

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

25-10-2016 13:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården H4

MEDLEMMER

Karin Friis Bach	Formand	
Flemming Pless	Næstformand	Fravær
Annie Hagel	Rådsmedlem	
Katrine Vendelbo Dencker	Rådsmedlem	Afbud
Leila Lindén	Rådsmedlem	
Lene Kaspersen	Rådsmedlem	
Marianne Stendell	Rådsmedlem	
Niels Høiby	Rådsmedlem	
Ole Stark	Rådsmedlem	

INDHOLDSLISTE

1. Drøftelsessag: Status på kræftområdet - Kræftplan IV og sundhedsstrategien
2. Drøftelsessag: Status for diagnostiske enheder
3. Orienteringssag: Opfølgning på Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft
4. Introduktion til immunterapi
5. Processag: Øget kapacitet til hurtig udredning og behandling, 2. drøftelse
6. Drøftelsessag: Opsamling fra dialogmøde med patient- og interesseorganisationer
7. Orienteringssag: Status på Frysehusprojektet
8. Eventuelt

1. DRØFTELSESSAG: STATUS PÅ KRÆFTOMRÅDET - KRÆFTPLAN IV OG SUNDHEDSSTRATEGIEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet bemyndigede den 9. oktober 2015 koncerndirektionen til at udmønte 59,9 mio. kr. årligt, som regionen fik tildelt via regeringens sundhedsstrategi fra 2015. Som en del af Kræftudvalgets overdragelse til sundhedsvalget, orienteres sundhedsudvalget hermed om status for nogle af de initiativer, som er igangsat i løbet af 2016. Endvidere offentliggjorde regeringen i august måned en ny Kræftplan IV. Administrationen afventer den endelige udmøntningsplan, men orienterer hermed om de overordnede fokusområder i kræftplanen, hvoraf flere ligger i forlængelse af allerede igangsatte initiativer i Region Hovedstaden.

Med udgangspunkt i ovenstående har administrationen udarbejdet nærværende sag, der giver status og overblik på kræftområdet med særligt fokus på kommende indsatser med Kræftplan IV samt implementering af initiativer som følge af regeringens sundhedsstrategi.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at status på kræftområdet drøftes.

POLITISK BEHANDLING

Drøftet.

SAGSFREMSTILLING

Den 24. august 2016 offentliggjorde regeringen "*Patienternes kræftplan - Kræftplan IV*". Der er endnu ikke fastlagt en nærmere udmøntningsplan for indsatserne i kræftplanen, hvilket først forventes efter vedtagelse af finansloven i slutningen af året. Derfor er det endnu ikke muligt at konkretisere implementeringsindsatserne i Region Hovedstaden. Med fremlæggelse af nærværende sag, får sundhedsudvalget mulighed for at påbegynde de indledende drøftelser af implementeringen af kræftplan IV. Flere elementer i kræftplanen ligger i forlængelse af sundhedsstrategien, som regionen har implementeret i 2015 og 2016.

Et centralt element i både kræftplan IV og sundhedsstrategien er at sikre øget kapacitet til det stigende antal patienter med kræft og at kræft opspores tidligere, for derved at øge chancen for en succesfuld behandling og bedre overlevelsen. Der har i regi af sundhedsstrategien været fokus på initiativer i Region Hovedstaden, som kan sikre tidlig diagnostik og behandling. Blandt andet får almen praksis nu mulighed for direkte henvisning til udvalgte diagnostiske ydelser, ligesom der er oprettet rådgivningstelefoner, hvor almen praksis kan henvende sig med spørgsmål vedrørende patienters symptomer og henvisning til pakkeforløb.

Med offentliggørelsen af kræftplan IV udmeldte regeringen, at der samlet set vil blive prioriteret 2,2 mia. kr. på landsplan i perioden 2017 til 2020, heraf er de cirka 700 mio. kr. allerede afsatte midler fra finanslov 2016, jævnfør sundhedsstrategien. Af de resterende 1,5 mia. kr., anvendes 500 mio. kr. til investeringer i apparatur f.eks. strålekanoner og scannere. 1 mia. kr. anvendes til drift, hvoraf halvdelen er til øget kapacitet. Disse midler skal anvendes til forskning og bedre brug af data samt uddannelse, rekruttering og fastholdelse af kompetent personale. Heril kommer, at der med sundhedsstrategien for perioden 2015-2018 er afsat 1,1 mia. kr. på landsplan til et løft af kræftindsatsen.

Kræftplan IV:

Udover et kapacitetsløft er forebyggelse, øget patientinddragelse samt høj og ensartet kvalitet for kræftpatienter nogle af de overordnede temaer i den nye kræftplan jævnfør nedenstående.

Der er endnu ikke lavet en fordeling af midlerne med Kræftplan IV, og nedenstående beløb vedrørende Kræftplan IV er derfor på landsplan.

Patienten først og fremmest - øget patientinddragelse

Den nye kræftplan har fået titlen "patienternes kræftplan". Det betyder, at patienterne i højere grad skal inddrages i og træffe beslutninger om egen behandling. Det er desuden målsætningen, at 90 % af kræftpatienterne skal opleve, at de har en patientansvarlig læge i 2020.

Region Hovedstaden har med budget 2017 ligeledes vedtaget at indføre patientansvarlig læge. Formålet med patientansvarlig læge er, at styrke det lægelige ansvar i forhold til at sikre bedre kontinuitet i patientforløbene, øge patienternes tryghed og styrke den faglige kvalitet i behandlingen. Administrationen har igangsat en forberedende indsats til implementering af patientansvarlig læge i Region Hovedstaden.

Samtidig vil regeringen afsætte 40 mio. kr. i 2017-2020 til udbredelse af især hjemmebehandling samt 25 mio. kr. til udbredelse af "frirum" og ungestuer for unge kræftpatienter mellem 15-29 år. I Region Hovedstadens budgetaftale for 2017 er det vedtaget at permanentgøre behandling med kemoterapi i eget hjem. Initiativet er opstartet som pilotprojekt på Hæmatologisk Klinik på Rigshospitalet og efterfølgende udbredt til andre hæmatologiske klinikker i landet. Ordningen vil blive afprøvet på andre kræftformer.

Forebyggelse målrettet børn, unge og særlige grupper

Rygning er den væsentlig årsag til kræft. Regeringen vil derfor igangsætte initiativer, der skal medvirke til, at efterleve målet om, at Danmark får den første røgfri generation i 2030.

Med den nye kræftplan afsættes endvidere 5 mio. kr. til en øget informationsindsats om livmoderhalskræft og HPV-vaccination samt en pilotafprøvning af HPV-vaccinationstilbud til unge homoseksuelle mænd.

Øget kvalitet og forbedret overlevelse

Kræft skal både opdages tidligere, overlevelsesmulighederne skal forbedres, og patienter skal sikres et godt liv efter en kræftsygdom. Regeringen har derfor i 2017-2020 afsat 170 mio. kr. til tidlig opsporing gennem screening, 65 mio. kr. til kompetenceudvikling i kræftkirurgien og vedligeholdelse af kliniske retningslinjer, 160 mio. kr. til en styrkelse af den rehabiliterende indsats samt 100 mio. kr. til den palliative indsats i såvel kommunerne, almen praksis som på hospitalerne.

I tråd med kræftplanens fokus på tidlig opsporing og øget deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft har regionsrådet den 11. oktober 2016 godkendt, at HPV-hjemmetest bliver et permanent tilbud til kvinder, der ikke deltager i den rutinemæssige screening for livmoderhalskræft.

Der har i regi af sundhedsstrategien også været fokus på udvikling af den palliative indsats jævnfør ovenstående. Med budgetaftalen for 2017 er der afsat midler til en specialiseret palliativ rådgivningsfunktion, der skal sikre, at læger fra det basale palliative niveau kan få rådgivning fra en specialist. Funktionen skal også understøtte, at patienterne kan blive længst muligt i eget hjem, hvilket er i tråd med kræftplanens målsætning om, at tilrettelægge patientforløbene ud fra patientens ønsker og behov.

Administrationen afventer udmøntningsplanen med henblik på efterfølgende implementering af indsatserne i Region Hovedstaden. Sundhedsudvalget vil blive inddraget i den videre proces og herunder godkendelsen af kriterierne for udmøntning af midlerne fra Kræftplan IV.

Sundhedsstrategien:

Af udmøntningsplanen udarbejdet mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner (bilag 1) fremgår det, at de afsatte midler på kræftområdet skal udmøntes inden for nedenstående fem spor:

1. Bedre redskaber til at opdage kræft i almen praksis
2. Udvidet adgang til direkte henvisning til undersøgelse på hospital
3. Øget kapacitet til udredning af kræft
4. Øget kapacitet til mere skånsom operativ behandling
5. Styrket smertelindrende (palliativ) indsats for uhelbredeligt syge børn

Administrationen har været i tæt dialog med både hospitalsdirektioner og fagfolk i Region Hovedstaden, som har bidraget med forslag til, hvordan midlerne anvendes bedst muligt. På baggrund heraf er udmøntet midler til en række nye tiltag. Nedenfor følger en status på, hvilke initiativer, som er igangsat inden for de 5 spor.

Der er afsat 1,1 mia. kr. på landsplan med regeringens sundhedsstrategi. I det nedenstående fremgår fordelingen af midlerne i Region Hovedstaden. Se endvidere oversigtskema over fordelingen til slut i sagen.

Ad 1. Bedre redskaber til at opdage kræft i almen praksis

Det fremgår af udmøntningsplanen, at almen praksis skal sikres bedre redskaber til at opdage kræft gennem faglig sparring, vejledning og uddannelse.

Uddannelsesindsats

Der er igangsat en række initiativer for at sikre almen praksis bedre redskaber. Der er i de forløbne år gennemført en række uddannelses-/oplysningstilbud for almen praksis om symptomer på kræft og diagnostiske muligheder. Der skal i forbindelse med sundhedsstrategien iværksættes yderligere initiativer, som giver de praktiserende læger bedre redskaber til at udrede patienter med uklare symptomer og understøtter de praktiserende læger i at tilegne sig den nyeste viden om tidlig opsporing af kræft og effektive udredningsforløb.

Der er i samarbejde mellem regionerne, Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) udarbejdet et rammepapir, som beskriver de konkrete rammer for indsatserne inden for kompetenceudvikling og efteruddannelse. Rammepapiret afventer fortsat en endelig godkendelse af parterne. Implementeringen sker løbende efterhånden som parterne bliver enige om rammen.

Specialistrådgivning

Det fremgår af udmøntningsplanen, at den faglige specialistrådgivning fra hospitalerne til almen praksis skal styrkes. Med afsæt heri er der medio 2016 oprettet 10 organ-/sygdomsspecifikke specialistrådgivningsfunktioner i Region Hovedstaden. Formålet med rådgivningsfunktionen er, at øge dialogen mellem almen praksis og speciallægerne på hospitalerne, for at sikre både øget kendskab til kræftsymptomer og kræftpakkeforløb i almen praksis og forbedre samarbejdet om patienterne, således at flere patienter henvises til den rigtige kræftpakke tidligt i sygdomsforløbet. Der er afsat 8 mio. kr. årligt til de telefoniske specialistrådgivningsfunktioner, som er forankret på en relevant hospitalsafdeling i overensstemmelse med opgavevaretagelsen i Hospitalsplan 2020.

Der er for 2016 disponeret 8,5 mio. kr. til udmøntning af initiativer til kompetenceløft i almen praksis, mens der herudover mangler at blive udmøntet yderligere 6,3 mio. kr. fra 2017 og frem.

Ad 2. Udvidet adgang til direkte henvisning til undersøgelse på hospital

Det fremgår af udmøntningsplanen, at almen praksis skal sikres udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser på hospitalerne. Adgangen skal særligt samle op på patienter, som ikke kan henvises til eksisterende pakkeforløb eller diagnostiske enheder, men hvor praktiserende læge finder behov for en hurtig billeddiagnostisk undersøgelse.

Det er i et fælles nationalt samarbejde fastlagt, at der i første omgang skal sikres direkte adgang til CT af thorax og abdomen samt ultralyd af abdomen. I Region Hovedstaden vil den direkte henvisning til billeddiagnostiske undersøgelser blive etableret på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Frederiksberg matriklen, når der bliver ledig billeddiagnostisk kapacitet som følge af lukning af kirurgien på Frederiksberg Hospital i oktober 2016.

Der er udmøntet 5 mio. kr. årligt til funktionen, som også skal dække en telefonisk specialistrådgivningsfunktion, hvor almen praksis kan stille spørgsmål til den billeddiagnostiske beskrivelse og fortolkning. Da det er erfaringen, at det tager tid at implementere et nyt tiltag, vil en eventuelt ledig kapacitet blive anvendt af de øvrige hospitaler.

Ifølge udmøntningsplanen skal midlerne til en øget kapacitet på hospitalerne til udredning af kræft være med til at understøtte kortere ventetid til udredning og diagnostik af kræftpatienter. Den øgede kapacitet skal ses i sammenhæng med muligheden for direkte henvisning fra almen praksis samt den øgede opmærksomhed hos de praktiserende læger på symptomer på kræft (jf. ad 1 og 2).

Der er i 2016 udmøntet 34,8 mio. kr. til initiativer, som skal sikre øget kapacitet til udredning, mens der for 2017 og frem er yderligere 39,3 mio. kr. til udmøntning. Administrationen vil i efteråret igangsætte udmøntning af midlerne for 2017 og fortsat følge, om midlerne har positiv indvirkning på målopfyldelsen.

Ifølge udmøntningsplanen er formålet, at prioritere midler til konkrete behandlingsområder, hvor det kan dokumenteres, at nye eller mere skånsomme former for kirurgiske indgreb kan forbedre overlevelsen og livskvaliteten for patienterne. På baggrund af faglige oplæg på området og en nyligt offentliggjort MTV-rapport om robotkirurgi er midlerne udmøntet til øget skånsom kapacitet inden for kræft i urinvejene (nyre), gynækologiske kræftformer (livmoder) samt kræft i hoved/halsregionen.

Formålet med dette indsatsområde er at forbedre den udgående indsats til behandling af børn med livstruende sygdom i eget hjem. Rigshospitalet varetager i dag den specialiserede behandling af alvorligt syge børn for hele regionen samt for nogle sygdomme også for Region Sjælland. Hospitalet har ikke hidtil haft et tilbud, der dækker smertelindrende behandling af uhelbredeligt syge børn. Der er afsat 4,7 mio. kr. årligt til initiativet, som er udmøntet til et nyt specialiseret palliativt team på Rigshospitalet. Teamet, der består af specialister inden for både pædiatri og palliation, skal sikre et kvalitetsløft for uhelbredeligt syge børn og unge og samtidig understøtte muligheden for, at børnene kan fastholde en dagligdag med tilknytning til hjemmet og familien. Herudover tilbyder Skt. Lukas Stiftelsen børnehospice samt en palliativ indsats for alvorligt syge børn.

Ud over de 59,9 mio. kr. som blev udmøntet for 2015, er der yderligere 53,5 mio. kr. i varige driftsmidler til udmøntning fra 2017 og frem, jf. ovenfor. Midlerne fra sundhedsstrategien er udmøntet til Region Hovedstaden som en del af bloktilskuddet og løbende udmøntet til hospitalerne i takt med implementering af initiativerne.

Udmøntning af midler med Sundhedsstrategien

Spør nr.	Initiativ	Midler fra 2016 og frem	Yderligere midler fra 2017 og frem	Status på udmøntning
1.	Bedre redskaber til at opdage kræft i almen praksis - Efteruddannelses-initiativer - Specialistrådgivningsfunktion for almen praksis	0,5 8,0	6,3 - -	Yderligere midler fra 2017 mangler udmøntning Udmøntning er under proces. Udmøntet
2	Udvidet adgang til direkte undersøgelse på hospital	5,0	-	Udmøntet
3	Øget kapacitet til udredning af kræft, fx - Driftsmidler til bevilget kræftapparatur - Øget kapacitet inden for de parakliniske specialer - Øget udrednings- og behandlingskapacitet inden for kræftpakkerne	34,8	39,3	Udmøntet for 2016 Yderligere midler fra 2017 mangler udmøntning
4	Øget kapacitet til mere skånsom operativ behandling	7,8	7,9	Udmøntet for 2016. Yderligere midler fra 2017 mangler udmøntning
5	Styrket palliativ indsats for uhelbredeligt syge børn	4,7	-	Udmøntet

Note: Beløb er i mio. kr.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser, da der er tale om en orienteringssag.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

15002922

BILAGSFORTEGNELSE

@ 1. Udmøntningsplan for kræftinitiativer i Jo før - jo bedre

2. DRØFTELSESSAG: STATUS FOR DIAGNOSTISKE ENHEDER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet godkendte den 15. december 2015 kræftudvalgets overdragelse af en række udvalgte emner inden for kræftområdet til sundhedsudvalget. Et af de emner, som sundhedsudvalget skal følge op på, er, regionens videre arbejde med at sikre øget kendskab til de diagnostiske enheder. Nationalt henvises færre patienter til de diagnostiske enheder end forventet ved udarbejdelsen af det diagnostiske pakkeforløb, men der ses fortsat en stigning i antallet af henvisninger. Med nærværende sag forelægges sundhedsudvalget en status for anvendelsen af de diagnostiske enheder samt kommende initiativer på området.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget,

- at status for anvendelsen af de diagnostiske enheder samt kommende initiativer på området drøftes.

POLITISK BEHANDLING

Drøftet.

SAGSFREMSTILLING

Der er fire diagnostiske enheder i Region Hovedstaden placeret på hhv. Amager og Hvidovre Hospital (Hvidovre), Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (Bispebjerg), Herlev og Gentofte Hospital (Herlev) samt Nordsjællands Hospital (Hillerød). Målgruppen er patienter med uklare symptomer, hvor der er mistanke om alvorlig sygdom, som kan være kræft (diagnostisk pakke) samt patienter med kræft, hvor primær tumor er ukendt (metastasepakken).

Diagnostiske enheder

Hvis en patient opfylder kriterierne for henvisning til et sygdomsspecifikt pakkeforløb på grund af begrundet mistanke om en konkret kræftsygdom, henvises patienten direkte til det relevante pakkeforløb. Patienter som har uspecifikke symptomer, og som derfor ikke kan henvises til et sygdomsspecifikt pakkeforløb, henvises i stedet til diagnostisk pakkeforløb. I den diagnostiske enhed samles forløbene i én enhed, så patienterne ikke sendes rundt til forskellige afdelinger men sikres et accelereret forløb, hvor de tilbydes en hurtig udredning og dermed en hurtigere efterfølgende behandling. I omkring 25 pct. af alle kræfttilfælde henvender patienten sig til den praktiserende læge med uspecifikke symptomer. Symptombilledet er varierende og almen praksis har en vigtig rolle i udredningen af disse patienter. Det har derfor stor betydning, at almen praksis kan henvise patienter til diagnostiske undersøgelser, som kan af- eller bekræfte, om patienten har en kræftsygdom.

Region Hovedstaden har siden etableringen af de fire diagnostiske enheder i 2012 arbejdet målrettet på at sikre, at de rette patienter henvises til udredning og behandling i enhederne.

Monitoreringsdata for de diagnostiske enheder

Monitoreringsdata på kræftområdet viser, at der i lighed med tidligere år, fortsat ses en stigning i antal henvisninger til de diagnostiske enheder. Fra 2014 til 2015 er antal henvisninger steget med 20 procent. I 2015 blev der henvist godt 3000 patienter til de diagnostiske enheder. En analyse udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen i august 2016 med titlen 'Diagnostiske pakkeforløb for alvorlig sygdom' (http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2016/diagnostiske-pakkeforlob_26082016) viser, at der også nationalt har været en stigning i antal henvisninger til de diagnostiske enheder samt at Region Hovedstadens anvendelse af de diagnostiske enheder, opgjort på antal diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 borgere, ligger over landsgennemsnittet.

I Region Hovedstaden har der gennem de seneste år været en høj målopfyldelse på den diagnostiske pakke. I seneste monitoreringsdata for 2. kvartal 2016 var målopfyldelsen på 89 procent. Data fra de diagnostiske enheder, som registrerer 'hit-raten' viser, at omkring 20 procent af patienter henvist til enhederne har kræft. En lav hit-rate er udtryk for, at en lille andel af de patienter, som henvises til

udredning i den diagnostiske enhed, har kræft. Hvis man skal fange borgere, der har kræft, men som endnu ikke har meget karakteristiske symptomer på kræft, skal der sendes en større andel til udredning i de diagnostiske enheder. For patienter henvist til den diagnostiske pakke, som viser sig ikke at have kræft, vil den tværfaglige, hurtige udredning også være til gavn.

Data fra Sundhedsdatastyrelsen for hele landet for perioden 2013-2015 viser, at lidt over halvdelen af de patienter, som er henvist til en diagnostisk pakke, kan afsluttes helt eller fortsætte med opfølgning hos alment praktiserende læge eller speciallæge. Ca. 40 procent af patienterne blev henvist til videre udredning eller behandling for den fundne sygdom i hospitalsregi. Hovedparten af disse patienter blev udredt eller behandlet for enten anden sygdom eller i for en organspecifik kræfttype.

Henvisning fra almen praksis

En opgørelse over henvisninger fra almen praksis til de diagnostiske enheder viser, at der er stor variation i antal henvisninger pr. henvisende læges ydernummer. I perioden 2015-april 2016 (på grund af implementering af Sundhedsplatformen er det ikke pt. muligt at trække nyere data), har de praktiserende læger i gennemsnit henvist 6,5 patienter til en diagnostisk enhed. Data viser, at antal henvisninger varierer mellem 1 og 50 patienter pr. ydernummer i den pågældende periode og dermed at nogle praktiserende læger kun i meget begrænset omfang benytter de diagnostiske enheder.

