvikling modtager underviserne ved recovery college? What kind of education do the trainers receive?
3. Are there courses of a certain length – for professionals and for service users? Hvor lange er kurserne, og er der både kurser for professionelle og for brugere/patienter? How many hours do the trainees receive teaching every week? Hvor mange ugentlige undervisningstimer er der?
4. How do you recruit and hire peer support workers? Hvordan rekrutterer og ansætter I medarbejdere med brugerbaggrund? Will the jobs be announced on equal terms as other jobs in mental health

services? Laves der stillingsopslag på samme betingelser som med andre jobopslag?

5. Does it "require" a certain professional background to become a peer support worker? Kræver det en særlig professional baggrund at blive medarbejder med brugererfaring?

6.3 Om ImROC ved Centre for Mental Health

Oplægsholder:

- **Julie Repper** (direktør for recovery-programmet i England)

Som nævnt i afsnit 5.3 er ImROC-programmet et nationalt tiltag. ImROC blev iværksat af Sundhedsministeriet i 2011 for at understøtte en mere recovery-orienteret praksis i indsatsen for at hjælpe mennesker med psykisk problemer. ImROC-programmet består af et projektsekretariat med førende eksperter på området, herunder medarbejdere med brugererfaring. I opstartsfasen i 2011 og 2012 arbejdede ImROC-programmet med over 29 forskellige organisationer inden for psykiatri og mental sundhed. Der blev etableret pilotprojekter i flere psykiatriske organisationer.

ImROC programmet arbejder med et sæt på 10 indikatorer, der kan bruges til selvevaluering og til at måle graden af recovery-orientering i en organisation, herunder forandring af hverdagsrelationer, bruger/patientledede uddannelser, uddannelsescenter for recovery og om-definition af brugerindflydelse.

Dr. Julie Repper er lektor ved Nottingham Universitet, og har været direktør for recovery-programmet siden 1. april 2015. Studieturen slutes af med en interaktiv session med Julie Repper med fokus på grundlæggende teori og praktiske eksempler fra ImROC-programmet. Der opfordres til spørgsmål og diskussionspunkter undervejs, som fx kan være følgende:

- 1) Forklaring af hvordan ImROC-programmet/sekretariatet arbejder? Explain the basics of how the ImROC-program is organized and how ImRoc works? Methods, theory, network, consultancy-packages etc.?
- 2) Hvad er de vigtigste forudsætninger for, at lave forandringer i psykiatrien, der fremmer recovery? What are the most important conditions of changing culture in mental health services and psychiatry?
- 3) Hvordan forstås brugerindflydelse i ImROC-programmet? How do you define user involvement/influence etc. within the framework of the ImROC-programme?
- 4) Hvad er holdningen til forskellige behandlingsformer i ImROC, fx

Punkt nr. 13 - Psykiatriudvalgets studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 1 - Side -18 af 19

medicinsk behandling, psykologisk behandling, ergo- eller fysioterapeutisk? What is the perception of the different regimes of treatment within the ImRoc-programme? E.g. medical treatment, psychological and/or occupational therapy? What are the dominant regime(s) of treatment in mental health services in England? What are the perception of the medical treatment and other regimes of treatment in the user movement?

- 5) Hvad er de vigtigste udfordringer i forbindelse med recovery-orientering i psykiatrien? What are the primary challenges of promoting recovery-orientation with in mental health services?

7. Ordliste

Employment services – Beskæftigelsesindsats, herunder arbejdsformidling og jobcentre mv.

GP – General Practitioner - Alment praktiserende læge.

NHS Foundation Trust – En lokal organisation, der tilbyder sundhedsydelser mv. NHS Trusts blev etableret første gang i 2004, og er lokale organisationer med en bestyrelse og vedtægter, der ikke er underlagt statslig styring eller kontrol, men er forpligtet til at udpege og inddrage patienter, lokale myndigheder mv. Foundation trusts kan søge projektmidler og modtager statslig støtte. Hver foundation trust yder lokale tilbud om psykologbehandling, psykiatrisk, medicinsk behandling, ergoterapi, distriktssygepleje mv. til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dog ledet af en bestyrelse med repræsentanter fra medlemmer og interessenter. Se også afsnit 5.1.

