

## Indholdsfortegnelse

---

### Side:

1. 2. behandling budgetforslag 2007 – 2010 for Region Hovedstaden	4
2. Revideret budget 2006	7
3. 2. behandling af budgetforslag 2007-2010 for Trafikselskab Sjælland	9
4. Takster 2007 for Trafikselskab Sjælland	12
5. Mødeplan 2007 – revision	14
6. Møde- og emneplan for forretnings- og forberedelsesudvalget i 2006/2007	15
7. Sundhedsplanlægning i Region Hovedstaden	17
9. Nedsættelse af regionale videnskabetiske komiteer i Region Hovedstaden	23
10. Brystkræftscreening i Region Hovedstaden	27
11. Nationalt Kompetencecenter for Demens	30

Hvidovre Hospital  
Kontaktudvalget

Til Forberedelsesudvalget  
v/Regionsdirektionen

30. august 2006

**Udtalelse fra Hvidovre Hospital's kontaktudvalg vedr. Region Hovedstadens budgetforslag 2007**

Hvidovre Hospital's personale vil gerne være med til at skabe et sygehusvæsen i verdensklasse, men med et forslag til en budgetreduktion på 19 mio, og fortsat krav om årlig produktionsstigning på 2%, er vi meget bekymrede for de personalemæssige konsekvenser dette vil medføre.

Hvidovre Hospital har gennem årene gennemført stor besparelser samtidig med at kravene til produktion og kvalitet er øget. Resultatet af dette ser vi nu ved, at flere og flere medarbejdere har symptomer på stress og udbrændthed.

Konsekvenserne af budgetforslaget vil medføre stadig stigende krav til effektivitet, produktivitet, kvalitet, sikkerhed og dokumentation, samt give den enkelte medarbejder en stadig større arbejdsmæssig belastning.

Allerede nu har mange medarbejdere en følelse af, ikke at kunne drage tilstrækkelig omsorg overfor patienterne samt bruge sin faglighed godt nok i det daglige arbejde.

Det psykiske arbejdsmiljø halter, og skal Region Hovedstaden fremstå som " et sygehusvæsen i verdensklasse", skal der afsættes ressourcer til et realistisk budget samt sikres midler til forbedring af arbejdsmiljø, kompetenceudvikling og efter- og videreuddannelse.

med venlig hilsen  
og på vegne af Kontaktudvalget, Hvidovre Hospital

Line Schiellerup  
Formand for Kontaktudvalget

200500209/34

Page 1 of 1

**Jette Sylow Rasmussen**

---

**Fra:** Line Schiellerup [Line.Schiellerup@hh.hosp.dk]  
**Sendt:** 12. september 2006 11:19  
**Til:** Jette Sylow Rasmussen  
**Emne:** høringssvar  
**Vedhæftede filer:** Udtalelse fra Hvidovre Hospital 2006.doc

Hej Jette,

som aftalt pr. telefon d.d fremsender jeg hermed kontaktudvalgets høringssvar.

med venlig hilsen

Line Schiellerup  
Formand for Kontaktudvalget  
Hvidovre Hospital  
tlf.:36322157  
mailto: Line.Schiellerup@hh.hosp.dk

200500209 / 20

Forberedelsesudvalget for  
REGION HØVEDSTADEN  
FORMANDEN

Kommunalbestyrelser og sammenlægningsudvalg i  
kommunerne i Region Hovedstaden

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Tlf: 4820 5000  
Fax: 4820 5149  
E-post: regh@regh.dk  
www.regionhovedstaden.dk

Dato: 25 AUG, 2006

Sagsnr.: 200500209

Arkiv:

**Høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne til Region Hovedstaden**

Vedlagt fremsendes uddrag af budgetforslag 2007-2010 for Region Hovedstaden i relation til forslag til kommunernes årlige grundbidrag og udviklingsbidrag for 2007. Hele budgetforslaget kan ses på Region Hovedstadens Hjemmeside [www.regionhovedstaden.dk](http://www.regionhovedstaden.dk)

Budgetforslaget er 1. behandlet i Forberedelsesudvalget den 22. august 2006.

Forslag til kommunernes årlige grundbidrag og udviklingsbidrag for 2007 drøftes den 1. september 2006 i Kommunekontaktudvalget. Dagsordensmaterialet til det pågældende punkt vedhæftes.