Region hovedstaden har gennem de forløbne år gennemført en række uddannelses- og oplysningstilbud målrettet almen praksis om symptomer på kræft, kendskab til henvisningsprocedurer og diagnostiske muligheder, herunder de diagnostiske enheder. Der ses en stigning i antal henvisninger til de diagnostiske enheder, hvilket indikerer, at disse tilbud har haft øget opmærksomheden på mulighederne. I forbindelse med implementering af sundhedsstrategien vil der blive igangsat yderligere initiativer, der understøtter de praktiserende lægers kendskab til relevante diagnostiske undersøgelser og nyeste viden om tidlig opsporing og effektive forløb.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end det i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

16041998

3. ORIENTERINGSSAG: OPFØLGNING PÅ LANDSDÆKKENDE KLINISKE KVALITETSDATABASE FOR BRYSTKRÆFT

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På baggrund af afrapportering af kongeindikatoren "Klinisk Kvalitet" på sundhedsudvalgets møde den 26. april 2016 besluttede udvalget at følge op på resultaterne for den landsdækkende kliniske database for brystkræft.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

at tage orienteringen om den Landsdækkende kliniske database for brystkræft til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Taget til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

På mødet den 26. april 2016 fik sundhedsudvalget, i forbindelse med afrapportering af driftsmål og kongeindikatorer, forelagt et overblik over målopfyldelsen for samtlige landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser (bilag 1). Udvalget valgte at følge op på, hvorfor den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft (Dansk Brystcancer Register - DBCG) havde en relativt lav målopfyldelse sammenlignet med de andre databaser.

Opfyldelse af indikatorer i databasen for brystkræft

De Kliniske Kvalitetsdatabaser består af ca. 70 landsdækkende databaser, der har til formål at måle kvaliteten af den sundhedsfaglige (kliniske) behandling for en række patientgrupper. Databaserne er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), der skal bidrage til at udvikle den sundhedsfaglige kvalitet i det danske sundhedsvæsen. For den enkelte sygehusafdeling er databasen et kvalitetsudviklingsredskab, som afdelingen bruger til at overvåge og forbedre kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling. En klinisk kvalitetsdatabase indsamler og behandler informationer (data) om den sundhedsfaglige behandling af en nærmere afgrænset patientgruppe, f.eks. patienter med brystkræft. Informationerne til en database indtastes typisk af de klinikere på de hospitalsafdelinger, der behandler patienter med brystkræft.

Den landsdækkende database for brystkræft har i alt 10 kvalitetsindikatorer med tilhørende standarder for god kvalitet, fx om der opstår tilbagefald (lokalt recidiv) ved brystbevarende kirurgi. At en standard er opfyldt betyder, at der leves op til det niveau, som fagfolkene har fastsat. Fx at max 2,5% af patienterne må få tilbagefald (lokalt recidiv) efter en brystbevarende operation. I Region Hovedstaden er 3 af disse kvalitetsindikatorer opfyldt, 5 er ikke opfyldt og 2 indikatorer har ikke fastsat nogen standard (bilag 2). Alligevel finder det Sundhedsfaglige Råd for Mammakirurgi (brystoperationer) og de faglige specialister (auditgruppen), der har gennemgået resultaterne, at kvalitetsniveauet er tilfredsstillende på grund af følgende:

DBCG's database er en landsdækkende database der startede i 1977. Dens formål har altid været at forbedre behandlingen af brystkræft i Danmark. Ind til omkring år 2000 var der over 60 afdelinger i Danmark, der opererede for brystkræft på meget forskelligt niveau. I løbet af de sidste 15 år er disse samlet således, at behandlingen i dag er centraliseret til 12 afdelinger i Danmark. Der er én afdeling i Region Sjælland og der er to afdelinger i Region Hovedstaden, som hver især behandler ca. 750 til 800 patienter med brystkræft årligt og derved dækker halvdelen af befolkningen.

Denne udvikling har medvirket til, at de aktuelle indikatorer og standarder, efter det Sundhedsfaglige Råd for Mammakirurgis vurdering, ikke længere har den relevans, som de havde, da de blev indført - der er tilkommet nye behandlinger og metoder. Det gælder bla. nogle af de procesindikatorer, som ikke mere er så relevante, da der er andre processer som nu er kommet i fokus i Region Hovedstaden. Den lave datakomplethed kan således bla. tilskrives, at nogle klinikere anser nogle af indikatorerne for outdatede

eller irrelevante og derfor ikke registrerer data i relation til dem.

Når det drejer sig om de patientrelaterede parametre ligger Region Hovedstaden tilfredsstillende på alle indikatorer. Regionen har igennem en årrække ligget i front, når det gjaldt forskning og udvikling inden for "brystkræft" området. Regionen har f.eks. langt de fleste videnskabelige publikationer inden for området.

Region Hovedstaden vil på næste møde i databasens landsdækkende styregruppe foreslå, at der foretages en gennemgribende revision af databasens indikatorer. Det er så op til styregruppen at vurdere, om de er enige i behovet for en revidering af indikatorerne, og hvad de nye i givet fald skal være.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver/Annemarie Hellebek

JOURNALNUMMER

16000148

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Bilag målopfyldelse databaser sundhedsudvalget
- 📎 2. Audit database for brystkræft 2015

4. INTRODUKTION TIL IMMUNTERAPI

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På mødet den 30. august 2016 godkendte Sundhedsudvalget, at udvalget på sit møde den 25. oktober får besøg fra Herlev Hospitals Center for Cancer Immunterapi (CCIT) til en drøftelse af immunterapien.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at drøfte potentiale og udfordringer inden for immunterapien på baggrund af oplæg fra Center for Cancer Immunterapi (CCIT).

POLITISK BEHANDLING

Drøftet med følgende bemærkning: At der bør arbejdes videre med en national centerdannelse.

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstaden er med forskningsenheden Center for Cancer Immunterapi, CCIT, på Herlev Hospital førende i forskning inden for immunterapien. Professor, overlæge og centerleder af Center for Cancer Immunterapi (CCIT) på Herlev Hospital, Inge Marie Svane, vil deltage i sundhedsudvalgets møde med henblik på at drøfte potentiale og udfordringer inden for immunterapien.

Kort om immunterapi

Ved immunterapi udnyttes kroppens eget immunforsvar til at bekæmpe kræftceller. Der har været forsket i immunterapi igennem mange år, men i løbet af de seneste år er der sket et markant gennembrud inden for immunterapien. Særligt indenfor modernærkekræft har immunterapi vist sig at have god effekt med forbedret overlevelse, og behandlingen forventes også snart at kunne gives til patienter med fx lungekræft, hoved- og halskræft, blærekræft og nyrekræft.

En af udfordringerne med immunterapi er, at behandlingen er meget dyr sammenlignet med kemoterapi, og samtidig virker immunterapien kun på lidt over halvdelen af patienterne. Desuden kan behandlingen for nogle patienter have en række alvorlige, indlægningskrævende bivirkninger hvis immunsystemet overaktiveres.

Som baggrundsinformation om immunterapi er vedlagt artiklen 'Kræft - er koden knækket?' bragt i Ugeskrift for Læger, august 2016.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end det i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der planlægges ingen kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

16000148

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. UFL - artikel

5. PROCESSAG: ØGET KAPACITET TIL HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING, 2. DRØFTELSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Patienternes ret til hurtig udredning og behandling er skærpet ved lovændring, der er trådt i kraft den 1. oktober 2016. Det lægger pres på regionen for at sikre den nødvendige kapacitet til udredning og behandling.

I budgetaftalen for 2017 fremgår det, at det skal undersøges, om det er muligt at etablere kapacitetsklinikker, tværgående visitation og yderligere aftaler med private leverandører. Sundhedsudvalget havde en indledende drøftelse af tiltag til kapacitetsudvidelse på mødet den 30. august 2016.

Med denne sag får sundhedsudvalget en status for administrationens undersøgelse af kapacitetsudfordringer samt en plan for administrationens undersøgelse af mulighederne for at oprette kapacitetsklinikker i Region Hovedstaden.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at status for afdækning af kapacitetsudfordringer og planen for administrationens undersøgelse af mulighederne for at oprette kapacitetsklinikker drøftes.

POLITISK BEHANDLING

Drøftet.

SAGSFREMSTILLING

På sundhedsudvalgets møde d. 30. august drøftede medlemmerne forskellige muligheder for at øge hospitalernes kapacitet. Heriblandt muligheden for at oprette kapacitetsklinikker. Det var administrationens forventning at kunne fremlægge et oplæg om kapacitetsklinikker ved Sundhedsudvalgets møde den 22. november 2016 med henblik på beslutning i forretningsudvalget og regionsrådet i december 2016.

Der har vist sig at være behov for længere tid til at udarbejde et beslutningsoplæg, da det endnu ikke har været muligt at få et overblik over kapacitetsudfordringerne og for at kunne lave en tilstrækkelig afdækning af mulige løsninger.

På mødet den 10. januar 2017 vil sundhedsudvalget få forelagt et forslag til generisk model for kapacitetsklinikker. Med udgangspunkt i Sundhedsudvalgets drøftelser, arbejder administrationen videre med et endeligt forslag til generisk model for kapacitetsklinikker, herunder fordeling på specialer og matrikler, som aktuelt er relevant. Dette bliver præsenteret for sundhedsudvalget den 15. marts 2017. Herefter lægges det op til beslutning i forretningsudvalget og regionsrådet i april 2017.

Kapacitetsudfordringer på hospitalerne

Administrationen er i samarbejde med hospitalsdirektionerne ved at kortlægge, hvilke kapacitetsudfordringer der kan løses inden for de eksisterende økonomiske rammer. En række forhold spiller ind på, hvilke kapacitetsudfordringer hospitalerne fremadrettet vil opleve. Herunder:

- Den endelige effekt af de midlertidige kapacitetsudvidelser i 2016
- Mulighederne for rekruttering af personale på specifikke områder
- De løbende ændringer i tilgangen af patienter inden for en række specialer
- Mulighederne for at udvide aktiviteten inden for det forudsatte aktivitetsniveau i 2017 inklusiv kravet om øget produktivitet

En afklaring af hospitalernes kapacitetsudfordringer forventes at foreligge med udgangen af 2016.

Udover ovenstående faktorer er det usikkert, om de nye rettigheder vil betyde, at flere patienter henvises

med henblik på udredning i hospitalsregi.

Desuden vil implementering af Sundhedsplatformen føre til, at der vil være midlertidig aktivitetsnedgang på de berørte hospitaler i første halvår af 2017, der må forventes indhentet i den efterfølgende periode. Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt, at regionen etablerer nye, mere permanente kapacitetsudvidelser til løsning af denne midlertidige aktivitetsnedgang.

Da udfordringerne kan ændre sig over tid, vurderer administrationen, at det er hensigtsmæssigt at udvikle generiske og fleksible løsninger, der ikke relaterer sig til et bestemt speciale.

Kapacitetsklinikker

I arbejdet med kapacitetsklinikker tages der udgangspunkt i, at det overordnede formål er at kunne levere fleksibel ekstrakapacitet, der sikrer patienternes ret til hurtig udredning og behandling. En kapacitetsklinik kan organisatorisk spænde fra en selvstændig klinik i regionalt regi med udredning/behandling inden for flere specialer, til en integreret del af en nuværende hospitalsafdeling, der inden for et enkelt speciale imødekommer kapacitetsmanglen på tværs af regionens hospitaler (nogle steder kaldet garantiafdeling).

Oprettelsen af kapacitetsklinikker skal ske ud fra et helhedssyn på regionens kapacitet. Det er nødvendigt for at opnå den bedste kapacitetsudnyttelse til en pris, der er konkurrencedygtigt med de private udbydere.

Administrationen forventer i arbejdet med en generisk model for kapacitetsklinikker bl.a. at belyse:

- Organisatorisk set-up i forhold til ledelse og sammenhæng til øvrige afdelinger på hospitalet/inden for specialet.
- Principper for visitation til kapacitetsklinikker. Hvornår skal patienterne tilbydes omvisitering, og hvilke typer af patientgrupper er det hensigtsmæssigt at tilbyde omvisitering.
- Mulige fysiske rammer, herunder både fysisk kapacitet, der pt. ikke er i brug på regionens hospitaler, og fysisk kapacitet, der kan udnyttes yderligere ved inddragelse af ydertidspunkter.
- Muligheden for at benytte udvidede åbningstider af både ambulatorier, operationslejer og afdelinger med støttefunktioner (parakliniske afdelinger).
- Ansættelsesforhold, herunder nyansættelser kontra mer- og konsulentarbejde samt fælles aftaler for aflønning.
- Økonomistyring, herunder eventuelt kobling til, hvor mange patienter der omvisiteres til privat regi, og et fortsat økonomisk incitament til at varetage afdelingens stampatienter.
- Eventuelle etableringsomkostninger.

Der planlægges besøg på Give Friklinik (kapacitetsklinik) i november 2016, så sundhedsudvalget kan hente viden i forhold til eventuel etablering af en kapacitetsklinik.

Når den generiske model er fastlagt, vil administrationen se på, hvilke specialer det aktuelt kan være relevant at oprette kapacitetsklinikker for. Herunder hvilket organisatorisk set-up og fysisk placering, der er egnet for de enkelte specialer. Mulighederne for rekruttering af personale vil indgå i overvejelserne.

Indtil kapacitetsklinikker eventuelt kan oprettes, forventer administrationen, at der vil være et behov for midlertidig kapacitetsopbygning, herunder hvis der kommer flere henvisninger og i forbindelse med den midlertidige aktivitetsnedgang afledt af Sundhedsplatformen. Indtil muligheden for etablering af kapacitetsklinikker er afdækket, vil der derfor kunne være behov for at disponere midler i første halvår af 2017 fra den pulje, der er afsat i budgettet, enten til pukkelafrvikling på regionens hospitaler eller til aktivitet i privat regi.

Tværgående visitation og aftaler med private leverandører

Parallelt med arbejdet med kapacitetsklinikker arbejder administrationen på at beskrive modeller for etablering af tværgående patientvisitation. I dag er patientvisitationen delt ud på fire geografiske planområder (centrale visitationsenheder). For at udnytte kapacitetsklinikkernes potentiale bør de understøttes af tværgående patientvisitation, hvor visitationen sker med blik for udnyttelsen af den samlede kapacitet i regionen. En status for dette arbejde forelægges sundhedsudvalget på mødet i januar.

Administrationen vil også se på behovet for at indgå yderligere aftaler med speciallægepraksis eller andre private leverandører.

KONSEKVENSER

Sagen bidrager til administrationens videre arbejde med forslag til strukturelle tiltag, der kan øge kapaciteten til udredning og behandling.

RISIKOVURDERING

Sagen indebærer ikke i sig selv en risiko, da det er en orientering om den planlagte proces.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsudvalget vil i januar 2017 få forelagt tredje drøftelse om øget kapacitet til hurtig udredning og behandling.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Anne Skriver

JOURNALNUMMER

16032460

6. DRØFTELSESSAG: OPSAMLING FRA DIALOGMØDE MED PATIENT- OG INTERESSEORGANISATIONER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsudvalget afholdt dialogmøde med patient- og interesseorganisationer den 21. september 2016. Nærværende sag er opsamling fra mødet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at drøfte opsamling fra dialogmødet med henblik på opfølgning af dialogmødet.

POLITISK BEHANDLING

Drøftet.

SAGSFREMSTILLING

Formålet med sundhedsudvalgets dialogmøder er at skabe et godt grundlag for udveksling af synspunkter mellem sundhedsudvalget og repræsentanter fra patientorganisationer, Patientinddragelsesudvalget, Regionens Ældreråd, Forbrugerrådet og organisationer fra børn- og ungeområdet. Det valgte tema for dialogmødet den 21. september 2016 var "sammenhængende patientforløb/koordinering" og "patientens inddragelse i eget forløb".

Til dialogmødet deltog politikere og repræsentanter fra 20 forskellige patient- og interesseorganisationer. Se hvilke organisationer, der var repræsenteret i vedlagte bilag (bilag 1).

Sundhedsudvalgets formand Karin Friis Bach bød velkommen og derefter holdt Niels Reichstein, hospitalsdirektør på Bornholms Hospital og projektdirektør for Udviklingshospital Bornholm et kort oplæg (bilag 2). Projektet Udviklingshospital Bornholm fungerer som et stort udviklingslaboratorium med fokus på at organisere sig efter hvad, der giver mest værdi for patienten. Deltagerne blev derefter inddelt i tre grupper og med afsæt i oplægget drøftede de udviklingsperspektiver på dagens temaområde ud fra to spørgsmål.

Spørgsmål 1: Hvilke to ting i oplægget hæftede du dig særligt ved?

Spørgsmål 2: Hvad er efter din mening de to vigtigste udviklingsområder i forhold til sammenhængende forløb og patientinddragelse?

Afledt af de to spørgsmål blev blandt andet følgende væsentlige temaer drøftet:

- Fokus på at sundhedsvæsenets organisering bør tage mere udgangspunkt i mennesket der har en sygdom, frem for systemets interne logikker (f.eks. åbne ambulatorier, fælles visitation, fleksibel stuegang). Herunder italesættelse af patienter som mennesker med en sygdom og undladelse af sygeliggørelse.
- Fra svingdørspatienter til stamkunder – positiv italesættelse og tilrettelæggelse af forløb for patienter, der ofte har brug for en hospitalsindlæggelse (f.eks. ny tilgang på Bornholms Udviklingshospital med særligt fokus på stamkundernes behov for fleksibel adgang til hospitalet)
- Nemt forståelig og tydelig skriftlig og mundtlig kommunikation (inkl. tolkning for hørehæmmede), der kan skabe tryghed og øjenhøjde/ligeværdighed. Herunder klar kommunikation og besked om eventuel ventetid. (F.eks. strategisk indsats i Region Hovedstaden Ventet og velkommen)
- Bisiddere til patienter, der kan kunne lytte og hjælpe med at navigere i forløbet (familiemedlem, en fra patientforeningen eller en frivillig).
- Fokus på datatilgængelighed mellem forskellige instanser og sektorer, f.eks. mellem hospitalerne eller mellem hospital og kommune/praktiserende læge (Sundhedsplatformen og Rispac)
- Gennemskuelige forløb internt på hospitalerne, f.eks. patientansvarlig læge, ledelse af team og koordineringsansvar. (Patientansvarlig læge)
- Relevant forankring og spredning af lægefaglig viden. F.eks. spredning af speciallægeviden til

kommunernes arbejde med patient- og personaleuddannelse og national forankring af allergispecialviden

En del af drøftelserne handlede om, hvordan samarbejdet med kommuner og praktiserende læger kan optimeres. Dette område hører udenfor sundhedsudvalgets ressortområde, men administrationen vil videregive referat fra drøftelserne til udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde.

Der var enighed blandt alle dialogmødedeltagerne, at sammenhængende patientforløb og inddragelse af patienter og deres pårørende i udrednings-, pleje- og behandlings- og rehabiliteringsforløb er afgørende forudsætninger for en høj patientoplevet kvalitet. At patienter og pårørende skal have en oplevelse af overblik, dialog og føle tillid/tryghed i deres forløb, både på hospitalet og på tværs af sektorer.

Regionsrådet har nyligt nedsat det politiske udvalg "Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen" netop for at arbejde med et langsigtet fokus på dette område. Udvalgets arbejde skal række ind i den næste valgperiode.

Opfølgning på drøftelse i forhold til igangværende initiativer i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er der meget fokus på sammenhæng og den patientoplevede kvalitet, og sundhedsudvalget følger de mål, der er sat i vores såkaldte "driftsmålsstyring" og andre væsentlige initiativer:

Projektet Udviklingshospital Bornholm har fokus på at organisere efter hvad, der giver værdi for patienten. I projektet indgår et samarbejde med Bornholms regionskommune samt de praktiserende læger. Desuden er der fokus på at få erfaringer med patientrapporterede oplysninger (PRO), hvor patienternes egenoplevelse af behandlingens effekt rapporteres til sundhedsvæsenet. Med den nye budgetaftale for 2017 er det aftalt, at Rigshospitalets Hjertecenter også skal fungere som laboratorium for værdibaseret styring. De gode erfaringer skal spredes til resten af regionens hospitaler.

I løbet af 2017 implementeres den patientansvarlige læge på samtlige hospitaler. Aktuelt pågår der pilotprojekter, og erfaringerne fra disse skal munde ud i en samlet beskrivelse af ordningen. Målet er, at alle patienter hele tiden ved hvilken læge, der har det overordnede behandlingsansvar for dem på et hvert givent tidspunkt.

Det nye kvalitetsprogram markerer et skifte væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på resultater, der skaber størst mulig værdi for patienterne. Forbedringsarbejdet kommer til at ske helt tæt på kerneydelsen og i klinikken, der hvor patienten og den sundhedsprofessionelle mødes. Overordnet er der tre spor i programmet: Lederuddannelsesprogram, Lærings- og kvalitetsteams og det at arbejde ud fra lokalt fastsatte målsætninger, der har nogle overordnede nationale mål for øje.

I forhold til data vil Sundhedsplatformen samle oplysninger om patienten i én journal, hvilket giver de sundhedsprofessionelle et bedre overblik over den enkelte patients forløb, herunder forløb på tværs af regionens hospitaler. Samtidig vil patienterne via MinSundhedsplatform have mulighed for at skrive til sin afdeling, se sine aftaler samt udsnit af de sundhedsoplysninger, der er registreret. Region Hovedstaden har indkøbt det modul, der giver de praktiserende læger mulighed for at tilvælge at være tilkoblet Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen vil være endeligt udrullet i Region Hovedstaden i løbet af 2017.