NHS – National Health Service. Det statslige sundhedsvæsen i England.

Occupational therapy – Ergoterapi.

Psychiatric Ward – Psykiatrisk Sengeafdeling. Kaldes også "Inpatient Mental Health Ward". Indlæggelse sker primært for patienter i akut krise/psykose. De fleste sengeafdelinger hører under en NHS Foundation Trust, men der findes også privathospitaler/klinikker.

Physiotherapy – Fysioterapi.

Recovery House – Der findes forskellige organisatoriske former for *recovery houses* internationalt, som alle på forskellige vis dækker over et alkohol- og misbrugsafvænningsprogram.

Recovery-college – En bestemt måde at undervise på i recovery inden for en afgrænset organisation.

Mental Health Act – Er den gældende Psykiatrilov for England og Wales. Vedtaget i 1983, men ændret væsentligt i 2007. Lovens bestemmelser giver hjemmel til at tilbageholde og indlægge personer mod deres vilje.

Vocational services – Erhvervsvejledning.

IPS – IPS står for: Individual Placement & Support. IPS betegner en beskæftigelsesrettet indsats, der er fokuseret på at finde det helt rette sted og miljø, og give en individuelt tilrettelagt støtte til dette, fremfor at afprøve beskyttet beskæftigelse og jobtilbud. Der pågår et dansk forskningsprojekt med afprøvning af 2 forskellige modeller af IPS i samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Region Syddanmark og relevante jobcentre.

NOTAT

Til: Arbejdsgruppen vedr. Kodeks

Dato: 16. september 2015

Ved mødet den 25. august 2015 drøftede arbejdsgruppen styrkelse af den politiske beslutningsproces i de stående udvalg og i regionsrådet ud fra følgende arbejdspapir. På baggrund af drøftelsen her er dette notat dermed blevet rettet til efter arbejdsgruppens drøftelser og konklusioner.

Oplæg om styrkelse af den politiske beslutningsproces i regionsrådet og de stående udvalg

Regionsrådet traf i 2014 to vigtige beslutninger om at styrke og fokusere det politiske arbejde i Rådet. Med vedtagelsen af den nye styrelsesvedtægt, med indførelse af den såkaldte "Skanderborgmodel" samt "Fokus og Forenkling" med tilhørende politiske målsætninger, kongeindikatorer og driftsmålstyring, er der skabt gode rammer for, at regionsrådet som den øverste politiske ledelse i Region Hovedstaden kan sætte den politiske retning for arbejdet i regionen.

Regionen har efter Regionsloven en meget stor driftsopgave. Det politiske ansvar for den umiddelbare forvaltning ligger i regionsrådet. Den politikformulerende og politikopfølgende opgave ligger i de stående udvalg og i kræftudvalget. Forretningsudvalget har ansvaret for den overordnede planlægning, økonomi og drift.

Med de opgaver regionen har, er der en meget stor mængde "driftssager", der formelt skal forelægges for regionsrådet. Dertil kommer en række principielle sager eller sager, hvor der lægges op til, at regionen skal fastlægge en ny måde at løse opgaver på. Med de stadigt mere pressede budgetter, kræver den sidste opgave stadigt mere politisk opmærksomhed.

Arbejdsindsatsen for det enkelte medlem af regionsrådet er derfor stort. Med den store sagsmængde er der en iboende risiko for, at der bruges forholdsmæssigt meget tid på de almindelige driftssager, og forholdsmæssigt lidt tid på sager, hvor regionen foretager nye principielle valg eller store økonomiske valg, med risici og ubekendte i forhold til konsekvenser for borgere, patienter, medarbejdere og økonomi. Det stiller store krav til det beslutningsgrundlag medlemmerne af regionsrådet har til deres rådighed og den proces, der tilrettelægges.