Af indenrigs og sundhedsministeriets *bekendtgørelse om budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. i forbindelse med oprettelse af regioner* fremgår det, at kommunalbestyrelserne i Regionen senest den 10. september 2006 skriftligt skal meddele forberedelsesudvalget deres stillingtagen til grundbidrag og udviklingsbidrag.

Vi skal derfor bede kommunalbestyrelserne om senest den 10. september 2006 skriftligt at meddele regionsrådet deres stillingtagen til forslaget til grundbidrag og udviklingsbidrag.

Med venlig hilsen

  
Vibeke Storm Rasmussen

---

SAG NR. 1

**BUDGET 2007 - HØRING I RELATION TIL GRUNDBIDRAG OG UD-  
VIKLINGSBIDRAG**

---

**SAGSFREMSTILLING**

Forberedelsesudvalget i Region Hovedstaden har på mødet den 22. august 2006 førstebehandlet budgettet for 2007. Budgettet indeholder bl.a. forslag til kommunernes årlige grundbidrag og udviklingsbidrag for 2007. Forberedelsesudvalget besluttede at henvise budgettet til 2. behandling. Det samlede budgetforslag kan findes på Region Hovedstadens hjemmeside.

Af Indenrigs- og Sundhedsministeriets *bekendtgørelse om budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. i forbindelse med oprettelse af regioner* fremgår det, at forslaget til det årlige grundbidrag og udviklingsbidrag for 2007 skal drøftes på et møde i kommunekontaktudvalget senest den 1. september 2006. Kommunalbestyrelserne i regionen skal derefter senest den 10. september 2006 skriftligt meddele forberedelsesudvalget deres stillingtagen til grundbidrag og udviklingsbidrag.

**Grundbidraget**

Ifølge lov om regionernes finansiering kan grundbidraget til sundhedsområdet højst udgøre 1500 kr. pr. indbygger (betalingsfolketal) i 2003 pris- og lønniveau. Størrelsen af det årlige grundbidrag fastsættes af regionsrådet efter drøftelse i kontaktudvalget. Beløbet reguleres en gang årligt med den forventede pris og lønudvikling.

Udgangspunktet for fastsættelsen af kommunernes grundbidrag i 2007 er et beløb på 1000 kr. pr. indbygger i 2003 pris- og lønniveau.

Ifølge lovgivningen fastfryses grundbidraget i 2007 på 1000 kr. i 2003-priser. Ifølge økonomaftalen mellem staten og regionerne fra den 10. juni 2006 udgør det kommunale grundbidrag således 1.102 kr. pr. indbygger i 2007. Dette svarer til lovgivningens fastsatte minimumskrav opskrevet til 2007 pris- og lønniveau.

**Udviklingsbidraget**

Udviklingsbidraget kan højst udgøre 200 kr. pr. indbygger (betalingsfolketal) i 2003 priser reguleret med den forventede pris- og lønudvikling. Størrelsen af det årlige udviklingsbidrag fastsættes af regionsrådet efter drøftelse i kontaktudvalget. Beløbet reguleres en gang årligt med den forventede pris og lønudvikling.

Udgangspunktet for fastsættelsen af udviklingsbidraget fra kommunerne i 2007 er et beløb på 100 kr. pr. indbygger i 2003 priser.

Ifølge lovgivningen fastfryses grundbidraget i 2007 på 100 kr. i 2003-priser. Ifølge økonomiaftalen fra den 10. juni 2006 udgør det kommunale udviklingsbidrag således 110 kr. pr. indbygger i 2007. Dette svarer til lovgivningens fastsatte minimumskrav opskrevet til 2007 pris- og lønniveau. Der er taget højde for at, at Bornholms Regionskommune fritages for at betale 90 % af dette beløb pr. indbygger.

### **FORMANDEN ANBEFALER**

1. at sagen drøftes på ovennævnte grundlag.

---

### **UDVALGETS BESLUTNING**

---

#### Bilagsfortegnelse:

Bilag 1: Uddrag af udkast til Region Hovedstadens budget for 2007.

Bilag 2: Faktaboks fra aftalen mellem regeringen og Regionsforeningen om regionernes økonomi for 2007, 10. juni 2006

Bilag 3: Tabel fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets udgivelse "Generelle tilskud til regionerne 2007", Juni 2006

Sagsnr: 200500209

8  
t  
s


Forberedelsesudvalget for  
Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

MODTAGET  
12 SEP. 2006  
REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN  
200500299/16

### Udviklings- og grundbidrag fra kommunerne til Region Hovedstaden.

Som svar på Region Hovedstadens skrivelse af 25. august 2006 over udviklings- og grundbidrag for 2007 skal det hermed meddeles, at Furesø Kommune kan godkende, de i økonomaftalen mellem Staten og Regionerne, fastsatte grundbidrag på 1.102 kr. pr. indbygger og udviklingsbidrag på 110 kr. pr. indbygger for budget 2007.

