

Forretningsudvalgets ekstraordinære møde den 22. marts 2011

Sag nr. 1

Emne: Etablering af to tværgående virksomheder med tilhørende
direktøransættelser

1 bilag

NOTAT

Dato: 7. februar 2011

Forslag til beslutning vedr. projekt administrativ organisering.

Baggrund

I foråret 2010 gennemførte konsulentfirmaet Implement på foranledning af Koncerndirektionen en foranalyse af det administrative ressourceforbrug på Region Hovedstadens hospitaler.

Konklusionerne af foranalysen var centreret om to hovedområder: En reduktion af det administrative ressourceforbrug samt mere fælles ”fodslag” på tværs af koncernen og mere ”vi-tænkning”. Af temaer til forbedringsinitiativer nævnes bl.a. en tydelig rolle- og ansvarsfordeling på tværs af koncernen, samling af opgaveløsninger, fælles arbejdsgange, fælles løsninger og standardisering i forhold til metodevalg.

På basis heraf besluttede koncerndirektionen at etablere Projekt Administrativ Organisering. Projektet har bestået af 14 delprojekter inden for de administrative funktioner ”Udvikling, uddannelse og kvalitet”, ”IT”, ”Personale og HR”, ”Økonomi og planlægning”, ”Kommunikation” og ”Sekretariat”.

Projektets overordnede formål er at fremkomme med forslag til forbedringer vedrørende udvalgte administrative processer, bidrage til at realisere besparelser på det administrative område og at få regionen til at fremstå som én enhed.

På baggrund af en benchmarking blev der i budget 2011 indarbejdet en besparelse på 50 årsværk på virksomheder, der i Implements analyse fremstod med et relativt set markant højere forbrug end andre.

Projektet forventes herudover at levere besparelser på det administrative område til budget 2012 på 75 årsværk i helårsvirkning.

Som led i budgetaftalen for 2011 skal der en besparelse på 5 mio. kr., der kan få virkning allerede fra slutningen af 2011.

Der er i relation til projektet nedsat en følgegruppe, hvori blandt andet de faglige organisationer er repræsenteret med medlemmer, som er udpeget af Region H MED udvalget.

Koncerndirektionens indstilling til de områder, der er behandlet i projektets 14 delprojekter

Samling af kursus- og uddannelsesaktiviteter

Det anbefales, at der etableres en organisatorisk og fysisk samling af den driftsorienterede del af opgavevaretagelsen vedr. grunduddannelser, specialuddannelser, specialerettet og generel efteruddannelse (et "Uddannelsescenter"). Desuden placeres den centrale enhed for lederudvikling fra KHR i Uddannelsescentret. Uddannelsescentret organiseres sammen med en enhed på løn- og personaleområdet som en ny tværgående virksomhed på linje med de nuværende virksomheder.

Ved afgrænsningen af, hvad der skal placeres hvor, lægges snittet mellem på den ene side den politiske og strategiske del og på den anden side den mere nære udviklings- og driftsdel. Visionen for området samt retningsgivende mål udvikles centralt, medens udviklingen og driften af de enkelte aktiviteter lægges i Uddannelsescentret.

Baggrunden for oprettelsen af et Uddannelsescenter er ønsket om at samle aktiviteter, så der skabes et stærkt uddannelsesfagligt miljø inden for én organisatorisk enhed, hvor det samtidig sikres, at alle niveauer i opgaveløsningen dækkes.

Funktionen søges placeret på et af regionens hospitaler med geografisk central placering i forhold til de øvrige hospitaler. Selve afholdelsen af uddannelses- og kursusaktiviteterne kan finde sted enten i selve Uddannelsescentret eller i de eksisterende uddannelses/kursuslokaliteter på hospitalerne eller i psykiatrien.

Med Uddannelsescentret vil det være muligt fremover at sikre et højere kvalitetsniveau i de udbudte uddannelser og samtidigt sikre et større udbud af tilbud.

Det er forventningen, at **Uddannelsescentret** skal omfatte følgende aktiviteter:

- Uddannelses-, trænings- og vejledningsaktiviteter i tilknytning til grunduddannelserne, herunder lægesekretæruddannelsen.
- Specialuddannelser, der udvikles og udbydes på virksomheden. En specialuddannelse er en samlet længerevarende uddannelse, som kvalificerer til opgaver, der ligger ud over niveauet for grunduddannelser. D.v.s. formelle og godkendte uddannelser, der giver autorisation. Der er primært tale om uddannelser med sygeplejersker som målgruppe – f.eks. specialuddannelse i anæstesisygepleje eller intensivsygepleje. Disse uddannelser udvikles og gennemføres fra Rigshospitalet i dag. Det overvejes, om aktiviteter i forbindelse med den lægelige videreuddannelse kan placeres i centret.

- Specialerettet efteruddannelse, som udvikles og tilbydes til medarbejdere inden for de enkelte specialer, men som ikke er en specialuddannelse, der er formelt godkendt og giver merit.
- Generel efteruddannelse samt kurser, der udvikles og udbydes til virksomhedens medarbejdere. Her refereres til uddannelse og kurser, der har til formål at opdatere, forny eller udvikle kundskaber, færdigheder og holdninger indenfor eget område.
- Region Hovedstadens lederprogram.
- Faglig og pædagogisk udvikling i relation til uddannelsesstilbuddene.

Opgaver i relation til regionens beskæftigelsesindsats og administration af løntilskudsordningen placeres ligeledes i den virksomhed, der omfatter Uddannelsescentret.

Opgaver inden for grunduddannelserne vedr. fordeling af pladser og klinisk vejledning forbliver på de enkelte virksomheder. Ligeledes forbliver der udviklingsopgaver på virksomhederne vedr. lokal organisationsudvikling og ledelsesmæssig sparring i forhold til virksomhedens udvikling.

Det foreslås endvidere, at

- der gennemføres en årlig, fællesregional behovsafdækning af aktiviteter inden for kursus og uddannelsesområdet, som danner grundlag for en ledelsesmæssig prioritering,
- Rådet for de korte og mellemlange videregående uddannelser fortsat skal understøtte en strategisk indsats i regionen, når det gælder varetagelsen af de mange uddannelsesopgaver, der knytter sig til uddannelserne på sundhedsområdet,
- der etableres et udvidet og forpligtende samarbejde mellem virksomheder og mellem virksomheds- og koncernniveauet og
- der forventes anskaffet et fælles Learning Management System (LMS) til effektivisering af administrationen.

Forslaget forventes at kunne give en besparelse på 15 årsværk.

Der skal tages stilling til placeringen af Dansk Institut for Medicinsk Simulation (DIMS) og Center for Klinisk Uddannelse (CEKU).

Løn- og personale administration

Det anbefales, at der etableres et **HR-Servicecenter** for løn- og personaleadministration.

HR-Servicecentret skal samlet varetage løn- og personaleadministrative opgaver, idet det er vurderingen, at det vil være hensigtsmæssigt på grund af den tætte sammenhæng mellem opgaverne og ud fra ønsket om at skabe/bibeholde attraktive arbejdspladser, hvor medarbejderne kan varetage opgaver i et sammenhængende forløb. Løn- og personaleadministrative opgaver varetages i dag samlet på 9 ud af 11 virksomheder i regionen. HR-Servicecentret indplaceres i en ny tværgående virksomhed sammen med Uddannelsescentret.

Den foreslåede model understøtter den fællesregionale tankegang og styrker mulighederne for øget kvalitet gennem anvendelse af *best practice* inden for personaleadministration. Etableringen af et servicecenter vil endvidere skabe forudsætningerne for en yderligere, fremadrettet effektivisering understøttet af standardisering og it-understøttelse.

Funktionen placeres sammen med Uddannelsescentret.

I regi af **HR-Servicecentret** etableres samtidigt særlige kompetenceenheder. Aktuelt tænkes der på følgende områder:

- Refusioner (*indhentelse af dagpengerefusioner og refusion vedr. løntilskudsordningen*)
- Afstemning (*lønrelaterede konti*)
- Rekruttering (*selve indholdet af annoncer og afholdelse af samtaler sker på afdelingerne*)
- Tjenestemandspensioner (*er i dag samlet på Herlev Hospital*)
- Vagtplanlægning (ekspertniveau)
- Personalejuridisk rådgivning og bistand

Medarbejderne i HR-Servicecentret forudsættes at blive organiseret, så virksomhederne har faste kontaktpersoner. Det forudsættes endvidere, at servicecentrets medarbejdere også fysisk kommer ud på virksomhederne, så der sikres en tæt kontakt mellem virksomhed og servicecentrets medarbejdere.

HR-Servicecentret skal endvidere varetage processer i forbindelse med, besparelser og fusioner, hvis det medfører afskedigelser på et eller flere hospitaler. Der etableres og sikres hurtige processer, så HR-Servicecentret kan varetage den koordinerende rolle i forhold til afdækning af mulighederne for omplaceringer af medarbejderne inden for det samlede ansættelsesområde.