Det strategiske indsatsområde Ventet & Velkommen bidrager ligeledes til at Region Hovedstadens hospitaler opleves som imødekommende, overskuelige og trygge for patienterne, gennem fokus på optimering af venteområder, ventetid, telefonbetjening, skilte på dansk og skriftlig patientinformation.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen konsekvenser, da der er tale om en drøftelse.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Anne Skriver

JOURNALNUMMER

16000148

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Organisationer repræsenteret ved dialogmødet 21. september 2016
- 📎 2. Niels Reichstein oplæg Sundhedsvalget dialogmøde 160921

7. ORIENTERINGSSAG: STATUS PÅ FRYSEHUSPROJEKTET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Region Hovedstaden har en ambition om at øge forskningspotentialet i regionen blandt andet ved at etablere fælles frysehusfaciliteter og biobankstruktur for alle regionens hospitaler. Dette vil samtidig understøtte regionens strategiske indsats om styrkelse af forskning og innovation.

Projektet "Samling af vævsprøver i fælles frysehus og biobankstruktur" vil skabe overblik og adgang til eksisterende og kommende biologisk materiale og data til brug for forskning og udvikling, herunder også i forhold til samarbejdet med andre forskningsinstitutioner og industrien.

På baggrund af en udarbejdet analyse (bilag 1) samt projektgrundlag (bilag 2) arbejder administrationen med udarbejdelse af et beslutningsgrundlag, inklusiv en fuldstændig plan for gennemførelse, som forventes afsluttet januar 2017. Administrationen modtager bygherrerådgivning til dette arbejde, da der ikke internt er kompetencer og ressourcer til at løfte det.

Der overflyttes tre mio. kr. fra 2016 (forskningspuljen under SUND Fælles budgettet) til budget 2017 til det videre projektarbejde, herunder IT understøttelse.

Der forelægges med denne sag en status på projektet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at status på projektet "Samling af vævsprøver i fælles frysehus og biobankstruktur" tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Taget til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Baggrund og mål for projektet

Målet med etablering af fælles frysehus-faciliteter og biobankstruktur er at sikre en bæredygtig, effektiv udnyttelse og synlighed af regionens kliniske data, forskningsregistre og af vævsprøver/biobanker. Faciliteterne skal bruges til forskning og udvikling, herunder fortsat udvikling af samarbejdet med andre forskningsinstitutioner og industrien. Målet er derudover en reduktion af driftsomkostninger, nedbringelse af CO₂-udledning og øget sikkerhed ved opbevaringen af vævsprøver og driften af biobanker.

Samling af vævsprøver har stort forskningspotentiale, under forudsætning af at det gøres let tilgængeligt for forskerne. Et centralt mål er således at afklare, hvordan man kan sikre en mere effektiv tilgængelighed, udnyttelse og synlighed af regionens kliniske data, forskningsregistre og af biobankerne.

Administrationen har valgt en decentral model, hvor der etableres frysefaciliteter på op til 4 hospitaler i regionen. Opdraget er, at faciliteterne skal indrettes i eksisterende ikke-patient egnede lokaler, som også skal have mulighed for at rumme fremtidige fremfindingsrobotter (Bilag 1, Model A).

Status på projektet

Status er, at der ud fra det, af projektstyregruppen godkendte projektgrundlag er gennemført et mini-udbud jf. regionens rammeaftale om ingeniørrådgivning for at finde en egnet bygherre til opgaven. Vinder af mini-udbuddet blev det rådgivende ingeniørfirma Niras. Der blev i vurderingen lagt stor vægt på rådgiveres erfaring med lignende projekt på Statens Serums Institut og generelt med projekter i regi af sygehusvæsenet. Derudover afspejler bemandingen hos rådgiver en bred og god dækning af kompetencer samt bredt kendskab til Region Hovedstaden som organisation. Administrationen fandt således, at det samlede tilbud viste en god løsning med et erfarent og kompetent hold, hvilket var udslagsgivende for resultatet.

Niras overordnede opgave er:

- | Identifikation af egnede lokaliteter
- | Business case og økonomiberegninger
- | Energiberegning og energivurdering

Administrationen arbejder, i samarbejde med Niras og arbejdsgruppen, på at indhente den nødvendige viden således at der kan forelægges et samlet beslutningsgrundlag primo 2017 med budgetvirkning fra 2018 eller senere.

KONSEKVENSER

Ved tiltrædelse af indstillingen tages orienteringen om status på projektet "Samling af vævsprøver i fælles frysehus og biobankstruktur" til efterretning.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges parallelt i erhvervs- og vækstudvalget.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg/Svend Hartling

JOURNALNUMMER

15005398

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Rapport "Etablering af fælles frysehusfaciliteter til biobanker i Region Hovedstaden"
- 📎 2. Projektgrundlag for Frysehus (version 2016.03.31)

8. EVENTUELT

EVENTUELT

Koncerndirektør Svend Hartling orienterede om den medieomtalte sag fra Bornholm, hvor en 3-årig dreng døde af hjertestop.

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

25-10-2016 13:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården H4

MEDLEMMER

Karin Friis Bach	Formand	
Flemming Pless	Næstformand	Fravær
Annie Hagel	Rådsmedlem	
Katrine Vendelbo Dencker	Rådsmedlem	Afbud
Leila Lindén	Rådsmedlem	
Lene Kaspersen	Rådsmedlem	
Marianne Stendell	Rådsmedlem	
Niels Høiby	Rådsmedlem	
Ole Stark	Rådsmedlem	

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser Siden sidst og arbejdsplan for sundhedsudvalget

1. MEDDELELSER SIDEN SIDST OG ARBEJDSPLAN FOR SUNDHEDSUDVALGET

MEDDELELSER

Siden sidst har sundhedsudvalget modtaget følgende:

Den 5. oktober 2016: Orientering om redegørelse for monitoreringsdata for kræftpakkerne for 2. kvartal 2016 sendt til Sundhedsstyrelsen.

Den 13. oktober 2016: Orientering om maksimale ventetider for september måned.

Arbejdsplan for sundhedsudvalget 2016:

Arbejdsplanen er vedlagt i bilag.

JOURNALNUMMER

16000148

BILAGSFORTEGNELSE

1. Sundhedsudvalget_ arbejdsplan 20161014

Udmøntningsplan for kræftinitiativer i "Jo før – jo bedre"

Baggrund

Med regeringens sundhedsstrategi "Jo før – jo bedre", der indgår i aftalen om finansloven for 2015, prioriteres 1,1 mia. kr. til et løft af kræftindsatsen over de næste fire år. Som en del af strategien indgår samtidig et mål om, at tre ud af fire kræftpatienter i 2025 skal være i live fem år efter, at diagnosen er stillet. Midlerne er som udgangspunkt forudsat fordelt med 200 mio. kr. til bedre redskaber i praksissektoren, 840 mio. kr. til øget kapacitet til udredning og behandling, samt 60 mio. kr. til den palliative indsats for uhelbredeligt syge børn.

Nedenfor fremgår planen for udmøntningen af de enkelte initiativer.

1. Bedre redskaber til at opdage kræft i almen praksis

Formålet er at give de praktiserende læger bedre redskaber til udredning af patienter med uklare symptomer. Formålet er endvidere at bibringe de praktiserende læger den nyeste viden om tidlig opsporing af kræft og effektive udredningsforløb, herunder om kriterier for henvisning til pakkeforløb og den nye adgang til direkte henvisning, jf. punkt 2.

Det skal sikres, at de praktiserende læger i hele landet opnår et ensartet kompetenceniveau i forhold til tidlig opsporing af kræft. Rammerne for indsatsen fastlægges derfor centralt og med inddragelse Sundhedsstyrelsen, PLO og DSAM i 1. halvår 2015. Den konkrete implementering af initiativerne forankres i de regionale praksisplanudvalg med henblik på indfasning af initiativerne fra 2. halvår 2015.

Initiativerne skal styrke kompetencerne i almen praksis til tidlig opsporing af kræft gennem faglig sparring, vejledning og uddannelse. Indsatsen skal ses i sammenhæng med det regionale arbejde, der har pågået i 2013 og 2014 med undervisning af de praktiserende læger i symptomer på kræft og henvisning til pakkeforløb med midler fra Kræftplan III. Dette arbejde videreføres med kurser i 2015 og 2016.

Der forudsættes prioriteret en bred uddannelsesindsats, som sigter mod at styrke både den faglige og organisatoriske viden i almen praksis samt understøtter dialog og sparring mellem almen praksis og sygehusene. Det kan udover den "klassiske efteruddannelse" også være i form af fælles undervisningsprojekter, besøg, vejledninger, faglig sparring, styrkelse af sygehusenes praksiskonsulenter mv. Der kan her trækkes på regionale erfaringer som fx "Cancer i praksis" i Region Midtjylland.

Uddannelsesindsatsen skal samtidig opgradere almen praksis til det nye setup med lettere adgang til diagnostiske undersøgelser, og ses i sammenhæng hermed. Det forudsættes, at parterne indfaser de konkrete initiativer fra 2. halvår 2015 parallelt med at regionerne gearer den diagnostiske kapacitet jf. punkt 3.

Der kan herudover prioriteres en styrket faglig specialistrådgivning fra sygehusene til almen praksis. Specialistrådgivningen kan fx indebære en styrket (telefonisk eller anden elektronisk) rådgivning fra speciallæger på sygehuset, herunder fx at den praktiserende læge og sygehuslægen kan drøfte, hvilken udredning der er relevant

for en given patient, og hvordan vejledningerne om henvisning til diagnostisk undersøgelse skal anvendes, jf. punkt 2. De overordnede rammer herfor aftales centralt, med henblik på at sikre ensartethed i tilbuddene på tværs af regioner.

Tilsvarende kan prioriteres initiativer vedr. bedre IT-understøttelse (fx dynamisk henvisning eller evt. forsøg med direkte booking). Dette skal ses i sammenhæng med eksisterende initiativer på området, herunder den nationale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet og projekter i regi af Medcom.

Midlerne forudsættes udmøntet via det regionale bloktilskud på baggrund af de centralt fastlagte rammer i form af en implementeringsaftale med mål og milepæle for udrulningen, med inddragelse af de relevante parter.

Parallelt kan der sættes ekstra fokus på at sikre deltagelse fra de praktiserende læger og evt. klinikpersonale i relevante kurser i forhold til tidlig opsporing af kræft, jf. de afsatte midler til systematisk efteruddannelse i regi af overenskomsten med PLO, der trådte i kraft i september 2014. Den konkrete prioritering heraf beror på en drøftelse mellem Danske Regioner og PLO. Den videre udmøntningsproces af midlerne fra "Jo før – jo bedre" til kompetencestyrkelse skal således ses i sammenhæng hermed.

2. Udvidet adgang til direkte henvisning til undersøgelse på sygehuset

Formålet er at give de praktiserende læger udvidet adgang til at henvise patienterne direkte til diagnostiske undersøgelser på sygehuset. Adgangen skal særligt samle op på de patienter, som ikke kan henvises til de eksisterende pakkeforløb for kræft eller alvorlig sygdom.

Den praktiserende læge er stadig tovholder og har ansvaret for patienten. Patienten bliver ikke omfattet af udredningsretten, da der er tale om en diagnostisk undersøgelse til brug for den praktiserende læges videre udredning af patienten.

Det skal sikres, at de praktiserende læger i hele landet som udgangspunkt har de samme muligheder for at få undersøgt deres patienter. Derfor udarbejdes der fælles nationale faglige vejledninger for direkte henvisning til udredning på sygehus, som efterfølgende udmøntes i lokale aftaler mellem de praktiserende læger, regioner og sygehuse i regi af praksisplanudvalgene.

Arbejdet med faglige vejledninger håndteres centralt i et samarbejde mellem regionerne, PLO og DSAM og med inddragelse af Sundhedsstyrelsen. Det kan bl.a. ske med inspiration fra eksisterende ordninger om direkte henvisning fra almen praksis til diagnostiske undersøgelser på fx Vejle Sygehus eller i Region Midtjylland og Region Hovedstaden. Bilag 1 indeholder en bruttoliste med forslag til undersøgelser, der som udgangspunkt kan indgå.

Initiativet skal ses i sammenhæng med den øgede kapacitet til udredning på sygehuse eller de diagnostiske centre. Det forudsættes, at parterne indfører ordningen fra 2. halvår 2015 parallelt med, at regionerne gearer den diagnostiske kapacitet, jf. punkt 3, og rådgivningsstøtten fra sygehuse, jf. punkt 1.

3. Øget kapacitet til udredning af kræft

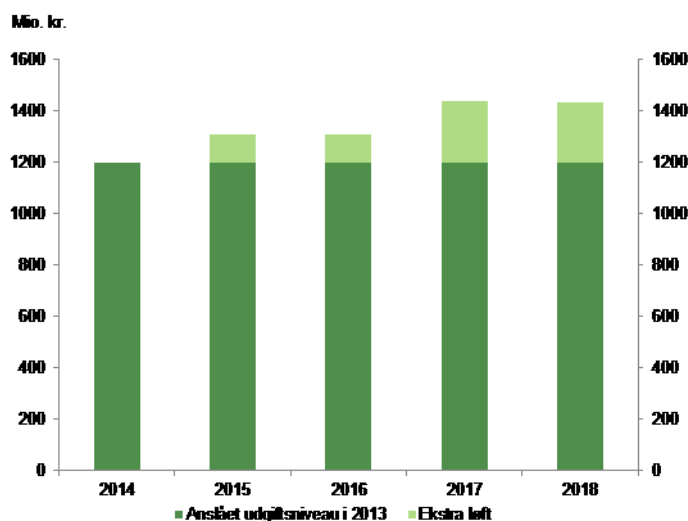
For at understøtte kort ventetid til udredning og diagnostik af kræftpatienter udvides kapaciteten på sygehusene eller på de diagnostiske centre, hvor læger i tæt samarbejde med almen praksis og på tværs af specialer kan sikre hurtige udredningsforløb.

Den øgede kapacitet skal ses i sammenhæng med muligheden for direkte henvisning fra almen praksis samt den styrkede opmærksomhed hos de praktiserende læger på symptomer på kræft jf. punkt 1-2, herunder imødekomme et evt. afledt behov for øget diagnostik på sygehusene generelt til kræftområdet.

Der forudsættes øget kapacitet fra 2. halvår 2015, og at der som grundlag herfor i tæt samarbejde udarbejdes en samlet plan for kapacitetsudbygningen inkl. tilhørende milepæle for den faktiske kapacitetsudvidelse, med gradvis udbygning i takt med den økonomiske prioritering frem mod fuld indfasning fra primo 2016. Kapacitetsudbygningsplanen danner grundlag for udmøntning af de økonomiske midler, der sker via det regionale bloktilskud.

Det forudsættes, at tilførslen af midler ved fuld indfasning vil svare til en stigning i kapacitet til udredning af kræft på ca. 15-20 pct. i forhold til det nuværende niveau, jf. figur 1.

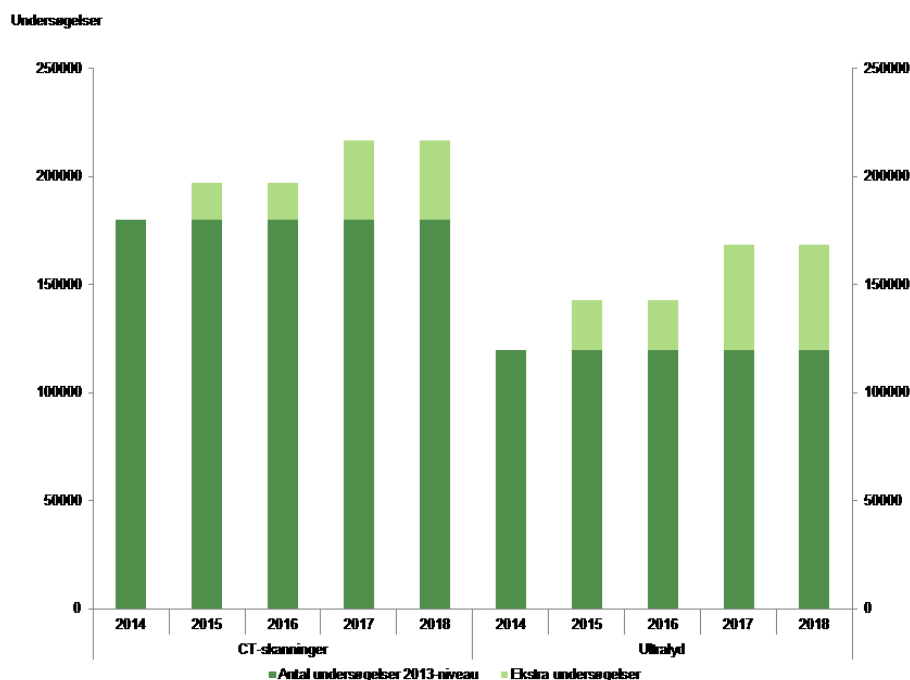
Figur 1. Forudsat stigning i udgifter til kræftudredning 2015-2018.



Anm.: De anslåede udgifter til kræftudredning i 2013 fastholdes i de kommende år. De anslåede udgifter er baseret på opgørelsesmæssige forudsætninger.

Der bruges en lang række diagnostiske undersøgelser i udredningen af kræftpatienter, eksempelvis billeddiagnostik, laboratorie- og patologundersøgelser mv. Hvis andelen af midlerne til de enkelte undersøgelser forudsættes uændret fremover, vil der med det nuværende takstniveau alt andet lige i 2016 eksempelvis kunne foretages ca. 18.000 ekstra CT-skanninger og ca. 36.000 ekstra ultralydsundersøgelser, jf. figur 2.

Figur 2. Stigning i antal CT-scanninger og ultralydsundersøgelser 2015-2018.



Anm.: Andelen af de nævnte undersøgelser til kræftudredning i 2013 fastholdes i de kommende år. Stigningen er baseret på opgørelsesmæssige forudsætninger.

4. Øget kapacitet til mere skånsom operativ behandling

Formålet er at prioritere midler til konkrete behandlingsområder, hvor det er dokumenteret, at nye eller mere skånsomme former for kirurgiske indgreb kan forbedre overlevelsen og livskvaliteten for patienten, fx inden for mave-tarm, hoved-hals, urologi eller lunge. Der kan i udmøntningen lægges vægt på, at funktionen er klinisk nær og arbejder med det mål at bringe området i kirurgisk topklasse. Det forudsættes, at sygehuset i øvrigt prioriterer området med de nødvendige faciliteter og ressourcer.

Initiativet skal konkretiseres i dialog mellem regioner og de faglige selskaber og miljøer (DMCG) i 1. halvår 2015. Sundhedsstyrelsen inddrages i arbejdet, så der bl.a. sikres sammenhæng til specialeplanlægningen samt evt. en "arbejdsdeling" af indsatsområder på tværs af regioner. Det kan fx være gennem nedsættelse af en ekspertgruppe med repræsentanter fra regionerne og de faglige miljøer. Arbejdet kan også orientere sig mod internationale erfaringer. Initiativet skal endvidere sikre national udbredelse af den øgede kapacitet og kvalitet i behandlingen.

Der forudsættes øget kapacitet fra 2. halvår 2015, og at der som grundlag herfor med afsæt i et fagligt oplæg udarbejdes en plan for kapacitetsudbygningen inkl. tilhørende milepæle for den faktiske kapacitetsudvidelse med gradvis udbygning i takt med den økonomiske prioritering frem mod fuld indfasning fra primo 2016. Udmøntning af de økonomiske midler sker via det regionale bloktilskud.

5. Styrket smertelindrende (palliativ) indsats for uhelbredeligt syge børn

Formålet er at forbedre den udgående indsats til behandling af børn med livstruende sygdom i eget hjem. Indsatsen skal koncentrere sig om at styrke de udgående

palliative teams på sygehusene, som er specialiseret i børns behov, og som kan tilrettelægge indsatsen på sygehuset, hos lægen og i hjemmet, herunder gennem vejledning af den kommunale sygepleje. De palliative teams kan organisatorisk enten høre under palliative enheder eller børneafdelinger. Hvis en region ikke har et udgående team på området kan der indgås aftale med naboregionen, med henblik på at sikre tilstrækkelig geografisk dækning. Indsatsen skal baseres på viden om bedste praksis og sikre ensartethed i tilbuddene på tværs af regioner.

De afsatte midler vil svare til, at der ved fuld udrulning vil kunne etableres ca. fem ekstra udgående palliative teams. Der var i 2014 i alt 27 udgående palliative teams for alle aldersgrupper.

Regionerne konkretiserer initiativet i 1. halvår 2015 i dialog med Sundhedsstyrelsen, kommuner og almen praksis, med henblik på implementering fra primo 2. halvår 2015. Midlerne forudsættes udmøntet via det regionale bloktilskud.

Generelt i forhold til implementeringsproces

Den eksisterende governancestruktur på kræftområdet (fx Task Force for Kræft- og Hjerteområdet, Sundhedsstyrelsens kræftstyregruppe eller øvrige fagligt relevante fora), kan inddrages i forhold til fagligt-administrative afklaringer, i det omfang det måtte være relevant.

Økonomi

Tabel 1 viser den tentative økonomiske fordeling af fordelt på år og initiativer. Der gøres status på udmøntning og implementering i økonomiaftalen for 2016.