Med venlig hilsen



Jesper Bach  
Borgmester

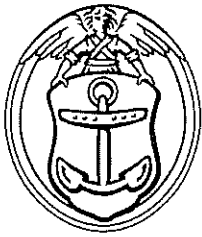
### Furesø Kommune

Farum Rådhus  
Rådhusvej 2  
3520 Farum  
[www.farum.dk](http://www.farum.dk)

Værløse Rådhus  
Stiager 2  
3500 Værløse  
[www.vaerloese.dk](http://www.vaerloese.dk)

Borgmesteren  
Værløse Rådhus  
Sagsbehandler: er  
Tlf. 7210 8521  
Email: [jeb@vaerloese.dk](mailto:jeb@vaerloese.dk)  
Dato: 11. september 2006

Furesø  
Kommune



# DRAGØR KOMMUNE

ØKONOMI

Kirkevej 7, 2791 Dragør, [oekonomi@dragoer.dk](mailto:oekonomi@dragoer.dk), telefon 3289 0100, [www.dragoer.dk](http://www.dragoer.dk)

Åbningstid: Mandag & onsdag kl. 10-15, tirsdag & torsdag kl. 10-18, fredag kl. 10-14

Forberedelsesudvalget for REGION HOVEDSTADEN  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

**MODTAGET**

**12 SEP. 2006**

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

200500299/15

Dato:  
11. september 2006

Direkte tlf. nr.  
32890131

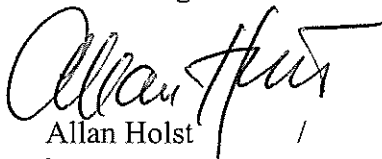
Journal nr.  
00.01Ø08

Deres journal nr.  
200500209

## Høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne til Region Hovedstaden.

Dragør Kommune kan hermed meddele, at forslaget til grundbidrag og udviklingsbidrag i 2007 er godkendt, da størrelsen af bidraget i 2007 er vedtaget ved lov.

Med venlig hilsen



Allan Holst  
borgmester



Mona Petersen  
økonomichef



ALLERØD KOMMUNE  
Forvaltningen

MODTAGET

11 SEP. 2006

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

20500299/14

Bjarkesvej 2, 3450 Allerød  
Tlf. 48 10 01 00  
E-mail: kommunen@alleroed.dk  
www.alleroedkommune.dk  
Telefax: 48 14 02 08

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

Åbningstid  
Mandag til onsdag 10-14  
Torsdag 8-18  
Fredag 10-12

Sagsbeh. jemo  
Lok.nr. 274

Dato: 11 SEP. 2006

### Høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag

Allerød Kommune er i brev af 25. august 2006 blevet informeret om Region Hovedstadens grundbidrag og udviklingsbidrag for 2007.

Idet bidragene er fastfrosset lovmæssigt i 2007 har Allerød Kommune ingen indvendinger mod de forslåede bidrag.

Med venlig hilsen

Eva Nejtgaard  
borgmester

Peter Funder  
kommunaldirektør

MODTAGET

11 SEP. 2006

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

2005 0299/13

Til forberedelsesudvalget for  
Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

Hvidovrevej 278  
Centralforvaltningen  
Borgmesterkontoret

Sagsbehandler:  
Jens Fr. Jørgensen

Tlf. direkte 3639 3002  
Telefax 3639 3656  
e-mail borgmesterkontor@hvidovre.d

Brevnr. 540376  
Sagsnr., 45991

11-09-2006/

**Høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne til Region Hovedstaden.**

Hvidovre kommunalbestyrelse har på sit møde den 7. september 2006 behandlet det fremsendte uddrag af budgetforslag 2007 – 2010 for Region Hovedstaden.

Budgettet for sundhedsområdet udviser et underskud på 137,1 mio. kr. Kommunalbestyrelsen besluttede at meddele forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden, at regionens 1. budget skal udvise balance.