På **virksomhedsniveauet** varetages følgende opgaver i virksomhedens lokale HR-enhed:

- Koordination mellem virksomhed og HR-Servicecentret
- Sparringspartner for ledelsen
- Behandling af sager om uansøgt afsked begrundet i medarbejderens forhold
- Forandringsprocesser
- Koordinere / deltage i lokal implementering af fælles regionale HR politikker og initiativer, vejledninger metoder mv.
- Opgaver forbindelse med virksomhedens VMU/VMED og relevante lokale råd og udvalg
- Ressourceplanlægning

Der udarbejdes årligt en serviceaftale ("Service Level Agreement"), hvori der fastlægges de konkrete leverancer og serviceniveau fra HR-Servicecentrets side.

Der sikres et godt serviceniveau i forhold til besvarelse af henvendelser fra medarbejderne omkring spørgsmål vedr. lønsedler etc.

Beslutnings- og ledelsesansvar er fortsat forankret på virksomhedsniveau, som derved også er den fortsatte forhandlingspart i forhold til tillidsrepræsentantsystemet.

På koncernniveau vil der fortsat i stabene skulle varetages opgaver af tværgående karakter og opgaver orienteret mod betjeningen af Koncerndirektionen og det politiske niveau, herunder udarbejdelse af politikker og strategier.

Etableringen af HR-Servicecentret ledsages samtidig af standardisering af de væsentligste og mest ressourcetunge arbejdsgange.

En af forudsætningerne for dette er indførelsen af elektroniske personalesager.

Etableringen af HR-Servicecentret forventes at kunne bidrage med en besparelse på 30 årsværk.

Vedr. opgaver inden for arbejdsmiljøområdet foreslås opgavevaretagelsen ikke på nuværende tidspunkt ændret for så vidt angår den regionale ressourceindsats. Dog er det vurderingen, at det skal vurderes nærmere, om der kan realiseres besparelser på eksterne konsulentydelse, evt. gennem insourcing af dele af opgaverne. Det er foreløbigt vurderet, at der kan opnås en besparelse på 2 mio. kr., men dette afhænger af en nærmere vurdering af de eksterne konsulentydelse.

Regionen som ét ansættelsesområde

Det anbefales at regionen bliver ét fælles ansættelsesområde med virkning fra 1. januar 2013.

Ved dannelsen af Region Hovedstaden i 2007 fik tjenestemandsansatte medarbejdere hele regionen som ansættelsesområde.

For så vidt angår ansatte på overenskomstvilkår besluttede regionsrådet ved møde i februar 2007, at de enkelte virksomheder udgør selvstændige ansættelsesområder (ansættelsesmyndigheder), jf. dog særlig ordning for Region Hovedstaden – Handicap, nemlig at ansættelsesområdet/ansættelsesområderne er fastsat til den enkelte institution.

Der er både for virksomheder og for medarbejdere en række fordele og ulemper ved etableringen af regionen som ét ansættelsesområde. Anbefalingen er begrundet i, at tiltaget dels understøtter billedet af regionen som én virksomhed, dels at ét ansættelsesområde vil muliggøre yderligere standardiseringer og it-understøttelse af arbejdsgange.

It, medico og telefoniområdet

Der etableres en ny tværgående virksomhed på it-, medico- og telefoniområdet. Den nuværende organisering med en koncernstab og afdelinger på de enkelte hospitaler sikrer ikke i tilstrækkelig grad en klar ansvarsplacering og sammenhængende opgaveløsning. Det er desuden vurderingen, at en samlet organisering af områderne bedst muliggør standardisering, rationalisering og effektivisering.

Forudsætningen for etableringen af en ny enhedsorganisation er imidlertid, at der bliver maksimal opmærksomhed på forudsætninger for og risici i forbindelse med en sådan samling.

Den konkrete opbygning af en ny organisation og procesrettelæggelse skal ske under hensyntagen til

- At der er fokus på en bedre driftsstabilitet
- At der er fokus på kundeservice
- At der er en nærhed til klinikken
- At lokale behov tilgodeses.

Det er samtidig væsentligt, at der sker en styrkelse af det medikotekniske område med en særlig enhed inden for den samlede organisation, der sikrer koordinering og høj faglighed, herunder medvirker til standardiseringer på tværs af regionen også vedrørende indkøb og vedligeholdelse/serviceaftaler.

For både it-support og medicoteknisk support forudsættes at der på virksomhederne fysisk er medarbejdere til stede til at servicere virksomheden, men disse medarbejdere vil referere til den nye enhedsorganisation.

Etableringen af en ny enhedsorganisation forudsættes at muliggøre en reduktion i antallet af årsværk på 75 årsværk. Besparelsen realiseres over 2-3 år.

På koncernniveau varetages strategiske opgaver, koordination med staten og andre regioner og politisk sagsforberedelse i samarbejde med virksomheden.

Tryksagsproduktion

Vedr. **grafik og tryk** anbefales det, at mere krævende lay-outopgaver fremover centraliseres/udføres af den grafiske enhed beliggende på Herlev Hospital. Enheden er en decentral enhed under Koncern Kommunikation. Enheden er indtægtsdækket.

Vedr. **kopi-/printcentre** anbefales en samlet outsourcing af regionens kopi-/printcentre gennem et samlet udbud af ydelserne.

Det anbefales, at **brug af XMedia** gøres obligatorisk ved produktion af mindre materialer, eksempelvis nyhedsbreve, rapportforsider, mindre pjecer og foldere.

XMedia er allerede anskaffet og besluttet at være regionens fremtidige layoutværktøj. Systemet er fuldt implementeret på Hvidovre Hospital og Amager Hospital, mens Region Hovedstadens Psykiatri er godt på vej. På de øvrige virksomheder og i stabene

foregår implementering i forskellige tempi, og nogle hospitaler afventer en fuld implementering til efter en planlagt opdatering af XMedia i 2. kvartal 2011.

Anbefalingen begrundes med, at der ud over økonomisk besparelse vurderes at være en række kvalitative fordele, herunder bedre efterlevelse af regionens fælles design.

Der forventes netto en besparelse på disse tiltag på 3,8 mio. kr. Heri er inkluderet en personalereduktion på 6 årsværk.

Personaleblade

Det anbefales, at de tilbageværende trykte personaleblade afskaffes, og at der samtidigt sker en opgradering af de elektroniske medier på koncernniveau og på de virksomheder, der i denne sammenhæng nedlægger deres trykte publikation.

De fem trykte virksomhedspublikationer samt Hovedsagen nedlægges som trykte medier. De fælles elektroniske medier opgraderes. Den elektroniske informationsformidling på virksomhedsniveau indeholder information fra såvel koncerndirektionen som virksomhedsdirektionerne, ligesom de elektroniske medier på de fem berørte virksomheder opgraderes. Der igangsættes et arbejde med henblik på udviklingen af den fælles informationsformidling.

De nuværende redaktionelle ressourcer fastholdes og overføres til de elektroniske medier til såvel journalistisk bearbejdning af stoffet som redaktionelle og webudviklingsopgaver.

Baggrunden herfor er, at regionen ved fuldt ud at overgå til elektronisk formidling signalerer, at regionen er en moderne virksomhed, hvor elektronisk kommunikation er en central og integreret del i hverdagen.

Det er i den forbindelse væsentligt, at der indtænkes alternative formidlingskanaler, eksempelvis i form af skærme i kantiner og venteområder med ”rullende” nyhedsformidling.

Herudover vurderes den elektroniske kommunikation at muliggøre kommunikation målrettet specifikke modtagergrupper og større anvendelse af modtagerstyrede abonnementsordninger.

Anbefalingen indebærer ingen ændringer i det samlede antal årsværk, men en besparelse på øvrig drift på 1,6 mio. kr.

Der nedsættes en arbejdsgruppe til belysning af, om dele af web-opgaverne på såvel koncern- som virksomhedsniveau med fordel kan placeres i den nye tværgående virksomhed, der rummer uddannelse og HR.

Kvalitetsområdet

Det anbefales, at der ikke på nuværende tidspunkt at gennemføre ændringer i organiseringen på kvalitetsområdet, og der foreslås ikke indarbejdet besparelser på området i lyset af den forestående dobbelte akkreditering. På koncernniveau fastholdes kvalitetsområdets placering i Koncern Plan og Udvikling.

Det juridiske område

Der gennemføres ikke ændringer i arbejdsdelingen mellem koncern- og virksomhedsniveau vedrørende juridisk bistand. Der etableres et formaliseret netværkssamarbejde, herunder et formaliseret tværgående lederforum, med henblik på at skabes mere ensartethed i opgaveløsningen og fælles juridiske fortolkninger.