Der har derfor været nedsat en arbejdsgruppe, der skulle se på beslutningsgrundlag og -proces. Forslaget til justeringer bygger på, at det er ikke alle sager, der skal behandles på samme måde, men at nogle sager, vil kræve et mere udbygget beslutningsgrundlag end andre sager.

Beslutningsgrundlag

Ansvar for at forelægge og oplyse sagerne er administrationens. Dertil kommer, at formanden – og formændene for de stående udvalg og kræftudvalget, ved godkendelse af dagsorden, har ansvar for, at efterse at der foreligger et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag.

Som beskrevet er de sager, der forelægges meget forskellige. Formålet med dette papir, er derfor med udgangspunkt i princippet om fokus og forenkling, at give administrationen et klart og enkelt redskab til det videre udviklingsarbejde med at øge kvaliteten i de politiske beslutningsoplæg.

Sager til regionsrådet kan opdeles i tre hovedgrupper.

1) Løbende driftssager

Det er sager, hvor regionsrådet skal forelægges sagen, enten fordi det følger af styrelsesregler, bevillingsregler, lovgivningen eller andet. Det er sager, der typisk forelægges med regelmæssige mellemrum og er eksempelvis udmøntning af allerede vedtagne politikker. Dette udgør langt den største del.

Den eksisterende beslutningsproces, hvor de forelægges det stående udvalg eller kræftudvalget, hvor de hører hjemme til en behandling, og forelægges regionsrådet via forretningsudvalget, der har den overordnede økonomiske og planmæssige koordinering, er en effektiv beslutningsproces.

Administrationen bør dog i disse sager, være tydeligere om at beskrive konsekvenserne, hvorfor der bør indføres et egentligt **konsekvensafsnit**. Centrale konsekvenser at få belyst kan, alt efter sagens indhold, være en beskrivelse af de konkrete konsekvenser for borgere, patienter og medarbejdere. I disse afsnit bør administrationen også kort vurdere evt. kendte risici eller beskrive, at der efter administrationens vurdering ikke er sådanne. I dette afsnit vil således, både positive og negative konsekvenser kunne være beskrevet.

Kravene til konsekvensafsnittet skal være proportionalt med sagens indhold, sådan at generiske driftssager ikke beskrives mere komplekst end nødvendigt. Den politiske stillingtagen bygger på administrationens pligt om at oplyse om risici, der vurderes at være af relevant størrelse til de løbende driftssager.

Det vil desuden ikke altid være muligt at kende alle risici ved samtlige sager. Det skal dermed understreges, at en risikovurdering i sagerne vil skulle kortlægge kendte og forudsete risici, men at der skal tages forbehold for ukendte risici, der kan få indflydelse efter en beslutning er truffet.

De redskaber i form af tjeklister administrationen arbejder med i forbindelse med politiske indstillinger, justeres i overensstemmelse hermed.

2) Større driftssager

Der er en række driftssager, hvor administrationen lægger op til, at en opgave skal varetages på en anden måde. Disse sager er ofte kendetegnet ved en stor økonomisk betydning i det løbende arbejde med at effektivisere driften, stor kompleksitet der også vil have praktiske konsekvenser for borgere, samarbejdspartnere og medarbejdere, der skal skabe de ønskede forandringer.

En stor del af disse sager, vil starte i forretningsudvalget, fordi det er forretningsudvalgets ressort.

I sådanne sager, kan der være behov for, at **beslutningsprocessen** tilrettelægges sådan, at der tages højde for behovet for, at forretningsudvalget har mulighed for at drøfte en sag over mere end et møde, og at det skal være muligt at få uddybende oplysninger, tid til politisk debat, inddragelse af eksterne, udover den høring der har foregået som led i den administrative sagsbehandling.

Sådanne sager vil også indeholde forskellige risici i forhold til at opnå de ønskede resultater. Det kan eksempelvis være mindre besparelser end det forudsete, ekstraudgifter, utilsigtede konsekvenser for samarbejdspartnere. Der vil derfor i sådanne sager stilles ekstra krav til administrationen i de konsekvensafsnit, at uddybe disse risici.