Med venlig hilsen

Britta Christensen  
Borgmester

Jens Frederik Jørgensen  
kommunaldirektør

Hillerød Kommune

MODTAGET

11 SEP. 2006

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

200500299/12

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden

Att.: Formand Vibeke Storm Rasmussen

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

Formanden for  
Sammenlægningsudvalget  
Frederiksværksgade 39  
3400 Hillerød  
Tlf.: 4820 2001  
Fax: 4820 1881

nih@hillerod.dk

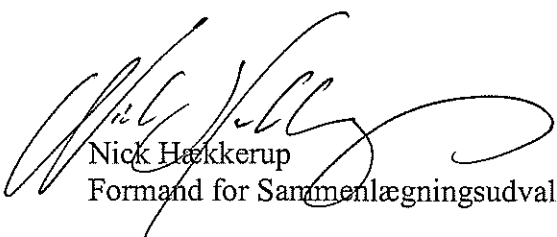
8. september 2006

Kære Vibeke Storm Rasmussen

Tak for dit høringsbrev vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne i Region Hovedstaden.

Jeg kan informere dig om, at Sammenlægningsudvalget i Hillerød Kommune den 6. september 2006 har godkendt forslaget til udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne til Region Hovedstaden i 2007, som det fremgår af Budgetforslaget 2007-2010 for Region Hovedstaden.

Med venlig hilsen



Nick Hækkerup  
Formand for Sammenlægningsudvalget



MODTAGET

11 SEP. 2006

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

20050829/11

Dato: 08.09.2006

Ref.: LIO

J.-nr.:

Forberedelsesudvalget for Region Ho-  
vedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

### Høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag til Region Hovedstaden

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden har i brev af 25. august an-  
modet om kommunalbestyrelsens stillingtagen til grundbidrag og udviklings-  
bidrag.

Det skal herved meddeles, at kommunalbestyrelsen er indforstået med udvik-  
lingsbidraget og grundbidragets størrelse – hhv. 110 kr. og 1.102 kr. pr. ind-  
bygger.

Med venlig hilsen

**Rolf Aagaard-Svendsen**

Borgmester

**Line Olsen**

Økonomiafdelingen

Tlf. 45 97 31 74

### Økonomisk Forvaltning

Rådhuset  
2800 Kgs. Lyngby

Tlf. 45 97 30 00  
Fax. 45 97 31 99

lio@ltk.dk  
www.ltk.dk

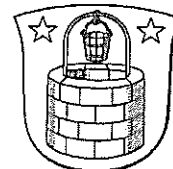
# BRØNDBY KOMMUNE

Rådhuset  
Park Allé 160, Postboks 178  
2605 Brøndby  
Tlf. 43 28 28 28 Telefax 43 28 21 61  
E-mail: borgmesterkontor@brondby.dk  
Postgiro: 3 00 85 33

MODTAGET

11 SEP. 2006

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN



200508249/10

Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

## Kommunalbestyrelsen

Skrivelser adresseres hertil, ikke til navngivne personer

Dato

Vort j. nr.

Sagsbehandler

Lokal tif. nr.

8 SEP. 2006

KL.00.01.Ø02/00025-2006

### Høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne til Region Hovedstaden.

Af Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. i forbindelse med oprettelse af regioner fremgår det, at kommunalbestyrelserne i Regionen senest den 10. september 2006 skriftligt skal meddele forberedelsesudvalget deres stillingtagen til grundbidrag og udviklingsbidrag.

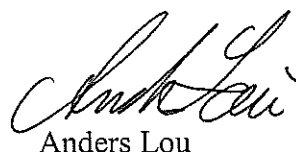
Økonomiudvalget i Brøndby Kommune har drøftet forslaget til kommunernes udgifter til grundbidraget (1.102 kr. pr. indbygger) og udviklingsbidrag (110 kr. pr. indbygger) og bemærker, at bidragene er fastlagt i overensstemmelse med de beløbsstørrelser, der fremgår af loven (hvh. 1.000 kr. og 100 kr. fremskrevet til 2007-priser).

På Økonomiudvalgets møde den 6. september 2006 blev borgmesteren bemyndiget til at godkende forslaget til beløbsstørrelser vedr. grundbidrag og udviklingsbidrag på henholdsvis 1.102 kr. og 110 kr.

Således godkender Brøndby Kommune forslaget vedrørende grundbidrag og udviklingsbidrag.