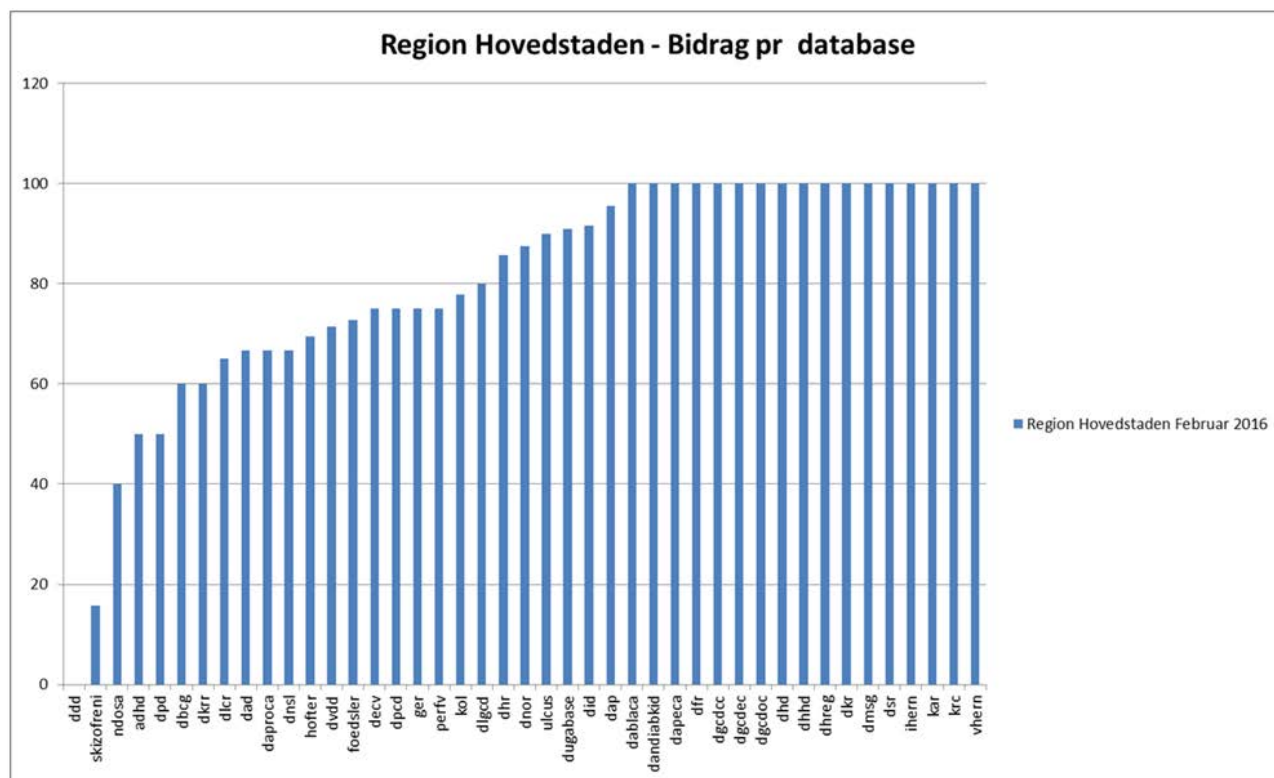
Tabel 1. Oversigt over kræftinitiativer i "Jo før jo bedre"	2015	2016	2017	2018	I alt
Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve	190	190	360	360	1.100
Bedre redskaber til hurtigere at opdage kræft	40	40	60	60	200
Øget kapacitet til udredning	110	110	235	235	690
Øget kapacitet til mere skånsom kirurgi	25	25	50	50	150
Styrket palliativ indsats for uhelbredeligt syge børn	15	15	15	15	60

Tidsplan

Tidspunkt	Milepæle
Februar	Overordnet aftale om udmøntning med afsæt i ovenstående udmøntningsplan
Februar-marts	Danske Regioner udarbejder implementeringsplan med mere konkrete og udfoldede mål og milepæle for de enkelte initiativer med afsæt i udmøntningsplanen.
April-juni	Forberedelse af implementering i regi af regioner og de regionale praksisplanudvalg
Juni	Udmøntning af midler via det regionale bloktilskud
2. halvår 2015	Udrulning af initiativer på baggrund af aftalte milepæle i implementeringsplanen
1. kvartal 2016	Initiativer indfaset i henhold til fastsatte milepæle
2017	Status på milepæle og indhøstede erfaringer

Målopfylde i de kliniske databaser fra sundhedsudvalgsmøde den 26.04.2016 – sag nr. 6 Afrapportering af kongeindikator og driftsmål

Figuren viser i hvilken grad de enkelte databaser opfylder deres indikatorer. Databaserne går typisk på tværs af hospitalerne. Det fremgår, at en række databaser har en meget lav målopfylde, hvor andre databaser har en fuld målopfylde.



(Koderne i diagrammet er en sammensætning af bogstaver i databasernes navne. Herunder listet alfabetisk).

Punkt nr. 3 - Orienteringssag: Opfølgning på Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft

Bilag 1 - Side -2 af 2

Anæstesi	(dad)	Dansk Lever- Galdevejs Cancer Database	(dlgcd)
Blødende mavesår, Akut kirurgi Database	(ulcus)	Dansk Lunge Cancer Register	(dlcr)
BUP-ADHD Database	(adhd)	Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister	(dnsl)
Dansk Apopleksiregister	(dap)	Dansk <u>Neuro</u> Onkologisk Register	(dnor)
Dansk Blære Cancer Database	(dablaca)	Dansk Palliativ Database	(dpd)
Dansk Brystcancer Register	(dbcg)	Dansk <u>Pancreas</u> Cancer Database	(dpcd)
Dansk Depressionsdatabase	(ddd)	Dansk Peniscancer Register	(dapeca)
Dansk <u>Esophagus</u> -, <u>Cardia</u> - og <u>Ventrikel</u> karcinom database	(decv)	Dansk Prostata Cancer Database	(daproca)
Danske Fedmekirurgiregister	(dfr)	Dansk Register for børne- og ungdomsdiabetes	(dandiabkid)
Dansk Gynækologisk Cancer Database - <u>Cervix</u>	(dgcdcc)	Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom	(kol)
Dansk Gynækologisk Cancer Database - <u>Endometrié</u> /Corpus	(dgcdcc)	Dansk <u>Skulder</u> alloplastik Register	(dsr)
Dansk Gynækologisk Cancer Database - Ovarie	(dgcdcc)	Dansk Tværfagligt Register for Hoftensære Lårbensbrud	(hofter)
Dansk <u>Hernie</u> database (<u>ingvinalhernie</u>)	(ihern)	Dansk Urogynækologisk Database	(dugabase)
Dansk <u>Hernie</u> database (<u>ventralhernie</u>)	(vhern)	Dansk Voksen diabetesdatabase	(dvdd)
Dansk Hjerteregister	(dhreg)	Den Nationale <u>skitzofreni</u> database	(skitzofreni)
Dansk Hjertesvigts Database	(dhd)	Hæmatologiske Fællesdatabase - Akut leukæmi	(alg)
Dansk <u>Hofte</u> alloplastik Register	(dhr)	Hæmatologiske Fællesdatabase - Kroniske <u>myeloide</u> sygdomme	(mpds)
Dansk <u>Hysterektomi</u> og <u>Hysteroskopi</u> Database	(dhhd)	Hæmatologiske Fællesdatabase - Malignt <u>lymfom</u>	(lyfo)
Dansk Intensiv Database	(did)	Hæmatologiske Fællesdatabase - <u>Myelomatose</u>	(dmsg)
Dansk <u>Knæ</u> alloplastik Register	(dkr)	Landsdækkende Database for Geriatri	(ger)
Dansk <u>Kolorektal</u> cancer Database	(krc)	Landsregistret Karbase	(kar)
Dansk Korsbånds Rekonstruktions Register	(dkrr)	National Database for Søvnapnø	(ndosa)
Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler	(foedsler)	Perforation, Akut Kirurgi Database	(perfy)

Punkt nr. 3 - Orienteringssag: Opfølgning på Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft

Bilag 2 - Side -1 af 5

INDSTILLING FRA DET SUNDHEDSFAGLIGE RÅD FOR MAMMAKIRURGI TIL FORUM FOR KVALITET VEDR. OPFØLGNING PÅ ÅRSRAPPORTEN 2015 FOR LANDSDÆKKENDE DATABASE FOR BRYSTKRÆFT

d. 16. august 2016

Årsrapport	Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for brystkræft 2015 Den fulde årsrapport og bilag er tilgængelig via sundhed.dk her: https://www.sundhed.dk/content/cms/79/4679_brystkr%C3%A6ft_%C3%A5rsrapport2015.pdf
Ansvarligt SFR	MAMMAKIRURGI
SFR formandskab	Vicedirektør Jonas Egebart Ledende overlæge Henrik Flyger Auditmøde afholdt d. 1. juli 2016. Deltagere: Vicedirektør Jonas Egebart, Bornholms Hospital Ledende overlæge Henrik Flyger, Herlev Hospital (referent) Overlæge Jan Utzon, Enhed for Kvalitet og patientsikkerhed, Region Hovedstaden
Har kvalitetsniveauet et tilfredsstillende niveau på regionens hospitaler – vurderet med udgangspunkt i de valgte indikatorer? Hvis ikke – uddyb	Ja. DBCG har i alt 10 kvalitets indikatorer, hvoraf de 3 er opfyldt, 5 er ikke opfyldt og 2 indikatorer har ikke fastsat nogen standard. Baggrunden for, at kvalitetsniveauet alligevel betragtes som tilfredsstillende af auditgruppen er følgende: DBCG's database er en landsdækkende database, der startede i 1977. Dens formål har altid været at forbedre behandlingen af brystkræft i Danmark. Ind til omkring år 2000 var der over 60 afdelinger i Danmark der opererede for brystkræft på meget forskelligt niveau. I løbet af de sidste 15 år er disse samlet således at behandlingen i dag er centraliseret til 12 afdelinger i Danmark. Der er én afdeling i Region Sjælland og der to afdelinger i Region Hovedstaden, som hver især behandler ca. 750 til 800 patienter med brystkræft årligt og derved dækker ½ af befolkningen. Denne udvikling har medvirket til, at de oprindelige kvalitetsmål ikke længere har den relevans som de havde, da de blev indført. Flere af de i dag gældende kvalitetsparametre er procesparametre, der ikke relaterer sig direkte til patientbehandlingen, men alene til om data indberettes til DBCG. Dette har stor betydning for den forskning der laves på baggrund af indberetningerne, men ingen direkte betydning for patienterne. På flere af disse procesparametre ligger Region Hovedstaden lavt. Når det drejer sig om de patientrelaterede parametre ligger Region Hovedstaden tilfredsstillende på alle målepunkter. Regionen har igennem en årrække ligget i front når det gjaldt forskning og udvikling inden for "brystkræft" området og har derfor valgt ikke at lægge vægt på forældede kvalitetsparametre. Regionen har f.eks. langt de fleste videnskabelige publikationer inden for området.

Punkt nr. 3 - Orienteringssag: Opfølgning på Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft

Bilag 2 - Side -2 af 5

Har SFR anbefalinger til konkrete indsatsområder til Forum for Kvalitet i relation til ovenstående	Ja, det foreslås, at der foretages en gennemgribende revision af databasens indikatorer. Der henvises i øvrigt til gennemgangen i efterfølgende bilag med de forslag, som er angivet under de enkelte indikatorer.
Giver gennemgangen af årsrapporten og dens konklusioner og anbefalinger i øvrigt anledning til forslag til indsatsområder?	Nej
Giver gennemgangen af årsrapporten i øvrigt anledning til kommentarer?	Nej
Godkendt af Fagligt Forum for kvalitet d.	

Punkt nr. 3 - Orienteringssag: Opfølgning på Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft
Bilag 2 - Side -3 af 5

Resume: Målopfyldelse for alle indikatorer i databasen			
Region H	Standarden opfyldt	Standarden ikke opfyldt	I alt indikatorer
	3	5	10 (2 indikatorer har ikke fastsat en standard)

GENNEMGANG AF INDIKATORER Hvis indikatoren er opfyldt er den angivet som grøn og hvis den ikke er opfyldt er den rød	Kommentar fra klinisk audit	Auditgruppens løsningsforslag
Indikator 3 Malign: Benign operationsratio Standard er øvre kvartil (75%) Status: Region Hovedstadens resultat er 72% andel maligne og in situ diagnoser Lands gennemsnittet er 71%.	Denne parameter skulle afdække om diagnostikken af brystkræft blev foretaget med biopsi i tilfredsstillende antal, et surrogat fra den tid hvor tumorer blev fjernet for at stille diagnosen brystkræft. Denne diagnostiske metode anvendes kun i få udvalgte tilfælde og parameteren er derfor irrelevant og udgår som kvalitetsparameter.	Indikatoren udgår som kvalitetsparameter fremover.
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden Standard > 95% Status: Region Hovedstadens resultat er 96% Lands gennemsnittet er 96%.	Standard metode som anvendes over hele landet rutinemæssigt.	
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder. Standard > 95% Status: Region Hovedstadens resultat er 97%. Lands gennemsnittet er 96%.	Resultatet er tilfredsstillende. I dag foretages total aksilrømning. Det kan derfor diskuteres om indikatoren evt. skal revideres i overensstemmelse hermed.	
Indikator 7 Datakomplethed af indberettede patienter Standard > 95% Status: Region Hovedstadens resultater er 88%.	Denne parameter dækker over alle involverede afdelingers indberetning. Det vil sige kirurger, patologer, onkologer. Den afklarer ikke hvem i forløbet der mangler at indberette til DBCG.	Der er sat et rykker system i gang fra DBCG for at øge indberetningen. Parametren er en procesparameter, der ikke fortæller noget om patientkvaliteten, men om den ressource fra de kliniske afdelinger der

Punkt nr. 3 - Orienteringssag: Opfølgning på Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft

Bilag 2 - Side -4 af 5 Lands gennemsnittet er 88%.		afsættes til indberetning. SFR vil afvente effekten af det nye rykker-system før evt. yderligere tiltag.
Indikator 8 – Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer Standard 90% Status: Region Hovedstadens resultater er 83%. Lands gennemsnittet er 83%.	Dette er en rent onkologisk parameter, der ikke har kirurgisk betydning. Alle patienter gennemgås på MDT konference og alle patienter, der skønnes egnede til kemoterapi tilbydes dette. Tallene skyldes formentlig et registreringsproblem i de onkologiske afdelinger	De onkologiske afdelinger i Hillerød, Herlev og RH, der behandler brystkræft kontaktes.
Indikator 9 – Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgningsprogram. Standard 95% Højrisiko-patienter: Status: Region Hovedstadens resultater er 86%. Lands gennemsnittet er 79%. Lavrisiko-patienter: Status: Region Hovedstadens resultater er 78% Lands gennemsnittet er 86%	Denne parameter måler om patienterne følges efter det gamle DBCG system, hvor alle patienter ses i 10 år; hver 6 mdr. i de første 5 år herefter en gang årligt. Afdelingen i Herlev har allerede tilbage i tiden valgt et kontrol system med færre fremmøder, der svarer mere til det nye kontrolprogram, der er vedtaget af Sundhedsstyrelsen i 2015 og som implementeres i løbet af 2016. Her er opfølgningen patient styret.	Forventer, at indikatoren justeres til næste år efter indførelse Sundhedsstyrelsens nye opfølgningsprogrammer.
Indikator 10 – Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi Standard: < 2,5% Status: Region Hovedstadens resultater er 1,9%. Lands gennemsnittet er 1,5%.	Virkelig relevant kvalitetsindikator af stor betydning for patienterne. Region Hovedstadens resultat er tilfredsstillende.	
Indikator 11 - Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer inden for 30 dage Standard: Ikke fastsat Status: Region Hovedstadens resultat er 97%. Lands gennemsnittet er 97%	Denne parameter beregnes på baggrund af tal trukket fra LPR. Da vi på Herlev Brystkirurgisk afdeling tilbyder intraoperativ strålebehandling sammen med den primære operation kodes disse operationer som en strålebehandling. Derfor ligger datakompletheden lavt.	Da der er tale om et LPR kode problem har Herlev blot noteret udfaldet. Da Herlev indtil videre er det eneste hospital i DK, der tilbyder denne nye skånsomme behandling, vil udfaldet ikke ændres. Det er relevant, at der indsættes en kommentar herom i årsrapporten.

Punkt nr. 3 - Orienteringssag: Opfølgning på Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for brystkræft

Indikator 12 – Den regionale node positivitet Standard: Ikke fastsat Status: Region Hovedstadens resultater er 96%. Lands gennemsnittet er 96%.	Parameter der fortæller om kvaliteten af patologi afdelingen i det den måler præcisionen af diagnostikken under operationen.	
Indikator 13 – Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer Standard: 95% Status: Region Hovedstadens resultater er 91%. Lands gennemsnittet er 96%. Strata lumpektomi: Region Hovedstaden: 91% Lands gennemsnittet er 96% Strata mastektomi: Region Hovedstaden: 99% Lands gennemsnittet: 98%	Dette er en rent onkologisk parameter der ikke har kirurgisk betydning. Alle patienter gennemgås på MDT konference og alle patienter der skønnes egnede til stråleterapi tilbydes dette. Tallene kan skyldes et registreringsproblem i de onkologiske afdelinger. Der har muligvis været uregelmæssigheder i indberetningen, da der gives intraoperativ strålebehandling som i begyndelsen ikke kunne indberettes til DBCG.	Forespørge de onkologiske afdelinger i Hillerød, Herlev og RH om de har kendskab til årsagen. Audit mener det kan skyldes en manglende indberetningsressourcer.

Punkt nr. 4 - Introduktion til immunterapi**Bilag 1 - Side -1 af 8**

Websitet anvender cookies til statistik. Denne information deles med tredjepart. [Læs mere...](#)

OK

NYHED / 11. AUG 2016



Inge Marie Svane forsker i cancerimmunterapi: "Jeg kan ikke se, at noget kan blive et større gennembrud end det her. Det er lige så stort, som da man opdagede, at stråler kunne dræbe kræftceller". Foto: Claus Boesen

Kræft – er koden knækket?

FOKUS

[Del](#)[Tweet](#)

Kræftbehandlingen har i de seneste år gjort store fremskridt, og nye lægemidler udvikles til stadighed. Man hører nærmest ugentligt om "gennembrud" i kampen mod kræft. Og nu er der faktisk et reelt gennembrud på vej: Immunterapien.

Dato 11. Aug 2016 **Forfattere** Klaus Larsen, kll@dadl.dk

1

Der kastes milliarder af kroner efter kræften – og det kan ses på statistikkerne. Fra en bundplacering i kræftoverlevelse nærmer behandlingen sig nu samme niveau som i vore skandinaviske nabolande. For 20 år siden var 18 procent af de kvinder, der fik diagnosen brystkræft, døde efter fem år. I dag er det kun 12 procent.

Punkt nr. 4 - Introduktion til immunterapi**Bilag 1 - Side -2 af 8**

Kræftens gåde løst – igen og igen

For andre kræftformer er dødeligheden faldet tilsvarende, og udviklingen fortsætter i samme, gode retning. Forbedringen skyldes primært centraliseringen af behandlingerne, vurderer både formanden for Dansk Selskab for Onkologi, professor Ulrik Lassen, og professor i sundhedsøkonomi og afdelingschef i Kræftens Bekæmpelse, Jes Søgaard.

Begge smiler lidt ad mediernes ugentlige "gennembrud". Der er snarere tale om en fortsat række af små fremskridt:

"Der er kommet en masse nye behandlinger, som hver gang giver et lille løft i statistikkerne. Men de mange nye og spændende forskningsresultater bliver nok ind imellem pustet lidt for meget op og beskrevet, som om kræftens gåde er løst", siger Ulrik Lassen.

Immunterapien rykker

I øjeblikket er der dog konsensus om, at immunterapien – i kombination med såkaldt targeteret medicin – er det, der kommer tættest på at fortjene betegnelsen gennembrud. Nogle taler ligefrem om "et paradigmeskift".

"Hos nogle virker immunterapi fantastisk godt, og de nyeste resultater inden for modernærkekræft, hvor man kombinerede flere former for immunterapi, viste nogle af de mest imponerende resultater, vi nogen sinde har set", siger Ulrik Lassen, som til daglig leder Onkologisk Afdelings Fase 1 Enhed ved Rigshospitalet.

At medicin er targeteret (eller: målrettet/»skræddersyet«/personlig) betyder, at man ved en genspecifik analyse finder præcis det lægemiddel, som er egnet til den pågældende patient.

Ved immunterapien aktiveres kroppens eget immunsystem mod kræften, som den lærer at betragte som noget uvedkommende, der skal bekæmpes.

»Man har forsket i immunterapi i over 30 år, men det er først inden for de seneste fem år, at der virkelig er sket gennembrud med mange nye lægemidler, som viser rigtig god effekt«, siger Ulrik Lassen.

Virker kun på hver anden

Immunterapi dyr. Den virker kun på lidt over halvdelen af patienterne, og da den tilmed kan have kraftige og indlæggelseskrævende bivirkninger, vil det være en gevinst for alle, hvis man på forhånd kunne udpege de patienter, der ville få gavn af behandlingen, og dem, der ikke ville. Og det forskes der intensivt i, forklarer Ulrik Lassen.

- Det her er lige så stort, som da man opdagede, at stråler kunne dræbe kræftceller

Inge Marie Svane, Center for Cancerimmunoterapi, Herlev Hospital

Punkt nr. 4 - Introduktion til immunterapi

Bilag 1 - Side -3 af 8

Immunterapien har ikke alene vist gode resultater for modermærkekræft. Allerede nu er den ved at blive standardbehandling ved fem andre kræfttyper, og der kommer hele tiden nye områder til, hvor immunterapien tages i brug.

»I første omgang er den noget, man giver efter den traditionelle behandling. Men lige som med alle nye behandlinger, bevæger den sig opad i hierarkiet – og ender måske med at blive førstevalg eller at blive kombineret med de eksisterende behandlinger«, siger Ulrik Lassen.