Det har været overvejet, om det er hensigtsmæssigt at insource dele af den eksterne advokatbistand, som i dag anvendes på tværs af regionen. Det er dog vurderingen, at de opgaver, som købes eksternt, er af meget forskellig, faglig karakter. Den eksterne advokatbistand spænder over byggesager, arbejdsskadesager, klagesager ved udbud, patentsager, ejendomshandel, efterprøvelse af tvangsforanstaltninger inden for psykiatriområdet m.v.

Det er endvidere vurderingen, at regionen risikerer at miste fleksibilitet i ressourceanvendelsen og samtidigt kan miste den legitimitet, der kan være ved anvendelse af eksterne rådgivere. På denne baggrund anbefales det ikke på nuværende tidspunkt at insource ekstern advokatbistand.

Siddende patientbefordring og beforderingsgodtgørelse

Det anbefales, at den nuværende organisering af opgaverne omkring bestilling af kørsler og visitation i forbindelse med den siddende patientbefordring og beforderingsgodtgørelse bevares decentralt på hospitalerne.

De fra projektet påpegede mulige tiltag til mindskelse af forgæves kørsler og it-understøttelse af personalets visitationsopgave gennemføres hurtigst muligt.

Det til projektet opgjorte besparelspotentiale på samlet 5,8 mio. kr. foreslås at komme virksomhederne til gavn, så besparelsen kan anvendes af virksomhederne til løsning af udgiftspres på andre områder.

DRG-basisafregning

Det anbefales, at der ikke gennemføres ændringer i organiseringen omkring DRG-basisafregning.

Baggrunden for herfor er blandt andet forventninger om en kommende national løsning på området.

Nedlæggelses af kassefunktioner

Det anbefales, at der ikke på nuværende tidspunkt iværksættes tiltag på området, men at arbejdsgruppens anbefalinger overdrages til organisationen omkring implementering af regionens nye økonomi, indkøbs- og logistiksystem.

Systematisk brug af fremmødeplaner

Projektets anbefalinger vedr.

- krav om udarbejdelse af fremmødeplaner,
- anskaffelse af it-løsning vedr. fremmødeplaner i regi af Silkeborg Data,
- standardiseret anvendelse Silkeborg Datas budgetmodul,
- udvikling af et standardiseret budgetopfølgingsmateriale,
- etablering af en brugerorganisation og
- udarbejdelse af lokale retningslinier vedr. budgetlægnings- og opfølgingsproces tiltrædes, og det videre arbejde omkring systemanskaffelse/udvikling indgår i systemgruppen på HR-området.

Samarbejdsrelationer mellem koncernstabe og virksomhedsstabe

Der er foretaget en afdækning af samarbejdsrelationerne mellem koncernstabe og virksomhedsstabe. Denne afdækning indeholder mange gode forslag og refleksioner omkring mulige forbedringstiltag, herunder tiltag omkring forbedring af mødekultur, etablering af bedre administrative planlægningsgrundlag, høringsprocesser og sags-gange, anvendelse af videokonferencer etc.

Det anbefales, at rapportens anbefalinger indgår i videre drøftelser i den udvidede direktørkreds og stabsdirektørkredsen m.v. med henblik på udmøntning af forslagene.

Standardisering af patientinformation

Styregruppen har endnu ikke drøftet afrapporteringen. Stillingtagen til rapporten vil derfor først ske senere.

Fælles forudsætninger

Der skal i den kommende tid foretages en nøje beskrivelse af de nye organisatoriske enheder på uddannelsesområdet, løn- og personaleområdet, it-, medico- og telefoniområdet, herunder præcise beskrivelse af opgaver og organisatorisk indretning.

Der foreslås etableret to nye tværgående virksomheder med egen virksomhedsdirektør, dels en uddannelses- og HR virksomhed, dels en virksomhed på it-, medico- og telefoniområdet. Der etableres implementeringsgrupper på de to ovennævnte områder.

I relation hertil nedsættes endvidere følgegrupper/fusions-MED i relation til hvert af projekterne.

I forhold til outsourcing af regionens kopi-/printcentre etableres en ligeledes en implementeringsgruppe med henblik på gennemførelse af udbud og implementering af løsning.

Stillinger som virksomhedsdirektør besættes ved eksternt opslag. Øvrige lederstillinger til de nye organisatoriske enheder opslås internt, medmindre det vurderes, at der er behov for eksternt opslag.

Regionens personalepolitiske principper, herunder supplementet indeholdende principper for større organisationsforandringer, lægges til grund for den nærmere proces-tilrettelæggelse.

Dette indebærer som udgangspunkt, at medarbejderne flytter med opgaverne.

Det er forventningen, at en stor del af de anførte besparelser kan realiseres gennem naturlig afgang og ved stillingsledighed. Afskedigelser kan dog blive nødvendige.

De øvrige forslag vurderes at kunne håndteres i driftsorganisationen, idet der ikke er personalemæssige konsekvenser ved disse forslag.

Med henblik på at imødegå usikkerhed om realisering af de estimerede årsværksbesparelser foreslås det, at der af den samlede besparelse reserveres en pulje på 10 årsværk til imødegåelse af denne usikkerhed.

De ændringer, der foreslås gennemført, vil påvirke opgavevaretagelsen og –mængden på såvel koncern- som virksomhedsniveau. Det betyder, at der skal ske en vurdering af antallet af stabe på såvel koncern- som virksomhedsniveau.

Den videre proces

Ét ansættelsesområde

Etableringen af regionen som ét ansættelsesområde kræver en særlig hørings- og beslutningsproces. Høringsgrundlag forudsættes godkendt af forretningsudvalget den 12. april. Høringen omfatter Region H-MED udvalget, alle virksomheds-MED og de faglige organisationer.

Høringsperioden slutter den 1. juni 2011.

Høringssvar forelægges forretningsudvalget den 14. juni 2011 med henblik på endelig beslutning. Over perioden august til november gennemføres en individuel partshøring af medarbejderne, såfremt forslaget gennemføres.

I november udsendes nye ansættelsesbreve til medarbejderne, såfremt forslaget gennemføres.

En iværksættelse af regionen som et ansættelsesområde kan ske med virkning fra 1. januar 2013.

Øvrige forslag

Der udsendes den 7. februar 2011 høringsgrundlag vedr. de øvrige forslag til Region H-MED, alle virksomheds-MED og relevante niveau 3-MED udvalg.

Frist for afgivelse af høringssvar er den 11. marts 2011.

De indkomne høringssvar drøftes dels i den nedsatte følgegruppe den 21. marts, dels i Region H-MED den 30. marts 2011.

På forretningsudvalgets møde den 12. april og regionsrådets møde den 26. april forelægges forslag til fremtidig organisering, herunder besparelser og investeringsbehov, til godkendelse.

Umiddelbart efter regionsrådets beslutning udsendes information til de dele af organisationen, som er omfattet af ændringerne.

Den fysiske placering af de nye virksomheder ventes fastlagt i forbindelse med regionsrådets godkendelse den 26. april.

I maj måned gennemføres ansættelsesproces for vedr. ledelsesniveauet for de nye organisationer.

Medio maj forventes de medarbejdere der er berørt af organisationsforandringer at skulle udfylde et CV. Det udfyldte CV danner grundlag for matchning af den nye organisations kompetencebehov og medarbejdernes kompetenceprofiler.

Medio august 2011 kan medarbejdere tilkendegive deres ønsker til fremtidig arbejdsplads. Herefter gennemføres en individuel partshøring.

Eventuelt overtallige medarbejdere omfattes af regionens tryghedsordning.

Den fysiske samling af virksomhederne gennemføres hurtigst muligt herefter.

Forretningsudvalgets ekstraordinære møde den 22. marts 2011

Sag nr. 4

Emne: Uwpf j gf uqo t° f gv'Dqtpj qm "/'wf o ãpvpkpi "ch'dwf i gvdgrãd

1 bilag

SAG NR. 4

ANALYSE AF SUNDHEDSOMRÅDET BORNHOLM

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at det indgår i Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP2020), at der skal tilbydes så mange behandlinger på Bornholms Hospital, som det er fagligt og kvalitetsmæssigt muligt, og med tæt faglig kobling til områdehospitalerne og Rigshospitalet, og
 2. at analysens forslag til udmøntning af midler i budget 2011 drøftes videre.
-

RESUME

I budget 2011 er der til det regionale sundhedsområde på Bornholm afsat yderligere 2 mio. kr. i 2011 og 3 mio. kr. fremadrettet. Samtidig blev det besluttet at gennemføre en analyse af sundhedsområdet Bornholm, herunder om der er kvalitets- og effektivitetsfordele ved at anskaffe en MR-scanner til Bornholms Hospital.

Bornholms Hospital indtager en særstatus i Region Hovedstaden i kraft af den geografiske beliggenhed, hvilket giver visse udfordringer. På trods af et lille optageområde (42.000 indbyggere og ca. 600.000 turister pr. år), varetager Bornholms Hospital de fleste hovedfunktioner indenfor det medicinske og kirurgiske område. Hospitalets akutte modtagefunktion, skadestue og fødeafsnit gør at vagtberedskabet er større i forhold til andre nærhospitaler.