Med venlig hilsen

  
Ib Terp

  
Anders Lou



11 SEP. 2006

Borgmesteren

REGION HOVEDSTADEN

JOURNALEN

200500299/9

Forberedelsesudvalget for  
Region Hovedstaden

Dato: 8. september 2006  
Sagsbehandler: Troels Haudrum Larsen  
Direkte telefonnr.: 3637 7151  
Journalnr.: 06.06482-001

**Svar på høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag**

På kommunalbestyrelsens vegne svares herved på høringen vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne, jf. brev af 25. august 2006 (sagsnr.: 200500209) fra Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden.

Rødovre Kommune tager orienteringen til efterretning herunder Forberedelsesudvalgets forslag til budget 2007 med et grundbidrag på 1.000 kr. pr. indbygger i 2003 pris- og lønniveau samt et udviklingsbidrag på 100 kr. pr. indbygger i 2003 pris- og lønniveau.

Med venlig hilsen

Erik Nielsen  
Borgmester

Jens Gunst  
Kommunaldirektør

11 SEP. 2006

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

200500299 / 8

**Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden**

**Fra:** Dorte Saabye [dsa@stenlose.dk]  
**Sendt:** 10. september 2006 22:01  
**Til:** Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden  
**Cc:** Lars Hansen  
**Emne:** Høringssvar på grundbidrag og udviklingsbidrag til Region Hovedstaden

Att. Forberedelsesudvalget i REgion Hovedstaden.

På vegne af Egedals sammenlægningsudvalg fremsendes hermed et høringssvar.

Egedal Kommune er positiv for, at Region Hovedstaden ikke påregner at opkræve maksimums bidrag fra kommunerne.

Et grundbidrag på 1.102 kr. og 110 kr. i 2007 for henholdsvis grundbidrag og udviklingsbidrag er fornuftigt udspil for det videre samarbejde.

Et ønske fra kommunen er, at der indarbejdes en indledningsvis økonomisk neutral model, hvor kommunerne gradvist kan påvirke sine udgifter. Det skal forstås således, at udgifterne nivelleres i forhold til kommunens påvirkningsmulighed af udgifterne, så f.eks. livsstilshenførbare bidrag opprioriteres økonomisk og tilsvarende andre ikke påvirkelige udgifter får en mindre betaling.

Egedal vil samtidig henlede opmærksomheden på nødvendigheden af kapacitetsstyringen af sygehusene, når den løbende justeres til at afspejle den nye struktur.

Egedal er en af de kommuner, som er sammenlagt over de gamle amtsgrænser. Det afstedkommer en masse merarbejde i forberedelsesfasen, at Egedal hører ind under to optageområder, idet den kommende region ikke har ensrettet arbejdsgrupper og kompetenceoverførsel, f.eks. på genoptræningsområdet. Det forudses, at det også i fremtiden vil skabe en del ekstraarbejde, hvis Egedal ikke samlet hører til et optageområde. Vi vil endnu engang opfordre til, at der snarest træffes en beslutning om, hvilket optageområde Egedal hører til i fremtiden.

Med venlig hilsen

Dorte Saabye  
Sundhedschef  
Egedal Kommune

Damgårdsparken 9  
3660 Stenløse

tlf. 47192010  
email: dsa@stenlose.dk

MODTAGET  
- 8 SEP. 2006  
REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN  
200500297/7

Albertslund Kommune



Borgmesteren

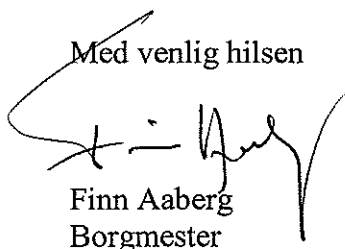
5. september 2006

## Svar på høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra Albertslund Kommune til Region Hovedstaden

Albertslund Kommune tager Regionens forslag til grundbidrag og udviklingsbidrag til efterretning. Grundbidrag er i 2007 ifølge lovgivningen fastfrosset på 1.000 kr. i 2003-priser og udgør således 1.102 kr. pr. indbygger. Udviklingsbidraget er ligeledes i 2007 ifølge lovgivningen fastfrosset på 100 kr. i 2003-priser og udgør dermed 110 kr. pr. indbygger.

Dog forventes det, at der i forslaget til udviklingsbidraget for 2008 bliver redegjort mere uddybende for udviklingsbidragets anvendelse .