Der vil derfor være fokus på to perspektiver, der i dette afsnit vil have relevans; effekter, såsom økonomisk påvirkning, antal personer påvirket af en given beslutning el. lign., samt en vurdering af sandsynligheden for den nævnte effekt.

Det er vigtigt at påpege, at det ikke altid vil være muligt at kende alle risici ved samtlige sager. Det vil fx kunne være eksterne og interne reaktioner, borgeroplevelse, reel projektgangsættelse el. lign.

Det skal dermed understreges, at en risikovurdering i sagerne vil skulle kortlægge kendte og forudsete risici, men at der skal tages forbehold for ukendte risici, der kan få indflydelse efter en beslutning er truffet.

Det er derudover vigtigt at forståelsen af en risiko er bredt defineret, dvs. der er ikke umiddelbart nogle faste rammer for, hvad en risiko kan være. For at kunne inkludere en risikovurdering i de politiske sager som regionsrådet forelægges, så er det vigtigt at

feltet snævres ind og at det defineres, hvad man ønsker at en risikovurdering skal dække.

Det er desuden vigtigt at slå fast, at de bevillingstekniske risici, altså hvad et projekt el. lign. vil koste mm. allerede angives i sagerne, så en risikovurdering vil altså ikke se på de bevillingstekniske omkostninger.

Det er vigtigt at understrege at, ved risici ses der på to elementer; størrelse af risikoen samt sandsynligheden for at en risiko indtræffer. Der vil altså ikke være en procentmæssig vurdering, men en beskrivelse af administrationens vurdering hertil.

3. Policy udvikling

Med ”Fokus og forenkling” ønskede regionsrådet at sætte sig i spidsen for policy udvikling. Med ”Skanderborg modellen” har de stående udvalg og kræftudvalget fået gode muligheder for at sætte sig i spidsen herfor.

I en normal styreform, drøftes forslag og politik kun en gang, hvor man forholder sig til de beslutningsoplæg, der ligger. Det er i den valgte styreform muligt, at udvalgene i langt højere grad, eksempelvis over flere møder, drøfter forskellige scenarier, inddrager eksterne erfaringer. Det kan være ved at afholde temadrøftelser, hvorefter administrationen forelægger forslag til konkrete beslutninger.

Dette vil kræve en betydelig planlægning i udvalgene i forhold til at prioritere udvalgenes arbejde, helt i overensstemmelse med de grundlæggende principper om fokus og forenkling. Udvalgene kan også få stillet opgaven af regionsrådet, eksempelvis som opfølgning på et medlemsforslag.

Udvalgenes arbejde afsluttes med via forretningsudvalget at forelægge en indstilling til regionsrådet.

Der er derfor behov for at arbejde med den politiske værktøjskasse. Administrationen vil derfor i tæt samarbejde med udvalgsformændene udarbejde en sådan værktøjskasse, der bl.a. vil omhandle brugen af scenarier, temadrøftelser mm.. Det vil være vanskeligt at sætte udarbejdelsen af sådanne materialer på formel. Men det bør afspejle, at det skal fremstille problemstillinger og handlemuligheder, sådan at de mulige dilemmaer er belyst grundigt, med henblik politisk stillingtagen. Dette vil kunne være et brugbart redskab for udvalgsformændene ift. at sikre sagsflowet for sager der rammer udvalgene, og dermed sikre gennemgående drøftelse af en sag/et område i udvalget inden det ryger til endelig beslutning.

Og der vil være behov for en løbende og systematisk erfaringsudveksling mellem udvalgene til inspiration og udvikling af arbejdsmetoder.

NOTAT

Vedr.: **Risikoafsnit i den politiske sagsskabelon**

Dato: 29. november 2015

Risikoafsnit

Risikoafsnittet skal redegøre for administrationens vurdering af mulige risici ved en given beslutning. Den politiske stillingtagen bygger på administrationens pligt om at oplyse om risici, der vurderes at være af relevant størrelse på det givne oplyste grundlag.