Fastholdelse og rekruttering af medarbejdere er en anden udfordring for hospitalet. Specielt rekruttering af speciallæger er fortsat ressourcekrævende ligesom udgifter til kurser, efter- og videreuddannelse samt transportomkostninger er en stor udgift for hospitalet.

Analysen opgør anvendelsen af CT- og MR scanninger for borgere i Bornholms Regionskommune samt fordele og udfordringer ved evt. anskaffelse af en MR-scanner til Bornholm Hospital. Anlægsinvesteringen til en MR scanner er estimeret til 15,1 mio. kr. og vil i givet fald skulle prioriteres af regionens samlede apparaturpulje. De årlige driftsudgifter er vurderet til 2,4 mio. kr.

Såfremt MR-scanninger hjemtages fra regionens øvrige hospitaler og privathospitaler forventes det, at der er behov for ca. 1100 MR-scanninger årligt. Kapaciteten på MR-scanneren udnyttes dermed svarende til ca. 55 pct. af kriteriet for best practice i forhold til en årlig kapacitetsudnyttelse som er på ca. 2.000 MR-scanninger.

SAGSFREMSTILLING

I budget 2011 er der til det regionale sundhedsområde på Bornholm afsat 2 mio. kr. i 2011 og 3 mio. kr. fremadrettet. Det blev samtidig besluttet, at der skulle gennemføres en analyse af sundhedsområdet Bornholm, herunder at det skal vurderes om de er kvalitets- og effektivitetsfordele ved at anskaffe en MR-scanner til Bornholms Hospital.

Bornholms Hospital indtager en særstatus i Region Hovedstaden i kraft af den geografiske beliggenhed. På trods af et lille optageområde (42.000 indbyggere og ca. 600.000 turister pr. år), varetager Bornholms Hospital de fleste hovedfunktioner indenfor det medicinske og kirurgiske område. Funktionerne på Bornholms Hospital varetages ved egne ansatte, og dels via en række lægelige konsulentordninger og telemedicinske løsninger. Bornholms Hospital er et nærhospital med akut modtagefunktion, skadestue og fødeafsnit og derfor er vagtberedskabet større i forhold til andre nærhospitaler.

Den ny sundhedsprofil viser, at Bornholms Regionskommune er placeret i kommunesocialgruppe 4 (relativ stor andel borgere med kort uddannelse, lav indkomst og uden for arbejdsmarkedet). Det fremgår også, at 47 pct. af befolkningen på øen er over 55 år, og at kroniske sygdomme er hyppigt forekommende.

Funktionerne på Bornholms Hospital varetages af hospitalets egne ansatte og en række lægelige konsulenter samt ved telemedicinske løsninger. Der har på Bornholm været en tradition for et udtalt tværsektorielt samarbejde mellem Bornholms Hospital, Bornholms Regionskommune, praktiserende speciallæger og de praktiserende læger på øen. Der har gennem mange år været etableret elektronisk kommunikation på tværs af sektorerne.

Bornholms geografiske placering gør det oplagt at satse på telemedicinske løsninger. Dermed kan teknologi understøtte det kliniske behov i forhold til såvel kvalitet som produktivitet samt nedsætte udgifterne til transport, hvis patienterne kan behandles lokalt frem for at blive flyttet til regionens øvrige hospitaler.

Produktions- og aktivitetsniveau

Produktivitetens niveau for Bornholms Hospital er steget fra 2008 – 2009 med 5,4 pct., men det er stadig under regionsgennemsnittet i 2009, hvilket i stort omfang formodes at kunne tilskrives den særlige hospitalsstatus. Det døgndækkede vagtberedskab kan på grund af et lille patientgrundlag ikke udnyttes effektivt, hvilket medfører højere gennemsnitsudgifter pr. patient. Desuden kan det skyldes, at Bornholms Hospital typisk har flere ældre patienter indlagt i lang tid, hvilket påvirker produktiviteten negativt.

Den ambulante aktivitet af borgere fra Bornholm foregår for 75 pct. på Bornholms Hospital, mens 15 pct. af den resterende aktivitet foregår på Rigshospitalet. Hvad angår operationer udføres 50 pct. på Bornholms Hospital, mens de resterende især udføres på Rigshospitalet, som er Bornholms Hospitals primære samarbejdspartner. Bornholms skadestue har den laveste gennemsnitlige ventetid i skadestuerne i Region Hovedstaden med en ventetid på gennemsnitlig 20,3 min. i 2010.

CT- og MR-scanninger

Der blev foretaget i alt 1.433 MR-scanninger i 2010 på borgere fra Bornholm, hvilket svarer til 0,033 MR-scanninger pr. borger. I resten af Region Hovedstaden er antal MR-scanninger pr. borger 0,044.

Bornholms Hospital har ønsket en MR-scanner til en samlet anlægsudgift på ca. 15,1 mio. kr. Hertil skal lægges de årlige nettodriftsudgifter, der er estimeret til 2,4 mio. kr.

Bornholms Hospital forventer at der er behov for omkring 1.100 MR-scanninger årligt. Såfremt scanningerne hjemtages fra regionens øvrige hospitaler og privathospitaler, vil kapaciteten i MR-scanneren blive udnyttet svarende til ca. 55 pct. af kriteriet for best practice i forhold til en årlig kapacitetsudnyttelse på ca. 2.000 MR-scanninger. Udnyttelsesgraden af scanneren kan dog forventes at stige i forbindelse med den forventede årlige vækst i antal scanninger, hvorfor der indenfor en årrække evt. vil kunne gennemføres ca. 1.500 scanninger årligt.

Særlige udfordringer for Bornholms Hospital

Bornholms Hospital står overfor særlige udfordringer, når det gælder fastholdelse og rekruttering af medarbejdere. Specielt rekruttering af speciallæger til øen er fortsat ressourcekrævende ligesom udgifter til kurser, efter- og videreuddannelse samt transportomkostninger er en stor udgiftspost. Der er løbende vakante speciallægefaglige stillinger og fremadrettet forventes mangel på flere typer af sundhedsfagligt personale.

På Bornholms Hospital er udgifter i forbindelse med patientledsagelse, rejser og kurser en stor udgiftspost. Den gennemsnitlige udgift til en patientrejse med fly og offentlig transport er 1.022 kr. Alene i 2010 har der været en merudgift på godt 1 mio. kr. til blandt andet sundhedsfaglig ledsagelse af patienter med helikopter og fly og lægelige konsulenters rejser til og fra Bornholms Hospital.

Anbefalinger vedr. fordelingen af tilførte midler

Det er administrationens anbefaling at de i Budget 2011 afsatte midler udmøntes til:

- Forbedret modtagelse af akutte patienter i skadestue/modtagelse 0,75 mio. kr.,
- Øget reumatologisk behandlingskapacitet 0,5 mio. kr.,
- Drift af simulatorenhed 0,5 mio. kr.,
- Rekrutterings- og kommunikationsfunktion 0,6 mio. kr.,
- Dækning af merudgifter til sundhedsfaglig ledsagelse af patienter under transport 0,65 mio. kr.

Delårsvirkning i 2011 vil bevirke, at de 2 mio. kr. vil dække behovet for 2011.

Såfremt det prioriteres at anskaffe en MR-scanner til Bornholms Hospital vil 2,4 mio. kr. af de 3 mio. kr. skulle anvendes til drift af en scanner, og der vil således restere 0,6 mio. kr. til prioritering af et af ovenstående forslag. Der er ikke i budget 2011 afsat særskilte midler til anlægsinvesteringen til en MR scanner estimeret til 15,1 mio. kr. og disse vil i givet fald skulle prioriteres af regionens samlede apparaturpulje.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Det indstilles at analysens forslag til udmøntning af midler i budget 2011 drøftes videre. En tiltrædelse af indstillingen indebærer derfor ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

REGIONSRÅDETS BESLUTNING

Bilagsfortegnelse:

1. Analyse af sundhedsområdet Bornholm, februar 2011 (FU)

Sagsnr: 10008988

Forretningsudvalgets ekstraordinære møde den 22. marts 2011

Sag nr. 3

Emne: Kræftplan - udmønting af budgetbeløb

2 bilag

Notat om kræftplanen – herunder økonomi

1. Resumé

./. Dette notat indeholder en overordnet vurdering af de økonomiske konsekvenser af at gennemføre anbefalingerne i regionens kræftplan. Der vedlægges en oversigt vedrørende de samlede anbefalinger i planen med en vurdering af økonomien, hvor det har været muligt på nuværende tidspunkt. Størsteparten af anbefalingerne forventes at kunne gennemføres indenfor virksomhedernes nuværende økonomiske rammer. En række af anbefalingerne vil dog kræve tilførsel af budget, og kan kun gennemføres, hvis regionsrådet afsætter økonomi hertil. Implementering af planens anbefalinger vil således ske i takt med de politiske prioriteringer og økonomiske muligheder på det samlede sundhedsområde.