Paradigmeskift

En af Danmarks førende forskere i cancerimmunoterapi er overlæge, professor Inge Marie Svane, Center for Cancerimmunoterapi, Herlev Hospital. Da hun for 20 år siden som ung kandidat skrev ph.d. om cancerimmunologi, kunne hun ikke vide, at hun ligefrem ville blive en del af et gennembrud.

»For omkring ti år siden var jeg til møder i American Society of Clinical Oncology, hvor vi sad 5-7 mennesker til små, nørdede møder i et kælderlokale og diskuterede cancerimmunoterapi. Sidste år sad vi til en general session med tusinder af mennesker, hvor de måtte åbne ekstra lokaler med videotransmission«, siger Inge Marie Svane.

Hun mener ikke, at det er en overdrivelse at tale om et gennembrud – tværtimod: »Vi er i gang med et paradigmeskifte i behandlingen af vores kræftpatienter«, siger hun.

»Jeg kan ikke se, at noget kan blive et større gennembrud end det her. Det her er lige så stort, som da man opdagede, at stråler kunne dræbe kræftceller«, siger Inge Marie Svane.

»Det er noget helt nyt i onkologien, at vi ikke sigter direkte på kræftcellerne. Kemo- og strålebehandling er rettet direkte mod kræftcellerne. Immunoterapien retter sig mod at manipulere immunforsvaret i et forsøg på at få det til at rette effekten mod kræftcellerne«.

Nye kræftlægemidler

Når man igen og igen hører om »gennembrud«, skyldes det, at der med korte mellemrum godkendes immunbehandling på nye indikationer eller et nyt kræftstadium. Eller at der faktisk udvikles nye former for immunterapi.

Fra 2006 til 31. december 2015 godkendte Lægemiddelstyrelsen 67 nye kræftlægemidler. Af dem blev de 31 godkendt i 2013-2015. Alene i første halvår af 2016 er yderligere seks kommet til.

»I perioden er der kun tre vigtige immunmodulerende lægemidler blandt de godkendte, nemlig ipilimumab, nivolumab og pembrolizumab«, oplyser overlæge Jens Ersbøll, Lægemiddelstyrelsen.

»Til gengæld synes især de to sidstnævnte at have en bred antineoplastisk virkning, dvs. at der er mange indikationer pr. lægemiddel«.

FAKTA:

Immunoterapi, der også benævnes biologisk behandling, er en kræftbehandling, der sigter efter at aktivere kroppens naturlige forsvar mod kræftcellerne. Den benytter stoffer, som enten frembringes af kroppen selv eller fremstilles i laboratoriet, for at styrke eller genoprette immunsystemets funktion. Immunoterapi kan virke ved at

- standse eller bremse kræftcellernes vækst
- hindre kræften i at sprede sig til andre dele af kroppen

Punkt nr. 4 - Introduktion til immunterapi**Bilag 1 - Side -4 af 8**

»Stigningen skyldes lige nu flere targeterede behandlinger pga. af større indsigt i de molekylærbiologiske karakteristika i forskellige tumorceller«, siger Jens Ersbøll.

Langt flere overlever

Alle store medicinalvirksomheder – og mange små nye – har en pipeline inden for cancerimmunoterapi. Der forskes intenst, og Inge Marie Svane forudser »en tsunami« inden for cancerimmunoterapi.

»Pludselig vil næste bølge bryde igennem, og den bliver formentlig endnu større. Med tiden kommer det til at ændre vores behandlingsstrategier inden for alle kræftformer«, siger hun.

»Ja, det har måske endda endnu videre konsekvenser, for det er et tankesæt, der åbner for muligheder, vi ikke havde turdet drømme om. For det udsætter jo ikke bare forværringen af din sygdom eller udskyder døden nogle uger eller måneder. Det unikke er, at vi allerede nu oplever patienter, der ser ud til at blive helbredt for deres kræftsygdom«.

»Man kan selvfølgelig ikke give en garanti, før folk har levet deres liv færdigt uden tilbagefald. Men nu er vi da oppe på ti år, siden den første immunterapi blev godkendt«, siger Inge Marie Svane.

Det hører dog med, at en del af langtidsoverleverne får vedligeholdende behandling.

Fra afprøvningen af den første form for immunterapi for modermærkekræft – med antistoffet ipilimumab – anslår Inge Marie Svane, at omkring 15 pct. af patienterne er blevet helbredt. Hun regner med, at de næste antistoffer, der kom frem, nivolumab og pembrolizumab, vil fordoble antallet af patienter, som bliver langtidsoverlevende.

»Efter de første tre år er 36 pct. fortsat i live. Og i disse forsøg taler vi vel at mærke om metastatisk modermærkekræft, hvor femårsoverlevelsen har været nede omkring fem pct.«, siger Inge Marie Svane.

I Danmark er der netop givet godkendelse til at anvende en kombination af de to antistoffer til modermærkekræft, og Inge Marie Svane forventer, at det yderligere vil øge langtidsoverlevelsen.

Også for andre kræftformer

Ud over modermærkekræft har immunterapien allerede vist gode resultater for ikkesmåcellet lungekræft, og snart vil også patienter med hoved-hals-kræft, blærekræft og nyrekræft nyde godt af behandlingen.

- hjælpe immunsystemet til bedre at ødelægge kræftcellerne

Blandt de forskellige typer immunterapi er

- immunaktiverende stoffer, der direkte kan stimulere øget aktivitet i forskellige dele af immunforsvaret
- antistoffer, der binder sig til kræftcellen og gør den tilgængelig for immunsystemet, så det kan bekæmpe kræften
- antistoffer, der fjerner naturlige blokeringer i immunforsvaret
- kræftvacciner som behandling. Vaccinen skal "lære" immunforsvaret at genkende kræftceller og ødelægge dem

Punkt nr. 4 - Introduktion til immunterapi**Bilag 1 - Side -5 af 8**

»Det er ikke alle, denne form for immunterapi virker på«, siger Inge Marie Svane.

»Ipilimumab er således ikke brudt igennem til behandling af andre kræftformer end modermærkekræft. Men det næste antistof ser allerede nu ud til at få betydning ved mindst ti kræftformer. Så følger kombinationsbehandlinger og de nye antistoffer – og så breder det sig endnu mere ud«.

»Når onkologerne tester nye lægemidler, sker det altid hos patienter med kræft i metastatisk form, og når andre behandlingsmuligheder er udtømt. Det har også været tilfældet med de immunterapeutiske midler – og trods det har de vist ret gode resultater«, siger Inge Marie Svane.

Hun tilføjer, at det indtil videre kun »de bedste« af de patienter, som er tilgængelige, der indgår i forsøg: »Der er stadig en stor restgruppe, der er svære at komme videre med på grund af komorbiditet eller andre årsager, som gør, at man ikke kan arbejde med immunforsvaret«.

Prisen

Da ipilimumab mod modermærkekræft blev introduceret for ca. fem år siden, var det den hidtil dyreste kræftbehandling. Der skulle i første omgang gives fire behandlinger, som kostede 600.000 kroner.

Ingen ved, om livsvarig behandling er nødvendig: Vil der opstå en »hukommelseeffekt«, så immunforsvaret »husker«, at kræftcellerne ikke hører til i kroppen? Eller skal det livsvarigt have opfrisket hukommelsen i form af fornyet immunterapi?

»Jeg har allerede forsøgt at stoppe behandlingen hos et par af mine patienter. De er oppe på halvandet år nu og har ikke fået tilbagefald«, siger Inge Marie Svane.

Bivirkningerne

Ingen træer vokser ind i himlen, og ingen behandling er uden bivirkninger. Det gælder også immunterapien. For når immunforsvaret sættes på overarbejde, risikerer man samtidig at udløse alvorlige autoimmune tilstande som f.eks. colitis.

En anden risiko er, at immunforsvaret går til angreb på kroppens hormonproducerende kirtler, så man ophører med at producere binyrebarkhormon eller thyroxin, og patienten skal have substitutionsbehandling.

»Bivirkningerne kan være meget alvorlige og kræve indlæggelse. Men det skal ses i lyset af, at vi ikke tidligere havde noget særlig godt at tilbyde patienter med modermærkekræft«, siger Inge Marie Svane.

»Mine erfaringer i hverdagen er, at de fleste tåler behandlingen med nivolumab eller pembrolizumab rigtig godt. Faktisk så godt, at mange går på arbejde og slet ikke mærker, at de får behandlingen«.

»Antistof alene er faktisk en mild behandling for de fleste patienter. Når vi nu kan tilbyde kombinationsbehandlingen, vil vi se effekt hos op mod 60 pct. af patienterne, men til gengæld også væsentlig flere bivirkninger«.

- Er der udsigt til, at immunterapien en dag kan gøre kræftpatienter helt raske?

Punkt nr. 4 - Introduktion til immunterapi**Bilag 1 - Side -6 af 8**

»Jeg tror, at vi allerede har gjort det for nogle patienter. Der er ikke gået 25 år endnu, men når man først er oppe på ti års overlevelse, er der grund til at tro, at man er helbredt«, siger Inge Marie Svane.

Ambition og penge er drivkraft

Sundhedsøkonom i Kræftens Bekæmpelse, Jes Søgaard, ser også immunterapien, sammen med den targeterede behandling, som det bedste håb for endnu bedre kræftbehandling. Efter årtier med lavere kræftoverlevelse end i flere af de øvrige nordiske lande er vi nu ved at hale ind på dem, siger han.

»Ved flere af de sygdomme, hvor vi har ligget lavt, har vi i de seneste 10-15 år indhentet mellem en tredjedel og to tredjedele af efterslæbet«.

Ifølge Jes Søgaard skyldes det især de seneste 15 års intensivering af behandlingsindsatsen og en bedre organisering og centralisering af behandlingen. Folk er også blevet hurtigere til at gå til lægen – og samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene bliver bedre.

»Det væsentlige er, at initialbehandlingen er blevet bedre: Kirurgien, strålebehandlingen og kemoterapien er blevet løftet – det er virkelig et cadeau til landets læger«, siger Jes Søgaard og tilføjer, at vi ikke er i mål endnu med kræftoverlevelse.

Der er to faktorer, der driver udviklingen inden for kræftforskningen, mener Jes Søgaard:

»For forskernes vedkommende er drivkraften ambitioner: Man vil virkelig gerne 'løse kræftens gåde' og gøre noget godt for patienterne«.

»Og den anden faktor er rent ud sagt penge: Industrien ved, at de kan tage endog meget høje priser på et uigennemskueligt lægemiddelmarked. Og de gør det. Særligt for nye innovative lægemidler, og derfor investeres der meget i udviklingen af nye behandlinger«, siger Jes Søgaard.

"Må give en Nobelpris i år"

Spørger man onkologernes formand, Ulrik Lassen, hvad han anser for de seneste års største gennembrud inden for kræftbehandling, tøver han ikke med svaret:

"Immunterapien. Kræften har haft en evne til at gemme sig bag et 'skjold'. Og nu har man fundet en ny type lægemidler, som er i stand til at gøre kræften sårbar overfor immunsystemet", siger Ulrik Lassen. Og tilføjer:

"Jeg er ret sikker på, at immunologen James Allison, der har været med til at knække den kode, vil få Nobelprisen i år".

Punkt nr. 4 - Introduktion til immunterapi
Bilag 1 - Side -7 af 8

BLAD NUMMER:
17/2016

Kræft

Ny teknologi

Nye behandlinger

Del

Tweet



Tilføj kommentar

NOTAT

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

Dato: 3. oktober 2016

Organisationer repræsenteret ved sundhedsudvalgets dialogmøde den 21. september 2016

Kræft i Underlivet (KIU)
Dansk Brystkræft Organisation
Patientforeningen Lungekræft
Kræftens Bekæmpelse
Kræftens Bekæmpelse
Pancreasnetværket i Danmark
Astma-Allergi Danmark
Gigt Foreningen
Hjerteforeningen
Blærekræftforeningen
Regions ældrerådet
Patientforeningen Danmark
Patientforeningen Danmark
Interessegruppe FAP / Stomiforeningen COPA
Colitis-Crohn Foreningen, CCF
Colitis-Crohn Foreningen, CCF
Børnerådet
Diabetesforeningen
Diabetesforeningen
Stomiforeningen COPA
Dansk Myelomatose Forening
Foreningen for patienter med neuroendokrine tumorer
Foreningen for patienter med neuroendokrine tumorer
Patientinddragelsesudvalget og Regionens Ældreråd

Udviklingshospital Bornholm

Sundhedsudvalget
Dialogmøde
21. September 2016

Fokuspunkter:

- Samarbejde hospital, kommune, praksis
 - Akutmodtagelsen fælles indgang og udgang
 - Konference, kort, fokuseret
 - Genindlæggelser
- Stampatienter
 - Multisygge kronikere incl. Psykiatri
 - Patienter over 65 år
- Praksisklinikken
 - Nye muligheder og fremtidsperspektiver
 - Erfaringer med samarbejdet med praksis

Hvad skal vi opnå?

- Bedre patientoplevelset kvalitet, resultater, færre arbejdsgange
- Højere faglig kvalitet af pleje og behandling
- Bedre økonomisk effekt, herunder opnå og udbrede erfaringer med aftalte værdimål og afprøve økonomiske styringsformer koblet til værdimålene
- Større tilfredshed hos medarbejderne

Synliggøres gennem 8 indsatsområder

Hvad skal vi opnå?

- Bedre patientoplevelset kvalitet, resultater, færre arbejdsgange
- Højere faglig kvalitet af pleje og behandling
- Bedre økonomisk effekt, herunder opnå og udvide erfaringer med aftalte værdimål og afprøvede økonomiske styringsformer koblet til værdimålene
- Større tilfredshed hos medarbejderne

Synliggøres gennem 8 indsatsområder

Fælles og fleksible ambulatorier

Samme dag – samme tag

Medicinsk ambulatorium

Kirurgisk dagafsnit



10 % reduktion ambulatorie fremmøder for de inkluderede patienter
Møde i Sundhedsudvalget d. 25-10-2016
15 % øgning i telefonkonsultationer for de inkluderede patienter

Ny visitationsform for akutte (kendte) patienter



En indgang – flere forløb

Mål: 5 % reduktion i akutte indlæggelser for kendte patienter

Kvalitativt mål: Patienterne oplever at få det rette tilbud

Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse

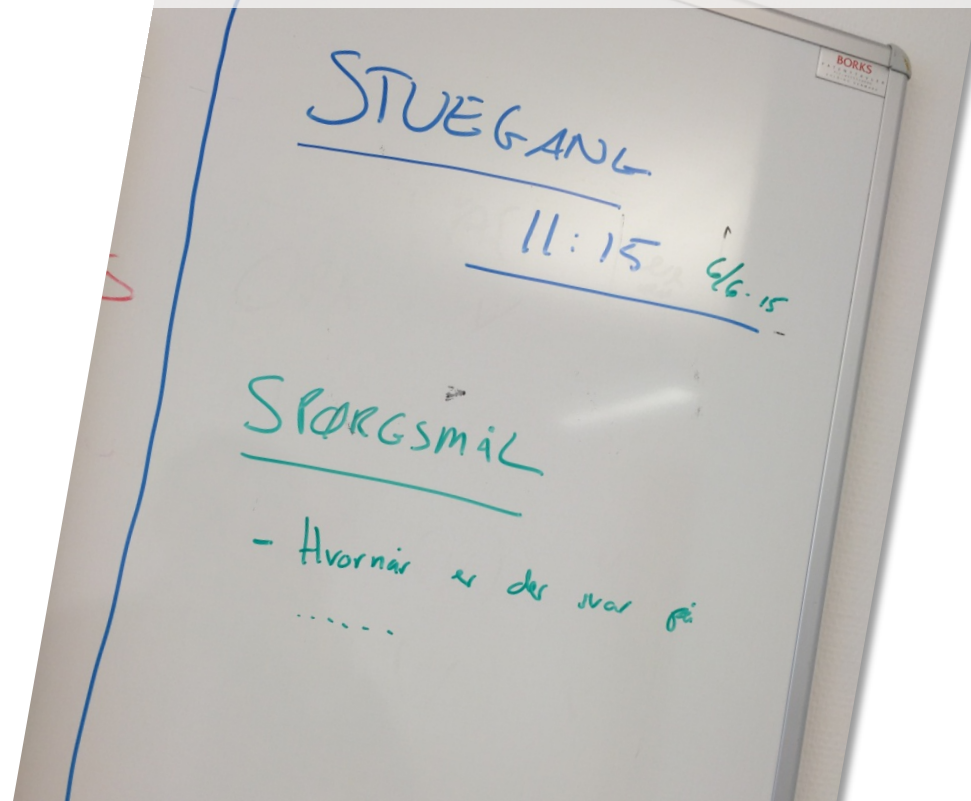
Punkt nr. 6 - Drøftelsessag: Opsamling fra dialogmøde med patient- og interesseorganisationer
Bilag 2 - Side -7 af 12



Mål: 10 % reduktion af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage

*Kvalitativt mål: Patienterne oplever sammenhæng i deres forløb
Patienterne er trygge ved udskrivelse fra hospital*

Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår



Mål: BoH over landsgennemsnittet på følgende tre LUP mål:

Blev du løbende informeret om hvad der skulle foregå?

Tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivning?

Gav personalet (efter dit samtykke) dine pårørende mulighed for at deltage i mødet?

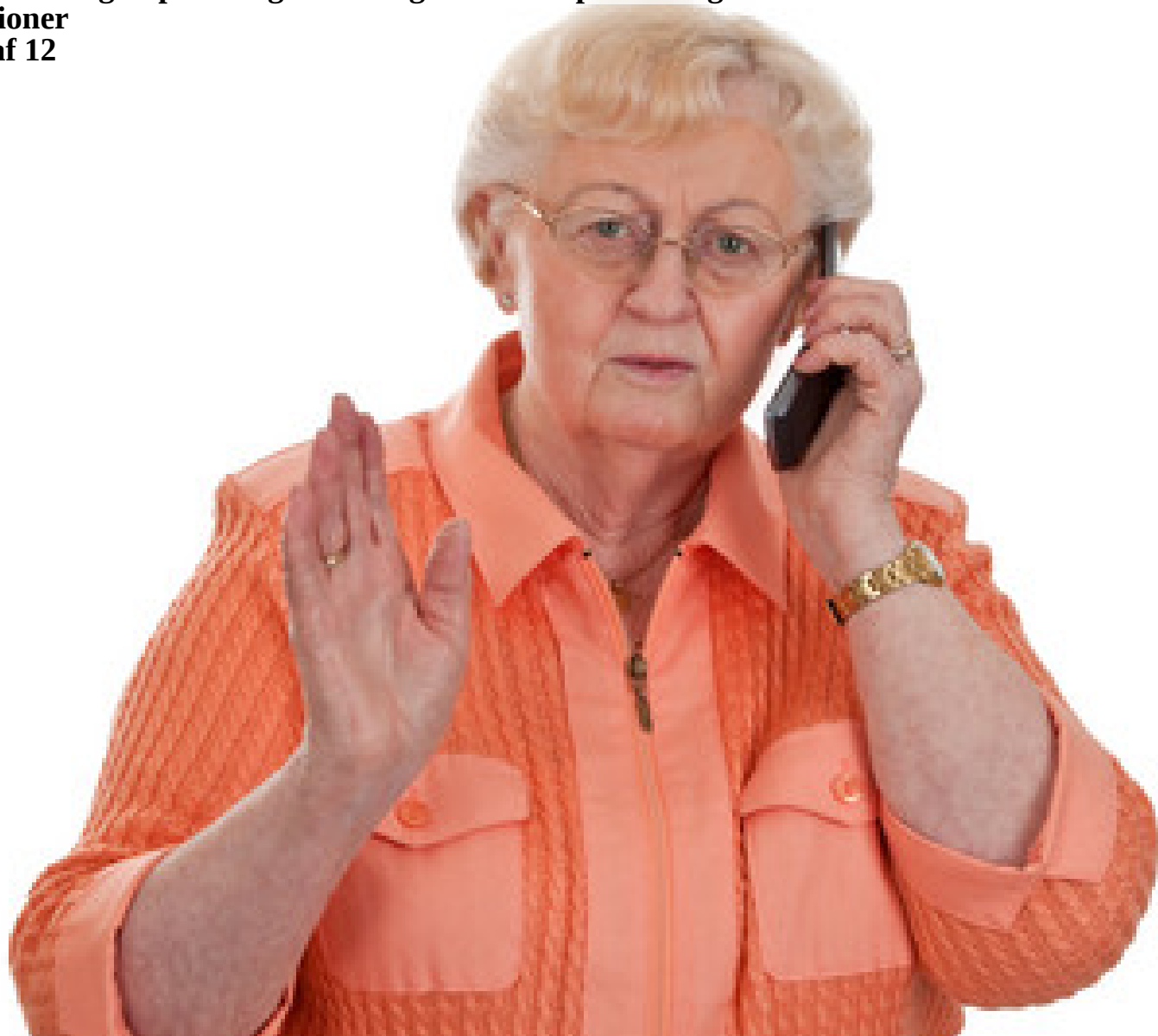


Praksisklinik

Møde i Sundhedsudvalget d. 25-10-2016

Patientrapporterede behandlingsresultater

Punkt nr. 6 - Drøftelsessag: Opsamling fra dialogmøde med patient- og interesseorganisationer
Bilag 2 - Side -10 af 12



Mål: 75% deltager i indsamlingen af PROM
Møde i Sundhedsudvalget d. 25-10-2016
x % af patienterne oplever, at deres funktionsniveau er bedre efter behandlingen

Medarbejder og brugere

- Bornholm
- Region H
- Danmark



Det Nye Bornholms
Hospital

Værdi for patienten

Udviklingshospital: Følg og forklar



Indgangen for akutte patienter og tæt samarbejdsflade
mellem kommune og region



Rapport vedrørende: **Etablering af fælles frysefacilitet til biobanker i Region Hovedstaden**

Udarbejdet: juni – august 2015

Af:

Estrid Høgdall, Herlev Gentofte hospital

Erik Sørensen, Rigshospitalet

Henrik Ullum, Rigshospitalet

Børge Nordestgaard, Herlev Gentofte hospital

Christian Johansen, Amager Hvidovre Hospital

Arne Kindler, CIMT

Ulrik Staugaard (afløste undervejs Ole Klimek), Center for Økonomi

Eva Maria Christiansen, Center for Regional Udvikling - enhedschef

Rikke Fléron, Center for Regional Udvikling

Dorthe Bechmann, Center for Regional Udvikling - projektleder

Sammendrag, anbefaling og konklusioner

Sammendrag

Nærværende rapport beskriver tre modeller for etablering af fælles frysefaciliteter. Modellerne A, B og C kan kortfattet beskrives ved:

Model A: Op til fire frysefaciliteter på forskellige hospitaler i regionen.