Hvad er inkluderet i afsnittet?

Da risici kan defineres bredt og da administrationen skal oplyse på baggrund af et proportionalitetsprincip, vil samtlige sager som stående udvalg, forretningsudvalget og regionsrådet bliver forelagt altså ikke være beskrevet uddybende i forhold til eventuelle risici, men dette vil skulle klarlægges ift. til større driftssager og til sager, hvor der træffes beslutning om nye politiske rammer for regionen. Alle beslutningssager vil dermed have dette afsnit udfyldt, hvorimod i orienteringssager vil der blive brugt en standardformulering, (jf. underafsnit *Hvad hvis der ikke vurderes, at være yderligere konsekvenser?*).

Følgende liste viser, hvilke konsekvenser som afsnittet rummer:

Yderligere økonomiske risici (udover de bevillingstekniske konsekvenser)

Her bedes man specielt have fokus på at få klarlagt eventuelle yderligere økonomiske risici, som en given beslutning kan have udover det bevillingstekniske. Er der fx klarlagt at regionen ikke har yderligere ansvar for fx medfinansiering af konferencer el. lign.

Påvirkning på borgere og patienter

Her skal der være særligt fokus på de konsekvenser beslutningen vil have i forhold til borgere og patienter. På hvilken måde vil de opleve beslutningen. Eksempelvis i forhold til et ændret serviceniveau.

Påvirkning på ansatte

Her skal der være særligt fokus på, hvordan beslutningen vil have indflydelse på de ansatte, herunder eksempelvis konsekvenser i forhold til måden at kunne udføre opgaven, arbejdsmiljø samt andre personalemæssige konsekvenser.

Påvirkning på samarbejdsrelationer, herunder kommuner, andre regioner, regeringen.

Her bedes man specielt have fokus på om fx kommuner, andre regioner eller andre eksterne samarbejdspartnere ville kunne være imod en given beslutning, og såfremt det er vurderingen klarlægge, hvilke konsekvenser administrationen således vurderer dette kan få.

Driftsmål

Her bedes man specielt have fokus på om en given beslutning går imod de, af regionsrådet, fastsatte driftsmål.

Risikoafsnittet vil skulle indeholde administrationens vurdering af en given risiko, som administrationen på det givne tidspunkt vurderer som relevant. Der vil blive set på to elementer; størrelse af risikoen samt sandsynligheden for at risikoen indtræffer. Der vil altså ikke være en procentmæssig vurdering, men en beskrivelse af administrationens vurdering hertil.

Derudover vil risikoafsnittet også være afgrænset i forhold til, at det vil være kendte og forudsete risici, der forelægges, og at der skal tages forbehold for ukendte risici, der kan få indflydelse efter en beslutning er truffet.

Risikoafsnittet vil ikke indebære en bevillingsteknisk vurdering, altså hvad et projekt el. lign. vil koste mm., da dette allerede angives i afsnittet Bevillingstekniske konsekvenser (tidligere benævnt *Økonomiske konsekvenser*).

Hvad hvis der ikke vurderes, at være yderligere konsekvenser?

Såfremt det er vurderingen, at der ikke vil være yderligere konsekvenser ved at tiltræde en given beslutning vil en standardformulering bruges, som skal tydeliggøre at administrationen har overvejet eventuelle konsekvenser til en given beslutning. Standardformuleringen er: *"En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end det i sagen henviste"*.

Denne standardformulering vil blive brugt til samtlige orienteringssager, hvorimod afsnittet i alle beslutningssager vil skulle udfyldes.