For en del af anbefalingerne gælder det, at de skal analyseres nærmere, inden en implementering og estimat af økonomi er muligt. Enkelte anbefalinger forventes finansieret via kræftplan III-midlerne. Der drejer sig om en styrkelse af den tidlige opsporing ved indførelse af tarmkræftscreening og en styrkelse af praksissektorens muligheder for hurtig udredning af kræftpatienter, hvor der som led i kræftplan III skal indføres en ny diagnostisk pakke.

Der er i budget 2011 som en varig årlig driftsbevilling afsat 20 mio. kr. til gennemførelse af kræftplansinitiativer. Administrationen foreslår, at palliation og lymfødembehandling (senfølger) politisk prioriteres, jf. notatets punkt 3.1. Sammenlagt vil dette indebære udgifter på 18,9 mio. kr.

Oversigten indeholder endvidere forslag til implementeringsansvarlig, som dog skal drøftes nærmere med inddragelse af relevante parter, herunder hospitalsdirektioner, praksissektoren og kommunerne.

2. Formål med regionens kræftplan

Regionen har allerede gjort en stor indsats for at sikre højere kvalitet, kortere ventetid og sammenhæng i udrednings- og behandlingsforløbet for kræftpatienter.

Regionen laver sin egen kræftplan for at skabe en samlet ramme for implementeringen af nationale og regionale initiativer på kræftområdet.

Formålet er at sikre, at kræftpatienter oplever sammenhæng i behandlingsforløbet, og at de får den bedst mulige behandling også i de dele, som ligger ud over selve diagnostikken og behandlingsdelen, som der særligt har været fokus på i Kræftplan I og II og kræftpakkerne.

Der er i regionens plan særlig fokus på en yderlig forbedring af regionens indsats indenfor følgende områder:

- Tidlig opsporing af kræftsygdomme
- Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb
- Palliation
- Patientspektet
- Aktivitets- og kvalitetsmålinger
- Forskning

Planen tager afsæt i regeringens aftale om Kræftplan III fra november 2010 og Sundhedsstyrelsens oplæg ”Styrket indsats på kræftområdet” fra juni 2010.

Visionen er, at regionen skal tilbyde kræftbehandling, der opfylder internationale standarder, og at regionen er i front, hvad angår kvalitet og forskning, herunder anvendelsen af nye behandlingsteknikker indenfor kræftområdet som fx kikkertkirurgi, robotkirurgi og partikelterapi.

2. Proces for vedtagelse

Udkastet til regionens kræftplan, som indeholder en række faglige anbefalinger, blev sendt i høring den 17. december 2010 med frist for bemærkninger den 18. februar 2011.

Med henblik på inddragelse af patienter, pårørende og politikere i udarbejdelsen af kræftplanen er der afholdt dialogmøder på Herlev Hospital og Rigshospitalet. Resultaterne heraf indgik i Serviceudvalgets afrapportering, som blev forelagt regionsrådet den 1. februar 2011.

På baggrund af indkomne høringssvar og afrapporteringen fra Serviceudvalget forelægges regionsrådet det endelige udkast til kræftplan den 22. marts 2011 med henblik på vedtagelse.

3. Økonomi og implementering

Kræftplanen indeholder i alt 69 anbefalinger. Jf. vedlagte oversigt er anbefalingerne inddelt i:

- Anbefalinger, som vurderes at kunne gennemføres indenfor virksomhedernes nuværende rammer.
- Anbefalinger, som vurderes at kunne finansieres via kræftplan III-midlerne.
- Anbefalinger, som vil kræve tilførsel af budget, førend en eventuel implementering
- Anbefalinger, der kræver yderligere analysearbejde, forhandlinger eller lignende inden en implementering og estimat af økonomi er muligt.

Regionens kræftplan skal ses som en langsigtet plan, som må realiseres i takt med, at de økonomiske muligheder er til stede. Planen skal i øvrigt koordineres med implementeringen af hospitalsplanen, specialeplanlægningen og initiativerne i aftale om kræftplan III. Det vil i implementeringen af anbefalingerne være nødvendigt at foreta-

ge en prioritering i forhold til rækkefølgen. anbefalingerne som kan gennemføres indenfor virksomhedens ramme, vil således beslaglægge tid hos sundhedspersonale og administratorer. Regionsrådet vil få en årlig status for implementering i forbindelse med seminar om sundhedsplan.

Det foreslås, at regionens Administrative Kræftstyregruppe efter regionsrådets vedtagelse af kræftplanen bliver ”tovholder” på implementeringen. Gruppen har Koncerndirektør Svend Hartling som formand og består af repræsentanter fra hospitalsdirektionerne, relevante sundhedsfaglige råd, samt repræsentanter fra praksissektoren og kommunerne.

3.1. Udmøntning af bevilling på 20 mio. kr.

I regionens budget for 2011 er der som varig driftsbevilling afsat 20 mio. kr. til finansiering af kræftplansinitiativer, som udmøntes på baggrund af politisk beslutning.

Det foreslås, at der i de politiske drøftelser vedrørende udmøntningen af de 20 mio. kr. fokuseres på de anbefalinger, som kræver yderligere finansiering, før regionen kan gennemføre dem.

Administrationen **indstiller** i den forbindelse, at der sker en prioritering af midler til:

- **Lymfødem – 5,6 mio. kr. årligt**

På baggrund af Sundhedsstyrelsen udmelding om, at lymfødembehandling efter regionsdannelsen er et regionalt ansvar blev der i slutningen af 2008 nedsat en arbejdsgruppe i Region Hovedstaden, som udarbejdede en rapport med forslag til organisering af lymfødembehandling i regionen. I rapporten blev det anbefalet, at området blev opnormeret og behandlingen blev placeret på områdehospitalerne samt Rigshospitalet og Bornholms Hospital. Regionsrådet tog på regionsrådsmødet den 27. oktober 2009 rapporten til efterretning og besluttede, at den skulle indgå i det kommende arbejde med en regional kræftplan. Det blev yderligere besluttet, at der skulle tages stilling til de økonomiske konsekvenser af rapportens anbefalinger i forbindelse med budgetlægningen for 2011.

På baggrund af ovenstående indstilles det, at regionsrådet bevilger midler til opnormering af lymfødemområdet. Lymfødemrapporten kan dermed implementeres bortset fra anbefalingen om udvidelse af funktionen for ikke kræftrelateret lymfødem på Bispebjerg Hospital.

- **Palliation – 13,3 mio. kr. årligt**

I Hospitalsplan 2007 fremgår det, at der i Region Hovedstaden skal være fire palliative enheder fordelt på områdehospitalerne. På nuværende tidspunkt er der palliative en-

der på Bispebjerg Hospital, Hillerød Hospital og Bornholms Hospital samt et udgående palliativt team på Herlev Hospital.

Det anbefales, at de palliative enheder implementeres etapevis under hensyn til de økonomiske rammer. I den forbindelse indstilles det, at regionsrådet bevilliger midler til etablering af et specialiseret palliativt sengeafsnit på Herlev Hospital samt et udgående team på Hvidovre Hospital. Etableringen af et egentligt palliativt sengeafsnit på Herlev Hospital ligger i naturlig forlængelse af hospitalets allerede eksisterende onkologiske afdeling.

Rigshospitalet har regionens største antal kræftpatienter fordelt på mange afdelinger. Dette har et omfang, der betyder, at de andre hospitalers palliative teams ikke har ressourcer til at servicere Rigshospitalet. Det anbefales derfor, at der etableres et palliativt team, som kun servicerer afdelingerne internt på Rigshospitalet.

Administrationen anbefaler, at ovenstående implementeres på følgende måde:

- Palliativt udgående team på Hvidovre Hospital: 3,5 mio. kr.
 - Palliativt sengeafsnit på Herlev Hospital: 8,1 mio. kr.
 - Indgående palliativt team på Rigshospitalet: 1,7 mio. kr.
- Udgifterne hertil udgør 13,3 mio. kr.

Det forudsættes, at etableringen af de palliative funktioner kan ske indenfor hospitalernes eksisterende fysiske rammer. Der må dog forventes udgifter til etablering, som kan afholdes inden for den foreslåede ovenstående ramme på 13,3 mio. kr. som følge af, at funktionerne først igangsættes i løbet af 2011.

Med henblik på en fuld implementering af hospitalsplanen udestår der herefter etablering af et egentligt palliativt sengeafsnit på Hvidovre Hospital, som vil kunne etableres, når der er økonomisk råderum til det. Udgiften hertil vurderes til 7,9 mio. kr.