Model B: Etablering af en central frysefacilitet for hele regionen på ny grund.

Model C: Samarbejde med Den Nationale Biobank på Statens Serum Institut.

Rapporten giver anbefalinger til styregruppen, del-konklusioner og konsekvensvurdering af effekten af etablering af et eller flere fælles frysefaciliteter med plads til -80 °C frysere, kryotanke til -196 °C samt -20 °C fryserum for at sikre materiale til nuværende og fremtidig klinisk og translationel forskning.

Anbefaling

Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes videre med Model A, der muliggør en bæredygtig løsning med anvendelse af overskudvarme. Model A fastholder samtidigt Region Hovedstadens egen styring, fastholder knowhow, og bevarer nærhedsprincippet. Model A giver en reduktion i driftsomkostninger, nedbringelse af CO2 udledning, øget sikkerhed både ved opbevaringen af vævsprøver og ved driften af biobanker. Etablering af ét sammenhængende IT-system til biobanker giver effektiv udnyttelse og synlighed af regionens data om biologiske prøver og den fysiske placering af prøver egnet til forskningsbrug. Den anbefalede løsning kan anvendes på tværs af regioner, universiteter og andre samarbejdspartnere.

Det anbefales endvidere, at der så hurtigt som muligt træffes beslutning om retningslinjer vedrørende indkøb af nye frysere og retningslinjer vedrørende indkøb af prøverør egnet til automatiserede løsninger, således at hospitaler og virksomheder i Region Hovedstaden forbereder en samlet løsning, uanset model. Det foreslås desuden, at der foretages en vurdering af om projektet er egnet til ESCO finansiering.

Del- konklusioner

- Etablering af større, energirigtige og sikre frysefaciliteter samt udvikling af IT systemer vil kunne sikre et bedre overblik og muliggøre bredere udnyttelse af prøver og relaterede analyser.
- Samlet frysepladsbehov i 2025 vil være 4.800 m² fordelt på én eller flere lokaliteter.
- Notatet anvender tre modeller for etablering af frysefaciliteter:
 - Model A: Op til fire frysefaciliteter på forskellige hospitaler i regionen. Omkostningerne til bygninger vil udgøre 45 mio. kr., hvis faciliteterne kan placeres indenfor de eksisterende rammer. Hvis der skal bygges nyt vil omkostningerne udgøre 98 mio. kr. Omkostningerne kan reduceres hvis de eksisterende frysefaciliteter indgår som del af de fremtidige frysefaciliteter.
 - Model B: Etablering af en central frysefacilitet for hele regionen på ny grund. Omkostning til bygning vil være i beløbsrammen 90 mio. eksklusiv nødstrømsanlæg.
 - Model C: Samarbejde med Den Nationale Biobank på Statens Serum Institut (SSI) med enten

- en pris pr. prøve, som vil afhænge af antallet af prøver som skal opbevares. Regionens udgifter vil afhænge af den aftale som kan forhandles med SSI.
- Alternativt kan bygges på en grund ved siden af Den Nationale Biobank. Denne model estimeres til at koste i beløbsrammen 50-55 mio. samt en årlig drift på 10 mio. foruden udgift til køb af grund.
- Det fremtidige energiforbrug til frysefaciliteterne er estimeret til at blive 20 mio. kWh årligt i 2025 svarende til ca. 30 mio. kr., hvis udviklingen fortsætter som hidtil og der ikke etableres fælles frysefaciliteter. Fælles faciliteter vil kunne reducere det fremtidige (2025) energiforbrug til 11 mio. kWh svarende til ca. 17 mio. kr.. Det vil potentielt være muligt at udnytte ca. 4 mio. kWh varme til opvarmning af fx brugsvand med en mindre økonomisk besparelse. Konkrete forhold afgør dog om sidstnævnte er rentabelt. Det bør på baggrund af besparelsens størrelse vurderes om projektet er egnet til ESCO finansiering.
- Der er følgende fælles forudsætninger for de tre ovennævnte modeller
 - Der etableres ét sammenhængende IT-system, som giver overblik over eksisterende samlinger, sikrer ejerskabsforhold og muliggør opkobling til kliniske data. Valg af IT system kan først estimeres efter et udbud. Erfaringer fra Norge viser, at omkostningen til etablering af et lignende system har været 1,8 mio. kr. til udvikling og ca. 4,3 mio. til 87 licenser, svarende til 250 brugere på systemet.
 - Lokale fryser nedlægges i den udstrækning, der ikke er behov for daglig adgang.
 - Der etableres fælles standarder for opbevaring af prøver fra forskellige biobanker og projekter.

Indhold

Sammendrag, anbefaling og konklusioner	2
Sammendrag.....	2
Anbefaling.....	2
Del- konklusioner.....	2
Indledning.....	5
Baggrund	6
Modeller til etablering af fælles frysefacilitet(er)	6
Model A: Tre til fem frysefaciliteter	7
Model B – en central frysefacilitet	10
Model C – Statens Seruminstitut (SSI).....	12
Betragtninger vedr. bygning, energi, overvågning og transport.....	14
Pladsbehov ved etablering af frysefaciliteter.....	14
Omkostninger til etablering af frysefacilitet	16
Energibesparelse ved indførelse af frysefaciliteter.....	16
Teknisk overvågning	17
Transport af prøver	17
IT system.....	18
Arbejdsgange.....	19

Indledning

Et af Region Hovedstadens 10 koncernfælles strategiske indsatsområder under "Fokus og forenkling" er "Forskning og samarbejde". Det er den overordnede titel på 12 underprojekter. Et af underprojekterne er "Samling af vævsprøver i fælles frysehus og biobankstruktur".

Målet med etablering af fælles frysefacilitet(er) og biobankstruktur er at sikre en effektiv udnyttelse af regionens biobanker, kliniske data og forskningsregistre målrettet personlig medicin for den enkelte patient som et tæt samarbejde mellem forskningsinstitutioner og industrien.

Initiativet tager udgangspunkt i bevilling til "Infrastruktur for klinisk kræftforskning", Finansiering til forunderøgelser inddrager alle sygdomsområder – til gavn for alle patientgrupper inklusiv kræftpatienter.

Arbejdsgruppens kommissorium er at skabe et grundlag for politisk beslutning om etablering af en fælles frysefacilitet. Arbejdsgruppens opgaver er at:

- Udvikle to til fire forslag til etablering og organisering af fælles frysefacilitet(er) og biobank herunder afklare driftsøkonomien i forskellige modeller.
- Kortlægge omfang af eksisterende fryser og det fremtidige behov.
- Afklare hvordan en samling af vævsprøverne kan gøres let tilgængelige for andre forskere.
- Afklare muligt samarbejde med Statens Seruminstitut.

Styregruppen:

Jannik Hilsted, Rigshospitalet (Formand)
Steen Werner Hansen, Herlev Gentofte
Torben Mogensen, Hvidovre
Torben Hedegaard, Center for Økonomi
Kristian Johnsen, Center for Regional Udvikling

Arbejdsgruppen:

Estrid Høgdall, Herlev Gentofte hospital
Erik Sørensen, Rigshospitalet
Henrik Ullum, Rigshospitalet
Børge Nordestgaard, Herlev Gentofte hospital
Christian Johansen, Amager Hvidovre Hospital
Arne Kindler, CIMT
Ulrik Staugaard (afløste undervejs Ole Klimek), Center for Økonomi
Eva Maria Christiansen, Center for Regional Udvikling – (Enhedschef)
Rikke Fléron, Center for Regional Udvikling
Dorthe Bechmann, Center for Regional Udvikling – (Projektleder)

Baggrund

Region Hovedstadens hospitaler er kendetegnet ved en meget høj forskningsaktivitet baseret på indsamling af biologisk materiale fra hospitalernes patienter. Prøverne ligger ofte decentralt hos de enkelte forskere. Ved at gøre oplysninger om prøverne tilgængelige for alle forskere vil der kunne opnås langt større nytteværdi af prøverne hvis metoder, registre og IT standardiseres og gøres let tilgængelig.

Det decentrale indkøb og placering har en række andre uhensigtsmæssige konsekvenser, som ikke bliver mindre i fremtiden, da det forventes at antallet af fryserne fordobles de kommende 10 år:

- Udnyttelse og synlighed – ved udbredt decentral fryserplacering og usystematisk registrering mistes overblik over samlet beholdning og den fulde fryserkapacitet udnyttes dårligt.
- Energi og omkostninger – overskudsvarme udnyttes ikke, fryserne fyldes ikke optimalt og decentrale indkøb giver dårligere aftaler.
- Opbevaringssikkerhed – adgangskontrol og overvågning foregår decentralt og er ressourcekrævende. Lokaler er ikke altid egnede til sikring mod oversvømmelse, teknisk svigt og brand. Ejerskab kan være ukendt.
- Nuværende datasikkerhed lever p.t. ikke altid op til de krav som stilles – overordnet dataanmeldelse sikrer overholdelse af enhver tid gældende lovgivning.
- Forskningsdata - manglende overblik kan betyde, at ressourcer til allerede udførte (og potentielt dyre) analyser kan risikere at blive udført flere gange pga. manglende overblik.

Konklusion: Der er brug for at udvikle energirigtige og sikrere frysefaciliteter og at udvikle systemer og IT som sikrer en bredere udnyttelse og overblik over prøver og relaterede analyser.

Modeller til etablering af fælles frysefacilitet(er)

Fælles forudsætninger for tre modeller:

- At der etableres ét sammenhængende IT-system, der giver overblik over eksisterende samlinger og sikrer ejerskabsforhold og mulig opkobling til kliniske data og som lever op til gældende lovgivning.
- Der etableres standarder for opbevaring, herunder defineres anbefalinger for utensilier og reagenser- herved opnås bl.a. mulighed for senere introduktion af automatiserede systemer.
- At lokale fryserne nedlægges i den udstrækning, der ikke er behov for daglig tilgang til dem. Ved overflytning sker en sikring af, at kun samlinger med tilhørende data og med navngiven ejer overflyttes. Processen vil betyde, at en del materiale destrueres.
- Plan for transport og logistik mellem hospitaler og frysefaciliteter, samt personale til drift.
- Definition af frysefacilitet: Plads til -80 °C graders fryserne indrettet i eksisterende eller nyopførte lokaler forsynet med vandkølingssystem suppleret med frysefaciliteter til -20 °C og faciliteter til -196 °C kryoanke. Kryoanke bør samles på ét sted, da det kræver særlig ekspertise at håndtere dem.

Miljø og økonomi

Det forventes, at der er en økonomisk og miljømæssig besparelse i at "rydde op" i eksisterende samlinger og destruere forældede samlinger og samlinger uden navngiven ejer eller med manglende data. Desuden er der en væsentlig energifordel i at benytte større fryserne (typisk omkring 1000 liter) frem for de eksisterende hvoraf mange er på 400 – 600 liter. Det vurderes, at der vil være en økonomisk og miljømæssig besparelse i at sikre effektive vandkølede fryserne, samt at sikre at fryserne udnyttes optimalt.

Der forventes yderligere at være en økonomisk og miljømæssig besparelse i at udnytte vandkølemuligheder og varmeindvindingsmuligheder – anhangig af den konkrete placering af frysefaciliteten.

I det følgende beskrives tre løsningsmodeller:

- Model A: tre til fem decentrale frysefaciliteter
- Model B: en central frysefacilitet
- Model C: placering hos Statens Seruminstitut (SSI)

Model A: Tre til fem frysefaciliteter

Model A er en decentral model, hvor der etableres frysefaciliteter på de 3-5 mest forskningsaktive hospitaler i regionen, f.eks. fordelt svarende til optageområderne, Nord, Syd, Midt og Byen. Hver frysefacilitet understøttes af teknisk afdeling på hospitalet og fordrer, at lokale fryserne (fryserne på afdelingerne) afvikles i størst muligt omfang eller overflyttes til den hospitalsfælles enhed. Hospitalernes frysefaciliteter samler således materiale fra de kliniske afdelinger på tværs af hvert hospital. Det må bemærkes at det aktuelle behov for frysefacilitet i Nord er meget beskedent.

Ved at placere frysefaciliteter på hospitalsmatriklerne er der adgang til nødstrømsanlæg mm. Fryserne kan vandkøles og varmen genindvindes og indgå i hospitalets drift efter en konkret vurdering. Det giver både en CO₂ besparelse og en økonomisk besparelse.

Frysefaciliteter etableres i lager/ depotrum, der indrettes til vandkøling og evt. genanvendelse af varme. Med fordel benyttes ikke patientegnede rum. Det skal overvejes, hvorvidt der skal være ekstra loftshøjde af hensyn til fremtidige fremfindingsrobotter. Det skal dog tilføjes at fremfindingsrobotter også kan tilpasses eksisterende bygninger med almindelig loftshøjde. Teknisk afdeling har ansvar for at drive og overvåge fryserne/frysefacilitet, mens biobankspersonale har ansvar for den daglige prøvehåndtering. Biobankspersonale kan med fordel være tilknyttet regionens biobanker, f.eks. Dansk Cancerbiobank eller Region Hovedstadens Biobank, og dermed inkorporeres i hospitalernes allerede eksisterende biobanksstruktur.

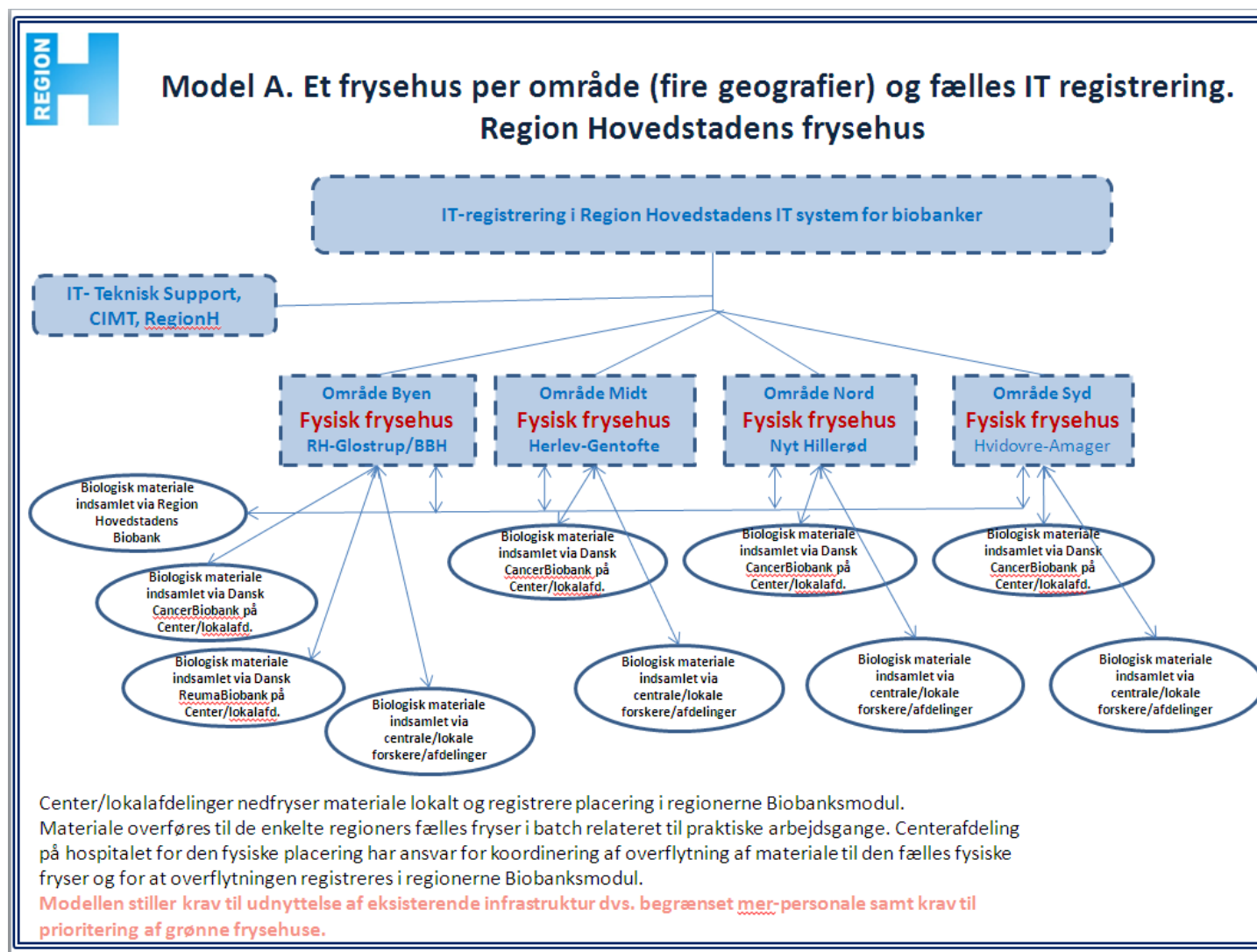
En hospitalsbaseret løsning med central frysefacilitet fordrer at lokale fryserne (fryserne på afdelingerne) afvikles eller overflyttes til den centrale enhed i videst muligt omfang.

Ved overflytning indkøbes energirigtige fryserne (vandkøling). Eksisterende fryserne, der ikke kan ombygges skal skrottes, sælges eller anvendes ude på afdelingerne, til de formål som ikke kan centraliseres.

Økonomi

Den aktuelle størrelse af etableringsomkostninger afhænger af om der indenfor eksisterende rammer kan findes egnede lokaler eller om der skal bygges nyt. Behovet for personaleressourcer skal estimeres (både teknisk/biobank), men vil afhænge af antallet af kliniske biobanker inkluderet i den fælles facilitet.

For at finansiere drift og etablering, skal besparelserne andre steder på hospitalet kortlægges. Dimension af lokaler afpasses efter lokale behov på hospitalet. Da der er en betydelig energibesparelse knyttet til model A foreslås det, at der gennemføres en vurdering af om model A er egnet til ESCO finansiering. Ved ESCO anvendes besparelsen så at sige anvendes til at finansiere indsatsen. Ved ESCO finansiering skal Regionerne ikke selv finde pengene på regionens eget budget.



Figur 1. Model A; tre til fem decentralt placerede frysefaciliteter. Modellen stiller krav til udnyttelse af eksisterende infrastruktur dvs. begrænset mer-personale samt krav til prioritering af grønne frysefaciliteter.

Model B – en central frysefacilitet

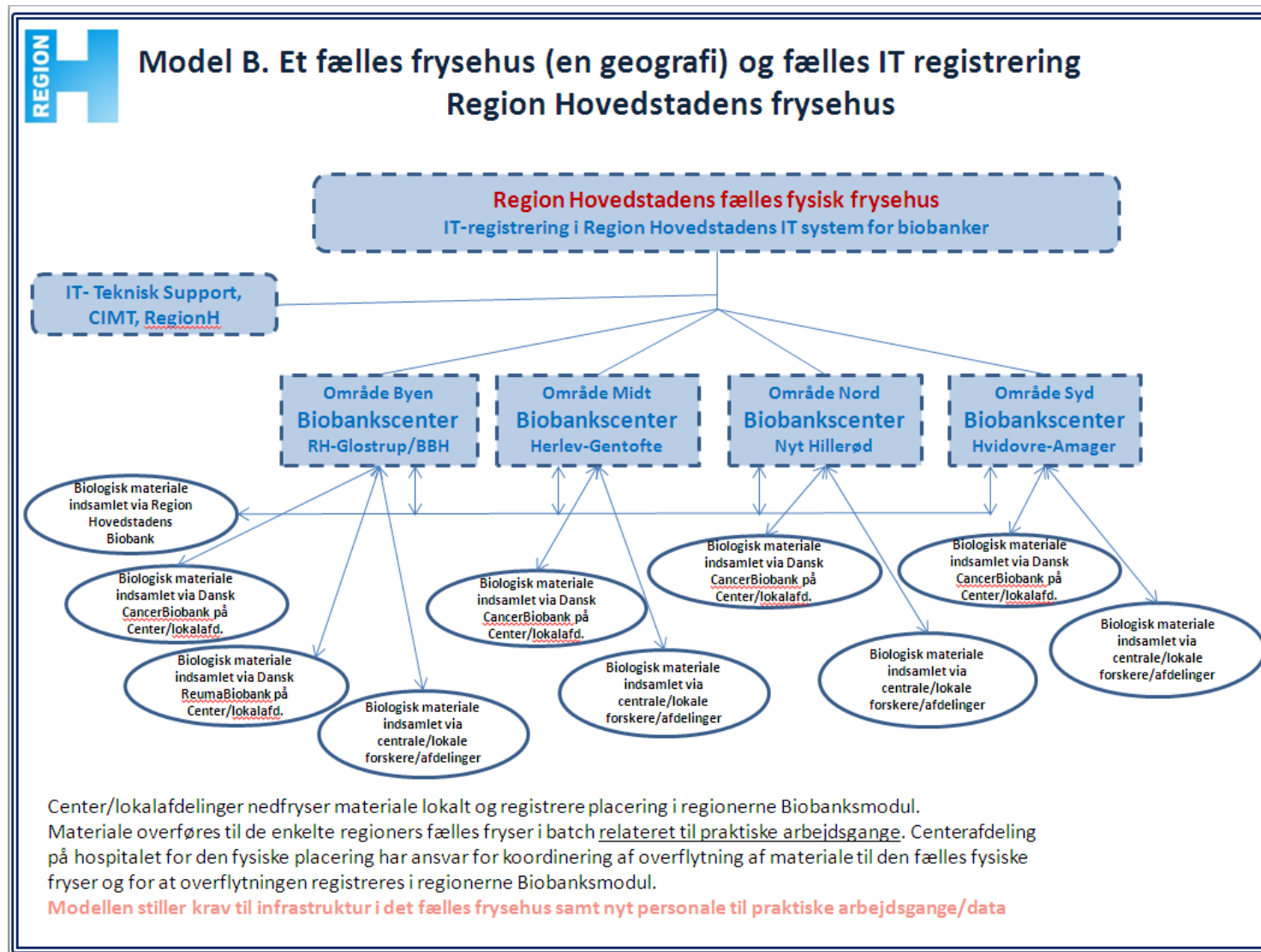
Model B er en frysefacilitet, defineret som en nybygning, der huser fryserne. Det vil kunne bygges meget energieffektivt og ressourceeffektivt, med nyeste teknologier og uden krav til at indpasse i eksisterende rammer. Dette vil reducere udledningen af CO₂. Der vil kunne vælges større fuldautomatiserede løsninger til håndtering og fremfinding. Ved barmarksplacering kan overskudsvarmen ikke umiddelbart udnyttes i hospitalsregi.