NOTAT

Telefon 38 66 50 00
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23
Ref.: IF

Dato: 25. november 2015

Bidrag til den politiske værktøjskasse: Et redskab til at sikre de stående udvalgs politikforberedende og politikformulende rolle

Dette notat er tænkt som et redskab til at sikre udvalgenes politikforberedende rolle ved at tydeliggøre det politiske handlerum i forskellige faser af den politiske proces. I redskabet er der med afsæt i erfaringer med udvalgsarbejdet i regionen samlet en række gode råd til brug for planlægningen af processen for udvalgenes drøftelse af sager med politikformulerende indhold.

Der er ingen facitliste – men følgende er eksempler på de typer af overvejelser, det ofte vil være relevant at gøre sig med henblik på at sikre en god politisk proces for sager af egentligt politikforberedende karakter som fx større plansager mv.

Tilrettelæggelsen af de politikforberedende sager på udvalgs mødet

Udvalgsformanden har sammen med administrationen en særlig rolle i forhold til at forberede udvalgs mødernes fokus, indhold og struktur.

Administrationen har ansvar for at sætte de sager på dagsordenen, der ”automatisk” skal køre i en vis tidskadence eller flow, herunder budgetopfølgning og større tilbagevendende sager som fx ReVUS, Hospitalsplanen 2020 eller Trafikbestilling mv.

Udvalgsformanden har mulighed for at tage initiativ til at bringe nye sager op inden for udvalgets ansvarsområde, som udvalget skal beskæftige sig med og dermed også mere proaktivt gøre udvalget dagsordenssættende. Udvalgets øvrige medlemmer har også mulighed for at sætte sager på udvalgets dagsorden.

Det er vigtigt at afsætte tilstrækkelig tid til den politiske proces. Der er en del ”tidsrøvere” undervejs, der kan komme bag på både udvalg og administration, herunder:

- tid til udarbejdelse af videngrundlag (studiebesøg, analyser, dataudtræk mv.)
- den brede involvering af interessenter (antal, type og frekvens)
- den praktiske planlægning, afholdelse og opfølgning på dialogmøder (patienter, pårørende, organisationer m.fl.)
- opstilling af scenarier, konsekvensvurderinger, behov for flere temadrøftelser
- formel høringsproces samt opfølgning herpå.

I større sager som fx revision af Hospitalsplanen, ReVUS og Trafikbestilling vil processen forventeligt løbe mere end et halvt år. De bedste rammer for udvalgenes udøvelse af det politiske handlerum skabes blandt andet ved at afsætte og prioritere tid til hver af de 3 faser: *Problem – scenarier – løsning*.

Første fase: Identifikation af problemet

I denne fase er det administrationens ansvar at tilvejebringe et grundigt videngrundlag for udvalget mhp en klar fremstilling og afgrænsning af en given problemstilling. Politikerne har en rolle i at udfordre og stille spørgsmål ved dette videngrundlag og evt. efterspørge, at andre perspektiver i sagen belyses fx sammenligningsgrundlag, erfaringer fra udlandet el. lign.

Politikerne kan dermed være med til at bane vejen for at bringe vigtig viden og indsigt i spil som grundlag for at kunne formulere aktuelle og ambitiøse indsatser – og dermed også være med til at forberede en grundig belysning af sagen forud for en evt. drøftelse i regionsrådet.

Under problemfasen vil udvalget også have en vigtig rolle i at være med til at bidrage til at identificere de interessenter, der bør inddrages i at belyse eller kvalificere sagen. Flere udvalg har gode erfaringer med at bruge oplægsholdere som inspiration eller til at opnå indsigt i en konkret problemstilling.

Nogle interessenter er relevante at inddrage tidligt i problemfasen; andre først som ”sparringspart” i scenariefasen eller som formel høringspart. Hvornår og hvordan interessenter inddrages afhænger bl.a. af de konsekvenser beslutningen/ændringen kommer til at betyde, men der kan også være andre overvejelser (kutyme, behov for ambassadører, imødegå modstand, sparring med eksperter, behov for input etc.).