3.2. Kræftplan III-midler

Regeringen har i forbindelse med aftale om kræftplan III fra november 2010 afsat midler til et løft af kræftområdet. I perioden 2011-2014 forventes et varigt årligt løft på landsplan på ca. 390 mio. kr. stigende til ca. 561 mio. kr. i 2023. Indenrigs- og Sundhedsministeriet er i øjeblikket ved at lave en udmøntningsplan for kræftplan III-midlerne, som koordineres i regi af Sundhedsstyrelsens Kræftstyregruppe, herunder hvilke initiativer som skal gennemføres af hhv. staten og regionerne. Størsteparten af midlerne vil gå til regionernes indførelse af tarmkræftscreening, idet der på landsplan afsættes 220 mio. kr. hertil i 2014 stigende til 391 mio. kr. i 2023.

Det forventes, at enkelte af anbefalingerne i regionens kræftplan kan finansieres via midler til kræftplan III, da regionens anbefalinger stemmer overens hermed.

BILAG

Oversigt vedrørende anbefalinger i udkast til regionens kræftplan

Side 1-7: Anbefalinger som vurderes at kunne gennemføres indenfor virksomhedernes nuværende rammer

Side 8: Anbefalinger som vurderes at kunne gennemføres indenfor Kræftplan III-midlerne

Side 8-10: Anbefalinger som vil kræve tilførsel af budget førend en eventuel implementering

Side 10-13: Anbefalinger der kræver yderligere analysearbejde, forhandlinger eller lignende inden en implementering og estimat af økonomi er muligt

Anbefalinger som vurderes at kunne gennemføres indenfor virksomhedernes nuværende rammer	
Anbefalinger	Forslag til implementeringsansvarlig og evt. tidspunkt
Diagnostik og behandling	
1. Der skal fortsat arbejdes med at understøtte og sikre overgangene mellem sektorer	Der er tale om et eksisterende indsatsområde. Ansvarlig for at fastholde dette fokus er Den Administrative Kræftstyregruppe med bidrag fra de 14 tværfaglige regionale arbejdsgrupper.
2. Der skal fortsat arbejdes med at sikre kvaliteten inden for diagnostik og behandling, eksempelvis ved at samle kræftbehandlingen på få enheder, ved at nye diagnostiske metoder og behandlingsregimer vurderes med henblik på implementering, og at der implementeres standardiserede skanningsprotokoller indenfor CT-, MR- og PET-området.	Der er tale om et eksisterende indsatsområde. Samlingen af kræftbehandlingen skal fortsat ske i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan og regionens hospitalsplan. Ansvarlig herfor er Den Administrative Kræftstyregruppe og administrationen.
3. Der skal sikres et multiprofessionelt samarbejde for hele patientforløbet.	Der er tale om et indsatsområde, som også er et indsatsområde i rapporten om "Fremtidens kliniske grundstruktur i Region Hovedstaden". Indsatsområdet vil blive adresseret i implementeringsplanen for rapporten om "Fremtidens kliniske grundstruktur i Region

	Hovedstaden.
4. Der skal fortsat være fokus på, at patienter med komorbiditet får tilbudt fagligt optimale forløb og indledes et arbejde med henblik på at sikre dette fremadrettet.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe. Der er tale om et tildels eksisterende indsatsområde. Ansvarlig for at fastholde og udbygge dette fokus er regionens administrative kræftstyregruppe og med bidrag fra de 14 tværfaglige regionale arbejdsgrupper.
5. Der skal sikres fokus på patientsikkerheden på kræftområdet ved, at eksisterende viden om utilsigtede hændelser anvendes som grundlag for en systematisk opfølgning.	Den Administrative Kræftstyregruppe er ansvarlig herfor. Enhed for Patientsikkerhed skal to gange årligt at afrapportere til Den Administrative Kræftstyregruppe med start i 2011. På baggrund af afrapporteringen kan der identificeres indsatsområder og udarbejdes konkrete handlingsplaner.
6. Den diagnostiske kapacitet og behandlingskapaciteten - herunder strålebehandlingskapaciteten – skal løbende monitoreres	Der foretages allerede løbende analyser af området. Den Administrative Kræftstyregruppe kan foreslå områder, som skal analyseres. Kapaciteten skal ses i et større perspektiv og ikke kun i forhold til kræftpatienter.
7. Der skal fortsat arbejdes med at sikre effektive arbejdsgange og optimal anvendelse af ressourcerne	Den Administrative Kræftstyregruppe er ansvarlig for at fastholde fokus på området med bidrag fra de 14 tværfaglige regionale arbejdsgrupper. Der skal sikres fortsat fokus på effektive arbejdsgange og optimal udnyttelse af ressourcerne.
Tidlig opsporing af kræft sygdomme	
8. Regionens borgere skal sikres tilstrækkelig viden om kræftsygdommens symptomer, screenings- og helbredelsesmuligheder	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe. Ansvar for informationsindsats om symptomer på kræft er primært Sundhedsstyrelsens og ikke en regional opgave. Der er i kræftplan III afsat 3 mio. kr. til national informationsindsats om symptomer på kræft.
9. Der skal undersøges nye kommunikationsmuligheder og muligheder for opsøgende indsatser med henblik på en målgruppebaseret information om kræftsygdomme og helbredelsesmuligheder	

10. Sundhedsstyrelsen opfordres til at udarbejde informationsmateriale om screeningstilbud på andre sprog end dansk.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe.
11. Regionen skal understøtte kommunerne med henblik på kompetenceudvikling af deres ansatte til en øget oplysningsindsats om kræftsygdomme og helbredelsesmuligheder	Implementeringen heraf drøftes mellem regionen og kommunerne i første omgang i regi af Den Administrative Kræftstyregruppe.
12. Der skal sikres en fortsat løbende monitorering af screeningsprogrammernes kvalitet.	Regionen monitorerer allerede i dag screeningsprogrammernes kvalitet. Ansvarlig for implementeringen er Den Administrative Kræftstyregruppe, regionens styregruppe for mammografiscreening og styregruppe for livmoderhalskræftscreening.
13. Der skal fortsat arbejdes på kvalitetssikring af de alment praktiserende lægers indsats i livmoderhalskræftscreeningen	Der er tale om et eksisterende indsatsområde. Ansvarlig for implementering er Den Administrative Kræftstyregruppe og regionens styregruppe for livmoderhalskræftscreening.
14. Regionen skal i takt med nye muligheder for screening for arvelige kræftsygdomme sikre, at der er kliniske retningslinjer for henvisning til klinisk-genetisk rådgivning og gentestning.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe og i sundhedsfagligt råd for klinisk genetik.
Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb	
15. Der skal udvikles en ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering målrettet en række sygdomsområder bl.a. kræft i regi af sundhedsaftalerne 2011-2014.	Administrationen udarbejder forslag, som drøftes i Den Administrative Styregruppe.
16. Der skal ske en synliggørelse af alle rehabiliteringstilbud i regionen, og de skal være tilgængelige på de eksisterende relevante webportaler, fx på regionens sundheds- og forebyggelsesportal.	Ansvarlig for implementeringen er administrationen. Den Administrative Styregruppe inddrages i arbejdet.
17. Der skal være øget fokus på gruppen af udsatte borgere, herunder indvandrere samt borgere med komorbiditet.	Den Administrative Kræftstyregruppe nedsætter en arbejdsgruppe, der får til opdrag at udarbejde et forslag til, hvordan der sættes øget fokus på udsatte borgere, herunder indvandrere.
18. Der skal ske en styrkelse af mulighederne for at bruge de eksisterende elektroniske kommunikationsredskaber /MedCOM	Administrationen er ansvarlig for, at der udarbejdes et forslag til styrkelse af mulighederne for at bruge de eksisterende elektroniske kommunikationsredskaber /MedCOM

standarder ved brug af efteruddannelse og vejledninger mv.	standarder ved brug af efteruddannelse og vejledninger mv. Praksisudvalget skal ind- drages i arbejdet.
19. Der skal udleveres information om senfølger til alle kræftpa- tienter, og de skal oplyses om støttemuligheder i relation til deres kræftbehandling, herunder information om livet efter en kræft- sygdom.	Den Administrative Kræftstyregruppe udarbejder forslag til en informationsstrategi på området.
20. Der skal udarbejdes og implementeres nationale kontrolforløb for kræftpatienter	Implementering af nationale kontrolforløb drøftes i Den Administrative Kræftstyre- gruppe. Ansvarlig for udarbejdelse af nationale kontrolforløb er DMCG'erne i samar- bejde med Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner.
21. Regionen skal støtte og bidrage til udarbejdelsen af nationale kontrolforløb. Såfremt, der ikke foreligger nationale kontrolfor- løb ved udgangen af 2011, skal den administrative kræftstyre- gruppe vurdere, om der er behov for at igangsætte en regional proces.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe.
22. Der skal igangsættes et udviklings- og forskningsarbejde mhp. udarbejdelse af et forløbsprogram for rehabilitering, senføl- ger, opfølgende kontroller, sammenhængende forløb og patient- aspektet.	Den Administrative Kræftstyregruppe nedsætter en arbejdsgruppe, som uarbejder for- slag til udarbejdelse af et forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, opfølgende kon- troller, sammenhængende forløb og patientaspektet. Arbejdet skal ske i tæt samarbejde med Den Administrative Styregruppe og Praksisudvalget. I Kræftplan III er der 1 mio. kr. i 2011 til at udvikle et forløbsprogram for kræftpatien- ters rehabilitering og palliation. Desuden er der afsat 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. årligt fra 2013 til at understøtte et forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation i kommunerne og regionerne.
23. Der skal ske en evaluering, styrkelse og udvikling af kontakt- person- og forløbskoordinatorfunktionerne blandt andet med henblik på at styrke det sammenhængende forløb internt på ho-	Den Administrative Kræftstyregruppe igangsætter et arbejde mhp. at styrke og udvikle forløbskoordination.