En nybygget frysefacilitet eller et fryserhotel etableret enten på en særskilt byggegrund (barmarksprojekt), der ikke nødvendigvis ligger i geografisk nærhed til hospitalerne eller indenfor et af de eksisterende hospitals rammer. Såfremt der vælges en "barmarksløsning" skal der etableres nødstrømsanlæg til sikring af strømforsyningen. Ved "barmarksløsning" vil overskudsvarmen næppe kunne udnyttes.

Økonomi

Der må forventes en betydelig etableringsomkostning. Der skal endvidere være et fuldt etableret mandskab til teknisk drift og prøvehåndtering på den centrale frysefacilitet. Etablering af en central frysefacilitet vil ikke fjerne behovet for biobankspersonale på hospitalerne til håndtering af prøver og lokale projekter. Der må ydermere forventes øgede udgifter til transport grundet større afstande. Det er forudsat at nødstrøm allerede er etableret.

Da der i lighed med model A er en betydelig energibesparelse knyttet til model B, foreslås det, at der gennemføres en vurdering af om projektet er egnet til ESCO finansiering. Ved ESCO anvendes energibesparelsen så at sige anvendes til at finansiere indsatsen. Ved ESCO finansiering skal Regionen ikke selv finde pengene på regionens eget budget.

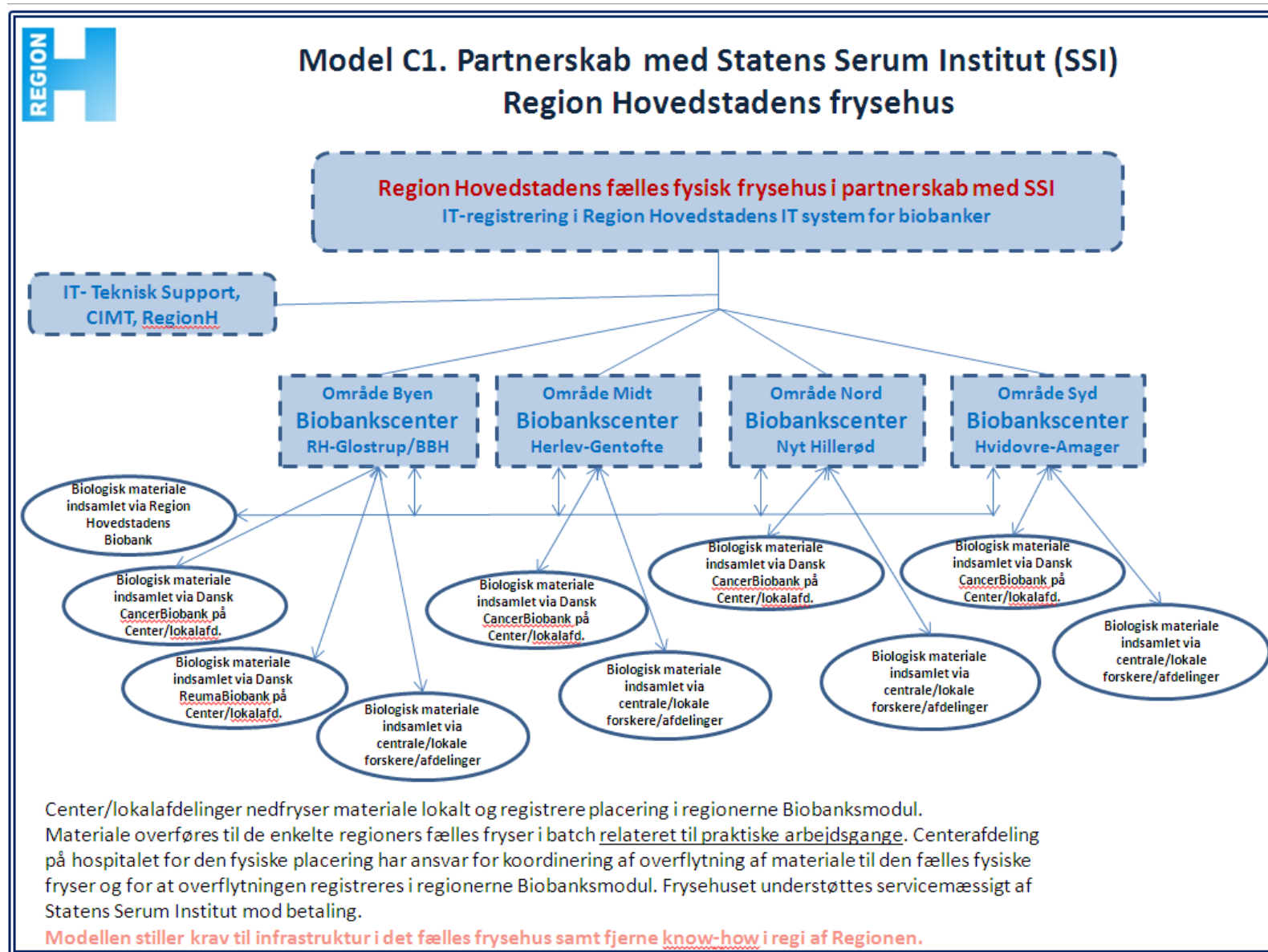


Figur 2: Model B; En central frysefacilitet. Modellen stiller krav til infrastruktur i det fælles frysehus samt nyt personale til praktiske arbejdsgange/data.

Model C – Statens Seruminstitut (SSI)

Den Nationale Biobank på SSI huser større og mindre samlinger. Der er teknologi og kapacitet på SSI til at rumme samlinger fra Region Hovedstaden. Den Nationale Biobank har deltaget i et møde og skitseret to mulige løsninger:

- Model C1 (partnerskab): Region Hovedstaden bygger på grunden umiddelbart ved siden af SSI (byggegrunden findes på SSI matriklen) og understøttes servicemæssigt af SSI mod betaling. Det vil på flere måder svare til Model B, formentlig med en meget dyr byggegrund. Modellen vil desuden fjerne knowhow og mindske indflydelse vedrørende beslutninger angående Region Hovedstadens ønsker (udlicitering).
- Model C2 (afregning prøve for prøve): Region Hovedstaden aftaler en pris pr prøve og indgår i de eksisterende faciliteter på SSI. Der er for nuværende ikke kapacitet til at rumme alt materiale. Pristilbud fra SSI er vedhæftet som bilag.



Figur 3: Model C; En central frysefacilitet placeret på Statens Serum Institut.

Betragtninger vedr. bygning, energi, overvågning og transport

I det følgende belyses

- Pladsbehov for frysefaciliteter.
- Energimæssige fakta omkring energiforbrug.
- Vurdering af energibesparelser ved indførelse af frysefaciliteter (indledende beregninger).
- Eksempler på løsninger.

Der er i notatet taget udgangspunkt i at eksisterende fryserne i relevant omfang overflyttes til en ny frysefacilitet. Der skal endvidere fastlægges en procedure for oprydning/sortering/bortskaffelse af prøver i fælles frysefacilitet. Den nye frysefacilitet indeholder:

- Frysestald primært for -80 °C graders fryserne
- Fryserum (-20 °C)
- Kryotanke til levende celler (-196 °C)

Pladsbehov ved etablering af frysefaciliteter

Omkostningerne til etablering af frysefaciliteter er beregnet ud fra

- **-80 °C graders fryserne:** Der etableres dobbelt frysekapacitet i forhold til nuværende. Alle prøver i kummefryserne bevares i kummefryserne, da overflytning til skabsfryserne i praksis er vanskeligt. Da skabsfryserne fylder mindre (arealmæssigt), samt da store 1000 liters fryserne fylder mindre og er mere energieffektive, forudsættes det, at der fremover kun anskaffes fryserne på 1000 liter. Eksisterende mindre fryserne udgår efterhånden. Lokaler skal fremtidssikres med henblik på autofryserne.
- **-196 °C kryotanke:** Der bør reserveres plads til -196 °C kryotanke eller fryserne til levende celler. Dette indgår ikke i nedenstående beregning.
- **-20 °C graders fryserne:** fordoblet kapacitet i forhold til i dag. I stedet for de eksisterende kumme-/skabsfryserne etableres fryserum i tilknytning til -80 °C graders frysehusene. Fryserum kan for relativt lave omkostninger anskaffes som færdige modulopbyggede systemer således at de kan tilpasses behovene i forbindelse med de enkelte frysefaciliteter. Det er forudsat at der anskaffes i alt 3 fryserum.

Frysevolumen	2015			2025		
	Antal	Pr. styk liter	Alle liter	Antal	Pr. styk liter	Alle liter
Opretstående skabsfryser -80°C	300	1.000	300.000	900	1.000	900.000
Kummefryser -80°C	600	500	300.000	300	1.000	300.000
I alt	900		600.000	1.200		1.200.000
Note 1: Det forudsættes, at det forventede pladsbehov i 2025 er dobbelt så stor som i 2015.						
Note 2: Eksisterende fryserne har flere forskellige størrelser. I tabellen er omregnet til 500 l og 1.000 l.						

Tabel 1: Nuværende og fremtidige frysekapacitet. I dag anvendes i stor udstrækning mindre fryser. Disse er langt mindre energieffektive end større fryser og det er derfor hensigtsmæssigt alene at anskaffe store (1000 liters) fryser i fremtiden. Det forventes at kapacitetsbehovet fordobles de næste 10 år.

Fryseareal	2015			2025		
	Antal	Pr. styk m2	Alle m2	Antal	Pr. styk m2	Alle m2
Frysehus -80°C						
Opretstående skabsfryser -80°C	300	3	900	900	3	2.700
Kummefryser -80°C	600	4	2.400	300	5	1.500
Fryserum -20°C						
Fryserum 200 m2				3	200	600
Samlet areal			3.300			4.800
Note 1: Der er forudsat en opstilling af fryser i 1 lag. Såfremt der opstilles i 2 lag, vil det reducere arealbehovet.						
Note 2: Antallet af fryser til -196° vurderes at være beskedent og er derfor ikke medtaget i beregningerne.						
Note 3: En stor andel af de 3.300 m2 anvendt areal i dag udgøres af gangplads m.v. på afdelingerne.						
Note 4: Ved model A vil det være muligt at genbruge nogle af de nuværende arealer hvis de vurderes egnede. Der er ikke taget højde for dette.						

Tabel 2: Beregning af pladsbehov til fremtidig frysekapacitet. Ved model A vil det være muligt fortsat at benytte de lokaler som allerede er indrettet til fryser. Derfor kan det endelige areal vise sig at være mindre end det her anførte.

Tabel 2 viser pladsbehovet for de eksisterende fryser (3300 m2). Behovet vil i løbet af de kommende 10 år stige til 4800 m2 (totalt areal). Pladsbehovet er identisk for de tre modeller. Ved model A, hvor arealerne findes indenfor de eksisterende rammer, kan en del af de lokaler, som allerede anvendes formodentlig fortsat benyttes. **D Det endelige areal er derfor mindre end her anført.** Det har ikke været muligt inden for dette projekts rammer at undersøge hvor store dele af de eksisterende arealer, som kan anvendes fremover. Der er derfor ikke taget højde for dette.

Omkostninger til etablering af frysefacilitet

Mio. kr.	Model A		Model B
	Version A1 Eksisterende bygninger	Version A2 Nybyggeri på egen matrikel	Nybyggeri på egen matrikel
Etablering af råhus	0,0	52,8	48,0
Etablering af rørsystemer	33,0	33,0	30,0
Ombygning af fryser	6,0	6,0	6,0
Overvågning	4,6	4,6	4,6
Fryserum	2,1	2,1	2,1
I alt	45,7	98,5	90,7
Note 1: Frysehuset er estimeret uden robotter.			
Note 2: Model C er ikke medtaget - den afhænger af hvilken løsning, der aftales med SSL.			
Note 3: Såfremt nybyggeri (Model A2 og B) må laves på ny matrikel, skal der tilføjes udgifter til køb af grund og nødstrømsanlæg.			
Note 4: Omkostningerne ved model A1 kan reduceres yderligere hvis det viser sig at eksisterende faciliteter fortsat kan anvendes.			

Tabel 3 Tabellen viser en oversigt over de skønnede omkostninger ved etablering af frysefaciliteter i de 2 modeller A og B

Tabel 3 viser omkostningerne til bygning af de tre skitserede modeller. Hvis der i forbindelse med A kan findes egnede lokaler indenfor eksisterende bygninger, model A1, vil model A være den billigste. Hvis der derimod skal bygges nybyggeri, model A2 (nybyg på egne matrikler), en smule dyrere end model B. Beregningen for model B forudsætter, at der kan findes plads til byggeriet indenfor regionens egne matrikler og at den eksisterende nødstrøm kan udnyttes, da der ellers beregnes omkostninger hertil. Forskellen skyldes at det antages at være billigere at bygge et stort hus frem for tre mindre.

Energibesparelse ved indførelse af frysefaciliteter

Der er flere måder hvorpå der kan opnås energibesparelser i forbindelse med etablering af fælles frysefaciliteter:

- Fremover anskaffes kun store fryser, som bruger relativt mindre i forhold til volumen end mindre fryser.
- Fryserne udnyttes bedre fordi de kan fyldes helt op.
- Fryserum (-20 °C) bruger væsentligt mindre energi i forhold til volumen end enkeltfryser.
- Systematisk servicering sikrer at fryserne kører mere energieffektivt.
- Udnyttelse af overskudsvarme.

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Status på Frysehusprojektet

Bilag 1 - Side -17 af 20

	2015		2025			2025	
	Nuværende situation		Nuværende situation fortsat			Model A eller B iværksat	
	kWh/år	Mio. kr.	kWh/år	Mio. kr.		kWh/år	Mio. kr.
Luftkølede skabsfrysere	1.875.000	2,8	3.750.000	5,6	Vandkølede skabsfrysere	5.850.000	8,8
Luftkølede kummefrysere	4.387.500	6,6	8.775.000	13,2	Vandkølede kummefrysere	4.387.500	6,6
Luftkølede skabsfrysere - 20	210.000	0,3	420.000	0,6	Fryserum	60.000	0,1
Køling uændret (??)	3.236.250	4,9	6.472.500	9,7	Køleanlæg/varmepumpe	1.029.750	1,5
Energi i alt	9.708.750	14,6	19.417.500	29,1	Energi i alt	11.327.250	17,0
					Potentiel genanvendelse, varme	4.119.000	-1,9
					varmepumpe, el	1.029.750	1,5
					Energi i alt ved varmegenvinding	7.208.250	16,6
Note 1: Omkostningerne vedrører drift. Etableringsomkostninger (til vandkøling og varmegenanvendelse) indgår ikke.							
Note 2: Prisen for at lave varmegenanvendelse er 0,38 kr/kWh. Til sammenligning koster fjernvarme i dag 0,43-0,53 kr/kWh.							
Note 3: investeringsomkostningerne ved varmegenvinding er rentabelt hvor varmegenvindingsmulighed findes i forvejen.							
Note 4: Køling i eksisterende lokaler er ikke medtaget i driftenergi forbrug og driftenergiomkostninger							

Tabel 4 Oversigt over energiforbruget i dag, i 2025 hvis vi forsætter som hidtil og i 2025 hvis vi vælger model A eller B. Økonomien i udnyttelse af overskudsvarmen er vanskelig at vurdere og vil i praksis være meget afhængig af de lokale forhold.

Tabel 4 viser forventet fordobling i energiforbruget fra i dag ca. 15 mio kWh (ekskklusive køling i de lokaler hvor fryserne hidtil har stået) og til i fremtiden ca. 29 mio. kWh. de næste 10 år, hvis der fortsættes som hidtil, svarende til at omfanget af frysere blot fordobles i forhold til i dag. Indførelsen af fælles frysefaciliteter vil kunne reducere dette forbrug til i fremtiden 17 mio kWh.

Hvis fryserne placeres hvor der er mulighed for varmegenvinding, vil en del af overskudsvarmen fra fryserne kunne udnyttes. Det forventes at i alt ca. 4 mio. kWh varme kan udnyttes men det vil koste ca 1 mio. kWh el at gøre dette. Da el er væsentligt dyrere end varme, bliver den samlede besparelse energimæssigt og økonomisk forholdsvis lille. Alternativt skal varmen køles bort ved frikøling. Udnyttelsen af overskudsvarme er stærkt afhængig af om der lokalt eksisterer udnyttelsesmuligheder.

Det er muligt at gennemføre forskellige kombinationer A1 og A2 (tabel 3) afhængig af konkrete forhold. Der er ikke regnet yderligere på disse.

Teknisk overvågning

Der skal etableres et samlet overvågningssystem til alle frysere uanset, om de er placeret på en eller flere lokaliteter.

Flere af regionens hospitaler benytter samme system, som i praksis udviklet til regionen og lever pt. op til alle krav om historik, alarmgrænser, alarmer, brugerinterface osv. Der er derfor stor tilfredshed med systemets funktion på hospitalerne. Udgift til overvågning kan forventes minimeret ved færre frysefaciliteter.

Et fælles overvågningssystem vurderes med fordel at kunne indgå et i et samlet udbud.

Transport af prøver

Et fælles transportsystem for udveksling af prøver mellem frysefaciliteter og i afdelinger er nødvendigt uanset om frysefaciliteterne er placeret på en eller flere hospitaler eller afdelinger.

Fælles enhed for transport og logistik i regionen oplyser at den eksisterende transport udvides betragteligt fremover i forbindelse med hjemtagelsen af blodprøver fra praktiserende læger m.m.

Biologisk materiale til biobanker indgår i den udviderede transpor og vil ikke medføre merudgift, da prøverne ikke vil generere flere kørsler end det planlagte.

Indpakning af prøver til transport

Alle prøver skal transporteres forsvarligt indpakket forsvarligt i egnede prøvekasser med plads til tøris.

Personalet i frysefaciliteterne og i de afdelinger som sender eller modtager prøver skal selv stå for indpakningen/udpakningen af prøver og har ansvar for prøvesikkerheden. Det er en forudsætning at der er mulighed for adgang til is og tøris. Ressourcer hertil skal medregnes i hhv. afdelingerne og i driften af frysefaciliteterne. Model A vil minimere disse omkostninger i forhold til model B og C.