Anden fase: Opstilling af scenarier for de politiske valg

Når sagens problemstilling er belyst, er det administrationens ansvar at opstille scenarier for, hvilke mulige løsninger, der kan peges på – afhængigt af de politiske valg, der foretages. Denne fase bør lægge åbent op til politisk drøftelse – også dér, hvor der er tale om prioritering, der udfordrer hidtidig praksis eller paradigmer. Det er her den egentlige politikskabelse sker. Administrationen har en opgave i at tydeliggøre valg - og foretage en faglig vurdering af konsekvenserne af forskellige scenarier, så der er reelt politisk handlerum – på et kvalificeret grundlag.

I nogle sager vil scenarierne ikke være givet på forhånd, men udvikle sig i takt med politiske drøftelser - og måske efter dialogmøder, workshops, temadrøftelser, møder med eksterne organisationer mv. Udvalget har på den måde også en rolle ift at være med til at pege på og skærpe de politiske valg, der kan og skal tages, uanset om det, der skal findes en anbefaling (løsning) på er at pege på temaer, pejlemærker mv. evt. som led i forberedelse af regionsrådsdrøftelse og -beslutning.

Som nævnt vil det variere fra sag til sag, hvor lang processen er – og dermed også hvor mange udvalgsmøder, der skal bruges til at drøfte og udvælge/anbefale scenarier. Fx dækker Hospitalsplanen og ReVUS så bredt, at drøftelsen/temaerne med fordel kan deles op på forskellige udvalgsmøder.

Indholdet i den politiske drøftelse er ofte afhængig af hvilke andre udvalg og organisationer, der inddrages undervejs i drøftelsen, fordi det også handler om at forskellige perspektiver på en sag bliver grundigt belyst og diskuteret. Fx blev sag om etablering af Regionshandicaprådet udvalgsbehandlet flere gange i forskellige udvalg med inddragelse af eksterne organisationer. Det har betydning for varigheden af den politiske proces, men i sidste ende har det også haft betydning for den løsning, der blev anbefalet.

Tredje fase: Valg af løsning samt opfølgning

Som kulmination på drøftelsen af scenarierne skal udvalget vælge én løsning. Udvalgets løsning kan være en anbefaling til forretningsudvalget og regionsrådet, eller det kan være en beslutning, der giver administrationen mandat til at arbejde videre med en sag ud fra en politisk retning, mål eller fokus.

Udvalgets politikforberedende rolle i forhold til forretningsudvalget og regionsrådet er helt essentiel. Udvalgets arbejde forbereder drøftelsen og beslutningen – og sikrer at anbefalingen er forankret i et grundigt bredt politisk forarbejde. Men det er også med til at sætte ambitionsniveauet for det, der politisk ønskes opnået – og kan derfor også karakteriseres som reelt politikformulerende.

Når udvalget peger på en bestemt løsning, kan det være en god idé, at udvalget samtidig tager stilling til, hvad der skal følges op på – samt hvordan og hvornår der skal følges op. Udvalgets rolle i forhold til at følge op har dermed en politikkontrollerende karakter. Det skal dog forstås bredere end ren opfølgning med, hvordan der konkret arbejdes videre med den enkelte sag/politik. Derfor er det også administrationens opgave at forberede de enkelte udvalgssager på en måde, så udvalget får mulighed for at placere dem i sammenhæng til tidligere politiske beslutninger/drøftelser.

Som et eksempel på denne politikkontrollerende funktion har MTU bedt om løbende at få status for det samlede trafiksystem, så busserne og trafikbestillingen ses i sammenhæng, med andre trafikelementer – en forelæggelse der skal skabe bedre forståelse for de enkeltsager, der løbende vil blive drøftet i udvalget.

Udvalgenes udtalelser i forhold til høringsvar til Danske Regioner, ministerier eller øvrige centrale aktører og eksterne beslutningstagere kan også ses i lyset af denne politikkontrollerende rolle. Så selvom udvalgene ikke altid har kompetence til at godkende høringsvar, kan det stadig give mening, at udvalget får mulighed for at komme med bemærkninger eller deciderede ændringsforslag (ført til protokol) til administrationens udkast til høringsvar.