spitalerne, mellem sektorer og regioner.	
24. Der skal ske en systematisk styrkelse af patientforløbets overgang fra sekundær- til primærsektor via sundhedsaftalernes aftalekompleks (2011-2014).	Den Administrative Styregruppe tager initiativ til at nedsætte en arbejdsgruppe, som udarbejder forslag til styrkelse af patientforløbet fra sekundær- til primærsektor.
25. Kommunerne opfordres til, at deres tilbud til kræftpatienter fremgår af Forebyggelsesportalen, lokalaviser mv.	Anbefalingen drøftes i Den Administrative Styregruppe mhp. at kommunerne opfordres til, at deres tilbud fremgår af Forebyggelsesportalen, lokalaviser mv.
26. Der skal i samarbejde med kommunerne og kræftafdelingerne tages initiativ til en undersøgelse af mulighederne for at udvide tilbuddet om hjælp og rådgivning fra psykologer, socialrådgivere og diætister. Derudover skal der ske en undersøgelse af anvendeligheden og omfanget af kræftpatienters brug af muligheden for tilskud til indtil 12 behandlinger ved almen praktiserende psykolog.	Administrationen er ansvarlig for, at undersøgelsen initieres.
27. Det skal sikres, at eksisterende it-systemer bruges, og at der tilbydes efteruddannelse i brug af systemerne.	Administrationen undersøger, hvordan eksisterende it-systemer bruges.
28. Der skal udarbejdes retningslinjer for, hvordan alle patienter herunder kræftpatienter ved afslutningen af deres forløb på hospitalet orienteres om, hvor de kan henvende sig ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med deres sygdom.	Den Administrative Kræftstyregruppe udarbejder forslag herom.
Palliation	
29. Der skal igangsættes et udviklingsarbejde mhp. udarbejdelse af et selvstændigt forløbsprogram for palliation, og at området samtidigt indarbejdes i pakkeforløbene.	Den Administrative Kræftstyregruppe er ansvarlig for at nedsætte en arbejdsgruppe, som udarbejder forslag til udarbejdelse af et forløbsprogram for rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller, sammenhængende forløb og patientspektet. Arbejdet skal ske i tæt samarbejde med Den Administrative Styregruppe og Praksisudvalget. I Kræftplan III er der afsat 1 mio. kr. i 2011 til at udvikle et forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation. Desuden er der afsat 30 mio. kr. i 2012 og 40

	mio. kr. årligt fra 2013 til at understøtte et forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation i kommunerne og regionerne.
30. Der skal udvikles fælles tværsektorielle retningslinjer for den koordinerede palliative indsats via sundhedsaftalerne (2011 til 2014).	Den Administrative Styregruppe tager initiativ til at nedsætte en arbejdsgruppe, som udarbejder forslag til udvikling af tværsektorielle retningslinjer. Anbefalingen skal ses i sammenhæng med ovenstående anbefaling.
31. Der skal ske en styrkelse af kompetencer, kommunikation og sparring i samarbejdet om den basale palliative indsats mellem almen praksis, kommunerne og hospitalerne.	SFR for palliation udarbejder et forslag til styrkelse af kompetencer og kommunikation i samarbejdet om den palliative indsats.
32. Der skal udarbejdes fælles visitationskriterier til de hospicer, som regionen har indgået driftsaftaler med samt til regionens palliative afsnit.	SFR for palliation udarbejder forslag til visitationskriterier.
33. Alle kræftpatienter med behov for en længerevarende palliativ indsats, skal tilknyttes en specialiseret palliativ enhed.	De respektive palliative enheder er ansvarlige for, at dette sikres i samarbejde med de relevante hospitalsdirektioner.
34. Der skal sættes øget fokus på samarbejde med patientforeninger/lokalforeninger.	Administrationen udarbejder i samarbejde med hospitalerne forslag til hvordan, der sættes øget fokus på området.
Patientaspektet	
35. Kræftpatienter og pårørende skal i regionen tilbydes forløb på hospitalerne, hvor de inddrages.	Den Administrative Kræftstyregruppe udarbejder en strategi for, hvorledes patientinddragelse sikres.
36. Der skal foretages en undersøgelse af mulighederne for implementering af årlige undersøgelser i regionen, såfremt der ikke tages initiativ til national monitorering af patienttilfredsheden blandt kræftpatienter.	Enhed for Brugerundersøgelser undersøger mulighederne for implementering af årlige undersøgelser i regionen, såfremt der ikke tages initiativ til national monitorering af patienttilfredsheden blandt kræftpatienter.
37. Der skal ske en styrkelse af dialogen og kommunikationen mellem patienter og pårørende og de sundhedsprofessionelle, således at patienter/pårørende inddrages på relevante områder, og at	De respektive hospitaler er i samarbejde med Den Administrative Styregruppe ansvarlige for at sikre en dialog med patienter og pårørende, således at patienter/pårørende inddrages på relevante områder.

de sundhedsprofessionelles kommunikative kompetencer styrkes.	
Aktivitets- og kvalitetsmålinger	
38. Der skal etableres en regional monitorering af kræftpatienters forløb på hospitalerne/afdelingerne baseret på data fra landspatientregistret.	Administrationen er ansvarlig herfor. Udviklingen er igangsat og en nyt monitoreringssystem forventes implementeret i 2011. Hospitalsdirektionerne er ansvarlige for implementeringen.
39. Det regionale monitoreringssystem skal bygges op som en enkel generisk model	Administrationen er ansvarlig herfor.
40. Der skal i udviklingsarbejdet af et regionalt monitoreringssystem tages udgangspunkt i nogle indikatorer, hvor der er fokus på området og gode erfaringer.	Administrationen er ansvarlig herfor.
41. Det skal belyses, hvordan data fra de kliniske databaser kan inddrages i en regional monitoreringsmodel.	Administrationen er ansvarlig herfor.
42. En regional monitoreringsmodel skal have fokus på indikatorer i relation til udredning og behandling.	Administrationen er ansvarlig herfor.
43. Der skal regionalt være fokus på at understøtte, at der på sigt udvikles et system for monitorering af hele patientforløbet	Den Administrative Kræftstyregruppe og Koncern Økonomi er ansvarlig herfor.
Personale og uddannelse	
44. Der skal fortsat arbejdes med opgaveforskydning, udvikling af nye uddannelser og tilbud om efteruddannelse på kræftområdet.	Der er tale om et eksisterende indsatsområde. Den Administrative Kræftstyregruppe er i samarbejde med Enhed for Uddannelse ansvarlig herfor.

Anbefalinger som vurderes at kunne gennemføres indenfor kræftplan III-midlerne (Region Hovedstadens andel forventes at udgøre 31,35% af de afsatte midler)

Anbefalinger	Implementeringstidspunkt og ansvarlig
Tidlig opsporing af kræft sygdomme	
45. Der skal ske en styrkelse af praksissektorens muligheder for adgang til hurtig multidisciplinær udredning af kræftpatienter i hospitalsregi, herunder billeddiagnostiske undersøgelser	Implementeringen af regionens anbefaling skal ses i sammenhæng med implementeringen af en ny diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der skal udarbejdes som led i Kræftplan III. Region Hovedstadens andel af afsatte midler som led i Kræftplan III forventes at udgøre 26,6 mio. kr. Det er regionerne, som udformer den konkrete organisatoriske tilrettelæggelse af den diagnostiske pakke. Det foreslås, at Den Administrative Kræftstyregruppe i 2011 indenfor kræftplan III midlerne udarbejder forslag til en styrkelse af praksissektorens muligheder for hurtig multidisciplinær udredning af kræftpatienter i hospitalsregi.
46. Der implementeres screening for tyk- og endetarmskræft som et tilbud til personer i alderen 50-74 år hvert andet år. Screeningen påbegyndes i 2014.	Der er nedsat en regional styregruppe for tarmkræftscreening. Styregruppen udarbejder i 2011-2013 indenfor rammen af kræftplan III midlerne forslag til organiseringen af tarmkræftscreening i Region Hovedstaden. Regions andel af kræftplan forventes at være: 12 mio. kr. til etableringsomkostninger i 2013, 69 mio. kr. til implementering af screeningen i 2014 og 122 mio. kr. fra 2023.