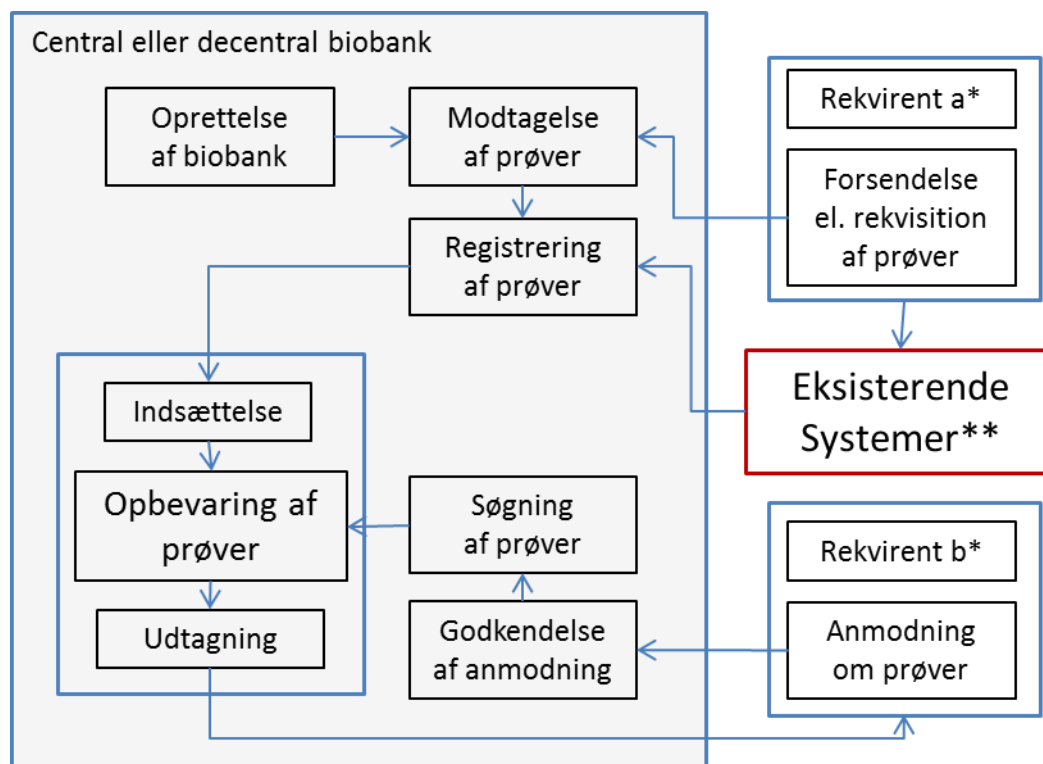
IT system

Biobanksystemet foreslås opbygget som et (potentielt landsdækkende) online registreringssystem, der gør det muligt for tilknyttede brugere at udføre en række prøvestyringsprocesser. Man kan med fordel udnytte allerede etablerede systemer. IT systemet skal i udbud inden endelig beslutning tages. For at opnå den fulde værdi af et fælles IT system, skal det være fuldt kompatibelt med IT løsninger i Danske Regioner.

Relevante processer består af:

- Administrative opgaver.
 - Oprettelse af brugere med relevante roller og adgang i forhold til gældende lovgivning.
 - Registrering af deltagende biobanker med et minimumsæt af relevante data (f.eks. kontaktinformation og oplysninger om protokol m.v.).
 - Kobling med lokale systemer, så data på prøver bestilt i f.eks. eksisterende bestillingssystem overføres til biobank IT og integration med f.eks. Patobanken.
 - Fuld sporbarhed over transaktioner i systemet.
- Praktiske opgaver
 - Registrering og mærkning af prøver.
 - Behandling, opdeling og analyse af prøver.
 - Opbevaring og udtagning af prøver.
 - Afsendelse og modtagelse af prøver.
 - Mulighed for standardiseret import af data fra eksisterende biobanker.

Figur 4 viser en oversigt over processer understøttet af systemet. Arbejdsgruppen har endvidere udarbejdet særskilt dokument over funktionelle krav til et IT-system.



Figur 4. Oversigt over processer understøttet af det foreslåede system. *Rekvirenter kan være biobanker, forskere, afdelinger, hospitaler eller andre. **Eksisterende systemer såsom Labka eller Patobanken bør kunne bruges til rekvisition af prøver.

Arbejdsgange

En prøve til biobanken kan opstå på tre måder.

- Prøven er sikret i forbindelse med et forskningsprojekt.
- Prøven er sikret med det udtrykkelige formål at skulle opbevares i en biobank med henblik på fremtidig forskning, men der foreligger endnu ikke et projekt.
- Prøven er sikret til diagnostiske formål, men overskydende materiale ønskes sikret til fremtidig forskning.

For alle prøver gælder, at opbevaret materiale skal overholde gældende lovgivning (relevante anmeldelser til Datatilsynet og Videnskabsetisk Komite).

For hver frysefacilitet bør udpeges en administrator som er ansvarlig for registrering af indleveret materiale. Administration kan med fordel udføres af personale ansat i eksisterende biobanksfaciliteter på f.eks. sygehusene. Prøver kan tilgå faciliteten, enten som en del af en generel indsamling af biobanksprøver (f.eks. Region Hovedstadens Biobank eller Dansk Cancerbiobank). Større forskningsprojekter kan indlevere selvstændigt til langtidsopbevaring.

Modtagelse af prøver

Prøver kan bestilles ved rekvisition i Labka, Dansk Cancerbiobank eller andre systemer. Prøven tages på ambulatorium, klinik eller operationsstue og transporteres via intern logistik til biobank/frysefacilitet. Særligt følsomme prøver kan transporteres med særlig kurer. Ved modtagelse bliver prøver registreret og behandlet som foreskrevet i rekvisitionen. Alternativt kan afdelinger med særlige behov selv stå for behandling af prøverne og efterfølgende sende til den fælles biobank.

Opbevaring af prøver

Krav til biobankmateriale varierer fra projekt til projekt og defineres for det/den enkelte projekt eller biobank. Den centrale frysefacilitet bør tilbyde opbevaring ved -80 °C, -196 °C og -20 °C. Af hensyn til prøvesikkerhed og for at give mulighed for standardiserede arbejdsgange bør der defineres et udvalg af opbevaringsrør som skal anvendes til prøver til biobanken. Alle rør bør være i et format egnet til automatiseret behandling i både prøvebehandling og nedfrysning (2D stregkode og SBS format).

Fremfinding og udlevering af prøver

Prøver kan rekvireres via indleverende afdeling, forsker eller biobank, som er ansvarlig for alle juridiske aspekter i forbindelse med udlevering.

Omregistrering og opbevaring af gamle prøver

Historiske prøver med tilkøbt minimumsdatasæt kan registreres i deres eksisterende format, men nye prøver skal leve op til kommende standard.

Kassation af gammelt materiale

Prøverne lever så længe indleverende afdeling ønsker det.

 Region Hovedstaden	Projektgrundlag for Beslutningsoplæg vedr. ”Samling af vævsprøver i fælles frysehus og biobankstruktur”	
	Strategisk indsats Forskning og samarbejde	
	Ejer / Styregruppeformand Vicedirektør Herlev-Gentofte Hospital Steen Werner Hansen	
	Tovholder / Projektleder Center for Økonomi, Enhed for Budget og Byggestyring v/Ulrik Staugaard	
	Version 1.1	Dato 31/03-2016

Projektdefinition:

Overordnet set er der i regionen en ambition om, at der skal etableres fælles frysehus-faciliteter og biobankstruktur. Dette skal sikre en bæredygtig, effektiv udnyttelse og synlighed af regionens kliniske data, forskningsregistre og af vævsprøver/biobanker til brug for forskning og udvikling og til brug for fortsat udvikling af samarbejdet med andre forskningsinstitutioner og industrien.

Målet er derudover en reduktion af driftsomkostninger, nedbringelse af CO2 udledning og øget sikkerhed ved opbevaringen af vævsprøver og driften af biobanker.

Etableringen af fælles frysehus og biobankstruktur understøtter de politiske målsætninger om:

- Høj faglig kvalitet
- Ekspansive vidensmiljøer
- Grøn og innovativ metropol

Det konkrete projektgrundlag her skal ses som et **delelement** i forhold til ovenstående ambition. Denne fase af projektet har således til formål at etablere et beslutningsgrundlag. Der skelnes efterfølgende mellem dette delelement, benævnt ”Beslutningsoplægget” og det samlede projekt, benævnt ”Frysehusprojektet”.

En vigtig del i Frysehusprojekt er etableringen af et IT-system, der kan understøtte projektet. IT-delen kan opdeles i en beskrivelse af IT-behov og en egentlig udvikling af et IT-system. Udviklingsdelen skal i udbud, hvilket vil ske i den næste fase. Kun behovsbeskrivelsen indgår som en del af Beslutningsoplægget.

Beslutningsoplægget er baseret på den præmis, at der etableres fælles frysefaciliteter på op til 4 hospitaler i regionen.

Baggrund:

Baggrunden for ”Samling af vævsprøver i fælles frysehus og fælles biobank struktur” er en KD beslutning d. 26. juni 2013 under emnet Styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning. Efter KD-beslutningen kom strategiprojektet ”Fokus og Forenkling”, der havde ”Fælles frysehus & biobank” med som et delprojekt i det strategiske indsatsområde ”Forskning og Samarbejde”.

Der blev nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at skabe et grundlag for politisk/ledelsesmæssig

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Status på Frysehusprojektet

Bilag 2 - Side -2 af 7

beslutning om etablering af en fælles frysefacilitet. Arbejdsgruppen lavede en rapport med tre væsensforskellige modeller til etablering og organisering af fælles frysefacilitet(er) og biobank.

På et møde i direktørkredsen d. 5. november 2015 blev det besluttet, at arbejdsgruppen skulle arbejde videre med projektudvikling af model A, hvor der etables op til 4 frysefaciliteter på forskellige hospitaler i regionen i ikke patient-egnede rum. Det blev desuden drøftet, at der er behov for en businesscase, hvor også driftsudgifterne adresseres.

Formål:

Formålet med beslutningsoplægget er at skabe et grundlag for beslutning om etablering af fælles frysehus-faciliteter og tilhørende biobank med understøttende infrastruktur, herunder IT for adgang til data, registrering og brug af vævsprøver, mv. Den fælles frysehus-facilitet og biobanken skal indgå i sammenhæng med øvrige støttefunktioner for forskning og udvikling.

Projektets rammer:

Den hidtidige arbejdsgruppe videreføres – dog med følgende bemanding.

- Estrid Høgdall, Herlev Gentofte hospital }
 - Erik Sørensen, Rigshospitalet
 - Henrik Ullum, Rigshospitalet
 - Børge Nordestgaard, Herlev Gentofte hospital
 - Christian Johansen, Amager Hvidovre Hospital
 - Arne Kindler, Center for IMT
 - Rosa Andersen, Center for Regional Udvikling, Forskning og Innovation
 - Sigrid Sturlason, Center for Regional Udvikling, Klima og Ressourcer
 - Louise E. Pedersen, Center for Regional Udvikling, Forskning og Innovation
 - Julie Pedersen, Center for Regional Udvikling, Forskning og Innovation
 - Ulrik Staugaard, Center for Økonomi, Budget og Byggestyring (projektleder) }
- Projektsekretariat

Arbejdsgruppen har til formål at opstille krav til og rådgive et konsulentfirma, som skal forestå selve afdækningen. Arbejdsgruppen forestår udbuddet af konsulentopgaven, der gennemføres indenfor rammerne af regionens delaftale for ingeniørrådgivning vedr. mini-udbud af rådgivning omkring vedligehold, renovering og ombygning.

Det forudsættes endvidere, at projektdeltagerne i arbejdsgruppen kan afsætte den nødvendige tid til at mødedeltagelse og understøtning af processen indenfor den eksisterende arbejdstid. Det forventes, at der vil blive et møde om måneden i arbejdsgruppen.

Styregruppen er sammensat af følgende personer.

- Steen Werner Hansen, vicedirektør Herlev-Gentofte Hospital (formand)
- Anders Agger, direktør Amager-Hvidovre Hospital
- Per Jørgensen, vicedirektør Rigshospitalet
- Claus Bjørn Billehøj, direktør CRU
- Repræsentant fra CIMT
- Torben Hedegård Jensen, direktør CØK

Projektlederen indgår også i projektstyregruppen.

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Status på Frysehusprojektet

Bilag 2 - Side -3 af 7

Der gælder følgende forudsætninger for Frysehusprojektet:

- Der etableres ét sammenhængende IT-system, der giver overblik over eksisterende samlinger og sikrer ejerskabsforhold og mulig opkobling til kliniske data, og som lever op til gældende lovgivning. Systemet skal være kompatibelt med de nationale biobanker.
- Lokale fryserne nedlægges i den udstrækning, der ikke er behov for daglig tilgang til dem. Ved overflytning sker en sikring af, at kun samlinger med tilhørende data og med navngiven ejer overflyttes. Processen vil betyde, at en del materiale destrueres.
- Der etableres fælles standarder for opbevaring, herunder anbefalinger for utensilier og reagenser. Derved opnås bl.a. mulighed for senere introduktion af automatiserede systemer.
- Både materialer og rum skal forberedes til automatiserede løsninger.
- Der laves en plan for transport og logistik mellem hospitaler og frysefaciliteter, samt en plan for personale til drift.
- Det skal være muligt at overvåge og sikre materialet i forhold til nedbrud, skader og uønsket adgang.
- En frysefacilitet defineres således: Plads til -80 °C graders fryser indrettet i eksisterende eller nyopførte lokaler forsynet med vandkølingssystem, suppleret med frysefaciliteter til -20 °C og faciliteter til -196 °C kryotanke.

Tid:

Beslutningsoplægget kan inddeles i følgende faser:

Fase	Proceselement	Længde	Periode
1	Mini-udbud vedr. valg af konsulentfirma	2 mdr.	APR-MAJ 2016
2	Arbejdsperiode ledet af konsulentfirma - <i>Organisering af afdækningen</i> - <i>Beskrivelse af IT-behov</i> - <i>Bygningsgennemgang</i> - <i>Diverse underarbejdsgrupper</i>	6 mdr. 1 mdr. 5 mdr. 5 mdr. 5 mdr.	JUN-DEC 2016
3	Udarbejdelse af samlet beslutningsgrundlag	1 mdr.	JAN 2017

Økonomi:

Der er i budgettet afsat 4,0 mio. kr. til at

- Gennemføre en egentlig analyse med fokus på den indledende (både fysisk, organisatorisk og økonomisk) projektbeskrivelse af valgt model.
- Opstarte implementeringen af endeligt projekt.

Det forudsættes, at der anvendes 2,0 mio. kr. til dette beslutningsoplæg, mens der anvendes 2,0 mio. kr. til udbud og udvikling af et IT-system.

Omfang:

Arbejdsgruppen har til opgave at komme med input til konsulentfirmaet angående det fælles frysehus & biobank i relation til:

Fysiske muligheder:

Afdækning af muligheder for etablering af frysehusfaciliteter inden for hospitalernes nuværende fysiske forhold under hensyntagen til aktuelle byggeprojekter. Alternativt afdækning af muligheder for nybyggeri.

Økonomi og finansiering:

Beregning af etableringsomkostninger/investeringsbehov. Derudover bringe forslag til opstilling af eventuelle finansieringsmodeller, som ikke belaster regionens anlægsbudget, herunder undersøgelse af muligheden for ESCO-finansiering eller leasing.

Organisatoriske forhold:

Design og etablering af driftsorganisation, herunder afklaring af, hvor vidt der skal opbygges en selvstændig organisation, eller der skal etableres underenheder på hospitalerne. På baggrund af snitflade for opgaveplacering udarbejdes et organisationsdiagram og en organisationsbeskrivelse.

Forretningsmodel og governancestruktur:

Fastlæggelse af hvordan beslutningssamarbejdet mellem en driftsorganisation og hospitalerne skal være på både strategisk, taktisk og operationelt niveau. Herunder opstilling af driftsøkonomi og stillingtagen vedr. bestiller-betaler forholdet.

Systemanvendelse:

Udarbejdelse af en detaljeret beskrivelse af IT-behov for så vidt angår arbejdsgange og procedurer. Behovsbeskrivelsen skal lægges til grund for den kravspecifikation, der skal laves i den næste fase, når udviklingen af et IT-system skal i udbud.

Logistik og forsyning:

Udarbejdelse af plan for hvordan transport af prøver skal bestilles og udføres. Derudover udarbejdelse af plan for varebestillinger og affaldshåndtering.

Grøn Drift og Udvikling:

Der skal laves en vurdering af energimæssige og CO2-mæssige konsekvenser.

Indkøbsaftaler/leverancemodel:

Fastlæggelse af plan for en fremtidig konsolidering af indkøbsaftaler og servicekontrakter.

Business case:

Udarbejdelse af en business case, der sammenholder nuværende og fremtidige omkostninger samt gevinster. Business casen skal omfatte løn, drift, vedligeholdelse m.m.

Projektorganisation i efterfølgende fase:

Beslutningsoplægget skal indeholde forslag til projektets videre organisering og forankring, såfremt beslutningsgrundlaget fører til beslutning om etablering af de nævnte frysefaciliteter. Oplægget skal endvidere indeholde en tidsplan inklusiv milepæle for den konkrete etablering.

Kvalitet:

Frysehusorganisationen vil blive målt på følgende kvalitetsparametre, når enheden overgår til at blive en driftsorganisation:

- Evnen til at understøtte forskningsarbejdet i regionen.
- Evnen til at understøtte det kliniske arbejde i regionen.
- Responstid ved opgaveudførelsen.

- Effektiv ressourceudnyttelse.
- Bæredygtig drift.
- Sikker drift.

Gevinster:

Der vil bl.a. være følgende gevinster ved etablering af fælles frysehus & biobank.

- Større frysekapacitet.
- Mere energirigtige frysefaciliteter.
- Mere sikre frysefaciliteter.
- Bedre overblik over prøver og analyser.
- Bedre udnyttelse af prøver og analyser.

Eventuelle yderligere gevinster indgår som en del af afklaringen i denne del af projektfasen.

Tolerancer:

Mål	Tolerance	Bemærkning
Tid	Frysehusorganisationen kan overgå til at blive en driftsorganisation...skal udfyldes	Skal udfyldes
Økonomi	Skal udfyldes	Skal udfyldes

Forudsætninger og afhængigheder:

De fremtidige frysehus-faciliteter skal indpasses i allerede igangsatte og kommende, besluttede byggeprojekter, herunder kvalitetsfondsbyggerierne.

Ligeledes skal der ske en koordinering i forhold til det kommende Steno Diabetes Center på Herlev-Gentofte Hospital, herunder integration af dette centers behov for frysehus-faciliteter.

Arbejdet kræver bidrag fra følgende virksomheder/koncerncentre:

- Rigshospitalet
- Akuthospitalerne Hvidovre-Amager, Herlev-Gentofte, Bispebjerg og Nordsjællands
- Center for Økonomi (Enhed for Budget og Byggestyring samt Indkøbsafdelingen)
- Center for Regional Udvikling (Enhed for Forskning og Udvikling)
- Center for IMT.
-

Interessenter:

Der vil bl.a. være følgende interessenter ved etablering af frysehus & biobank.

- Hospitalerne i Region Hovedstaden
- Forskere i Region Hovedstaden
- Patologiske, klinisk-biokemiske og klinisk-mikrobiologiske afdelinger
- Den Nationale Biobank
- Biobanker i de øvrige regioner?
- Steno Diabetes Center
- Forsningscenter for Forebyggelse og sundhed, CSU

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Status på Frysehusprojektet
Bilag 2 - Side -6 af 7

- Forskningsinstitutioner
- Industrien?
-

Leverancebeskrivelse (slutproduktbeskrivelse):

Det ønskede slutprodukt er et beslutningsoplæg omkring etablering af et fælles frysehus & biobankstruktur for Region Hovedstaden.

Slutproduktet kræver følgende delleverancer:

- At der er udarbejdet et udbudsmateriale og gennemført et mini-udbud vedr. konsulentopgave.
- At der er udpeget konkrete fysiske placeringer af frysehus-faciliteter på hospitalerne, herunder at disse er godkendt af pågældende hospitalsdirektioner.
- At der er valgt en organisering for de kommende frysehus-faciliteter, samt udarbejdet et organisationsdiagram og en organisationsbeskrivelse.
- At der er fastlagt en snitflade mellem en driftsorganisation og hospitalerne for så vidt angår ansvar, personale og beslutninger.
- At der er udarbejdet en forretningsmodel og governancestruktur for samarbejdet mellem en driftsorganisation og hospitalerne.
- At der er udarbejdet en detaljeret behovsbeskrivelse vedr. det kommende IT-system.
- At det er fastlagt, hvordan ansvars- og rollefordelingen mellem CRU og en driftsorganisation i forbindelse med opgaver relateret til forskning skal være.
- At der er udarbejdet en business case, der sammenholder nuværende og fremtidige omkostninger samt gevinster.
- At der er opstillet en finansieringsmodel.

Projektfremgangsmåde:

Den ledelsesmæssige beslutning om at iværksætte en konkret analyse vedr. fælles frysehus & biobankstruktur er truffet i Direktørkredsen. Herefter arbejdes der i følgende tre faser:

FASE 1:

- Udarbejdelse af materiale til mini-udbud vedr. konsulentopgave.
- Gennemførelse af mini-udbud vedr. konsulentopgave.

FASE 2:

Indledningsvis

- Afdækning og organisering af opgaven i samarbejde med det valgte konsulentfirma, herunder
- Etablering af underarbejdsgrupper, vedr. antal og hvilke placeringer, organisering, økonomi, energi, IT-system, indkøb m.m.

Efterfølgende

- Udarbejdelse af detaljeret IT-behovsbeskrivelse vedr. arbejdsgange og procedurer.
- Opstilling af forslag til organisering inklusiv beskrivelse af snitflader og ansvarsfordeling.
- Planlægning af fysisk flytning af prøver og analyser.
- Planlægning af evt. økonomiudskillelse fra hospitaler til en driftsorganisation.
-

FASE 3:

- Udarbejdelse af beslutnings- og implementeringsgrundlag.

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Status på Frysehusprojektet
Bilag 2 - Side -7 af 7

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Udarbejdelse af tidsplan for implementering. |
| |

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

ARBEJDSPLAN SUNDHEDSUDVALGET 2016/2017

Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 20
Mail planogudvikling@regionh.dk

Web www.regionh.dk

Journal nr.: 16000148

Dato: 14. oktober 2016

Arbejdsplanen er dynamisk. Sundhedsudvalgets mødetidspunkt er kl. 13 – 16.

DATO	TITEL
22. NOVEMBER	• Status vicedirektørprojekt kræftpakker • Status for screeningsprogrammerne mammografi • Budgetopfølgning 2016 • Sundhedsudvalgets arbejdsplan for 2017 • AK-analysen (blodfortyndende medicin) • Analyse af dermatologien • Den Regionale Ernæringskomite om småtspisende patienter • Værdibaseret styring af Rigshospitalets Hjertecenter