Anbefalinger som vil kræve tilførsel af budget førend en eventuel implementering

Anbefalinger	Årlig udgift	Implementeringstidspunkt og ansvarlig
Diagnostik og behandling		
47. Den multidisciplinære konference skal udvikles og styr-	0,5 mio. kr.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe.

kes		Der tænkes udarbejdet et forslag til, hvordan anbefalingen kan implementeres. Udgiften skønnes at være 0,5 mio. kr. årligt i en 3-årig periode til implementering af initiativer affødt heraf.
48. Der skal etableres et partikeltherapianlæg på Rigshospitalet	Årlig driftsudgift er ikke opgjort. Etableringsudgiften er i 2009 estimeret til ca. 1,3-1,4 mia. kr.	Der ønskes etableret et partikeltherapianlæg på Rigshospitalet. Etableringsudgiften er i 2009 estimeret til ca. 1,3-1,4 mia. kr.. Etablering og drift forudsætter finansiering fra eksterne parter.
Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb		
49. Anbefalingerne i regionens lymfødemrapport skal implementeres	5,6 mio. kr.	Implementeringen sker i 2011 og følger forslaget i lymfødemrapporten. Forslaget indbefatter dog ikke som beskrevet i rapporten et tilbud på Bispebjerg Hospital i denne forbindelse, da dette tilbud ikke relaterer sig til lymfødeme forårsaget af kræft.
50. Fokus på forskning af effekten af kontrolforløb skal sikres ved at afsætte ressourcer hertil.	1 mio. kr.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe. Udgiften hertil skønnes til 1 mio. kr. årligt i en 3-årig periode.
Palliation		
51. Beslutningerne i hospitalsplanen implementeres gennem etablering af specialiserede palliative enheder på alle områdehospitaler med tilhørende udgående palliative teams. Som et supplement hertil etableres der et internt palliativt team på Rigshospitalet.	21,2 mio. kr.	De ansvarlige for implementeringen er hospitalsdirektionerne, som får tildelt midler til etablering af de palliative funktioner. Det forudsættes, at hospitalerne kan rumme funktionerne inden for eksisterende fysiske rammer. Administrationen har udarbejdet forslag til en etapevis implementering, således at der i 2011 bevilges midler til etablering af et udgående team på Hvidovre Hospital og et sengeafsnit på Herlev hospital samt palliativ funktion på Rigshospitalet, som kun varetager patienter på Rigshospitalet. Udgiften hertil er 13,3 mio. kr. årligt. Med henblik på en fuld implementering af hospitalsplanen udestår der herefter etablering af et palliativt sengeafsnit på Hvidovre Hospital, der

		<p>vil kunne etableres, når der er økonomisk råderum til det. Udgiften hertil vurderes til 7,9 mio. kr. Samlet set udgør udgifterne til en fuld implementering af hospitalsplanen således 21,2 mio. kr.</p> <p>I Kræftplan III afsættes der 8 mio. kr. fra 2011 og frem til at sikre øget adgang til specialiseret palliativ behandling og specialiseret rådgivning til det basale niveau.</p>
Personale og uddannelse		
52. Der skal udbydes efteruddannelse for kirurger i laparoskopisk kirurgi	3,7 mio. kr.	Den administrative kræftstyregruppe er i samarbejde med relevante Sundhedsfaglige råd ansvarlig for at udarbejde et forslag til efteruddannelse. Den årlige udgift til implementeringen af anbefalingen skønnes til 3,7 mio. kr. årligt i en 3-årig periode. Det økonomiske overslag er baseret på et lignende efteruddannelsesstilbud, som Region Midt og Nord har udbudt.

Anbefalinger der kræver yderligere analysearbejde, forhandlinger eller lignende inden en implementering og estimat af økonomi er muligt	
Anbefalinger	Implementeringstidspunkt og ansvarlig
Diagnostik og behandling	
53. Der skal etableres et lærings-, udviklings- og videndelingcenter for robotkirurgi på Herlev Hospital.	Der skal udarbejdes et forslag til etablering af et center på Herlev Hospital. Herlev Hospital er i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd ansvarlig herfor. Forslaget skal drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe..
Tidlig opsporing af kræft sygdomme	

54. Der skal etableres en entydig adgang for praksissektoren til subakut faglig rådgivning fra speciallæger på hospitalsafdelingerne	Den Administrative Kræftstyregruppe udarbejder i 2011 forslag til en styrkelse af praksissektorens adgang til faglig rådgivning, som skal drøftes i sammenhæng med lignende initiativ i kræftplan III.
55. For at sikre bedre evidens for screening for arvelige kræftsygdomme skal der løbende ske kvalitetssikring og monitorering af effekten.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe, herunder muligheder for at opprioritere ressourcer til register for arvelig bryst-æggestokkræft.
Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb	
56. Der skal ske en kortlægning af rehabiliteringstilbuddene i regionen, og alle kræftpatienter med et rehabiliteringsbehov skal modtage et målrettet individuelt rehabiliteringstilbud.	Den Administrative Kræftstyregruppe nedsætter en arbejdsgruppe, der får til opdrag at kortlægge omfanget af rehabiliteringstilbud i regionen. Derudover skal arbejdsgruppen udarbejde et forslag til model for karakteren og omfanget af regionens fremtidige rehabiliteringstilbud.
57. Der skal igangsættes et udviklingsarbejde mhp. etablering af et videncenter for rehabilitering i regionen. Dette arbejde skal dog afvente arbejdet i Center for Integreret Rehabilitering af Kræftpatienter (CIRE).	Den Administrative Kræftstyregruppe følger arbejdet i CIRE.
58. Der skal ske en vidensopsamling om senfølger, og patienter med senfølger skal tilbydes behandling.	Den Administrative Kræftstyregruppe nedsætter i 2011 en arbejdsgruppe, der får til opdrag at komme med forslag til en model for vidensopsamling om senfølger samt et forslag til en model for, hvordan patienter med senfølger tilbydes behandling.
59. Regionen skal i samarbejde med relevante parter udbyde efteruddannelse i varetagelsen af de kontrolforløb, hvor praksissektoren indtænkes som en aktiv ressource.	Implementeringen drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe og i Koncern Praksis.
Palliation	
60. Der skal i regionen ske en styrkelse af uddannelsesniveaueet både for personale, der beskæftiger sig med palliation på det basale og specialiserede niveau.	Forslaget drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe. med inddragelse af relevante samarbejdsparter.

61. Der skal ske en styrkelse af den palliative kliniske interventionsforskning.	Administrationen er ansvarlig for at udarbejde et forslag til organisering.
62. Der skal etableres en palliativ vagtfunktion i relation til de eksisterende specialiserede palliative funktioner, således at der er en vagtfunktion i hvert planområde.	Anbefalingen er en yderligere opgradering af forslag om implementering af beslutningen i Hospitalsplan 2007 om etablering af palliative enheder på alle områdehospitalerne. Administrationen er ansvarlig udarbejdelse af et forslag.
63. Der skal være adgang til palliative specialister på alle hospitaler i regionen.	Denne anbefaling implementeres automatisk, såfremt beslutningerne i Hospitalsplan 2007 implementeres om etablering af specialiserede palliative enheder på alle områdehospitaler med tilhørende udgående palliative teams. Som et supplement hertil etableres der et internt palliativt team på Rigshospitalet.
Patientaspektet	
64. Der skal igangsættes et forsknings- og udviklingsprojekt som afdækker, hvordan patienter og pårørende bedst inddrages	Den Administrative Kræftstyregruppe udarbejder forslag.
Forskning	
65. Der skal etableres en Koordinerende Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning i regionen, som forankres i en af de eksisterende Kliniske Kræftforskningsenheder	Implementeringen af anbefalingerne om forskning drøftes i Den Administrative Kræftstyregruppe, herunder skal økonomien analyseres nærmere og ses i sammenhæng med øvrige regionale og nationale initiativer.
66. Der skal ske en omstrukturering af systemet af Kliniske Kræftforskningsenheder, således at det servicerer det samlede kliniske kræftforskningsområde	
67. Regionens system af Kliniske Kræftforskningsenheder tilføres nødvendige midler via nationale og regionale finansieringskilder	
Personale og uddannelse	
68. Behovet for efteruddannelse i robotkirurgi skal kortlægges	Den Administrative Kræftstyregruppe udarbejder forslag.

69. Behovet for efteruddannelse i multidisciplinær udredning og behandling af kræftpatienter sal kortlægges

Den Administrative Kræftstyregruppe udarbejder forslag.