Med venlig hilsen



Finn Aaberg  
Borgmester

Rådhuset  
2620 Albertslund  
Tlf.: 43 68 68 68  
Fax: 43 68 69 27

Åbningstider:  
man-ons 8.30-15.00  
torsdag 8.30-18.00  
fredag 8.30-14.30

MODTAGET

-7 SEP. 2006

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

200508299/6

Rudersdal Kommune



Forberedelsesudvalget for  
Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

05.09.2006

Kontaktperson  
Finn Hansen

Direkte tlf.  
4546 6480

E-mail  
fh@sollerod.dk

**Vedr. det regionale udviklingsbidrag samt grundbidraget til sundhedsvæsenet fra kommunerne i Region Hovedstaden.**

Sammenlægningsudvalget for Rudersdal Kommune har den 28.08.2006 modtaget høringskrivelse fra Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden vedr. det regionale udviklingsbidrag samt grundbidraget til sundhedsvæsenet fra kommunerne i Region Hovedstaden.

Rudersdal Kommune kan tilslutte sig, at det regionale udviklingsbidrag samt grundbidraget til sundhedsvæsenet i 2007 fastsættes til henholdsvis 110 kr. og 1.102 kr. pr. indbygger.

Med venlig hilsen

På Sammenlægningsudvalgets vegne

Erik Fabrin  
Formand

Bjarne Pedersen  
Kommunaldirektør

Birkerød Kommune og Søllerød Kommune bliver sammen Rudersdal Kommune fra 1. januar 2007

Birkerød Kommune, Stationsvej 36,  
3460 Birkerød, tlf. 45 99 06 00,  
www.birkerod.dk, raadhus@birkerodkom.dk

Søllerød Kommune, Øverødvej 2,  
2840 Holte, tlf. 45 46 60 00,  
www.sollerod.dk, kommunen@sollerod.dk

**Gladsaxe Byråd**

Rådhus Allé, 2860 Søborg  
 Tlf.: 39 57 50 00. Fax: 39 66 11 19.  
 E-post: kommunen@gladsaxe.dk  
 www.gladsaxe.dk

**MODTAGET****- 8 SEP. 2006**
 REGION HOVEDSTADEN  
 JOURNALEN

200500299/5

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden  
 Kongens Vænge 2  
 3400 Hillerød

06.09.2006

**Vedrørende grundbidrag og udviklingsbidrag 2007**

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden med et brev af 25. august 2006 anmodet Gladsaxe kommune om høringssvar vedr. Gladsaxe kommunes grundbidrag og udviklingsbidrag.

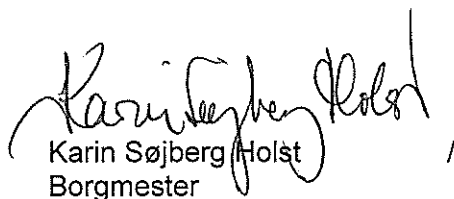
Som det fremgik af den vedlagte sagsfremstilling, er beløbene både hvad angår grundbidrag og udviklingsbidrag reelt fastsat ved lov for 2007 og dette til henholdsvis 1.102 kr. pr. indbygger og 110 kr. pr. indbygger, begge dele i 2007-priser.

Gladsaxe kommune har på denne baggrund hverken bemærkninger til fastsættelsen af grundbidraget eller udviklingsbidraget for 2007.

Gladsaxe Kommune anmoder imidlertid at få en specifikation af, hvilke ydelser kommunens borgere kan forvente at modtage fra Region Hovedstaden.

En sag om ovennævnte blev behandlet af Gladsaxe Økonomiudvalg 05.09.2006. Udskrift af sagen er vedlagt.

Venlig hilsen



Karin Søjberg Holst  
 Borgmester



Marius Ibsen  
 Kommunaldirektør

# ØU 05.09.2006, nr. 328

Udvalgstype: ØU Mødedato: 05.09.2006 Nummer: 328

## GRUNDBIDRAG OG UDVIKLINGSBIDRAG I 2007 TIL REGION HOVEDSTADEN, HØRINGSSVAR.

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden har anmodet Gladsaxe Kommune om høringssvar vedr. kommunens grundbidrag og udviklingsbidrag for 2007. Høringssvar skal afgives senest 10. september 2006.

Grundbidraget vedrører bidrag til sundhedsvæsenet og er i 2007 fastsat ved lov til 1.000 kr. pr. indbygger i 2003 priser, svarende til 1.102 pr. pr. indbygger i 2007 priser. Fra og med budget 2008 kan regionen efter drøftelse i kommunekontaktudvalget fastsætte det årlige bidrag, idet dog 2/3 af kommunerne i kommunekontaktudvalget kan modsætte sig en forhøjelse. Maksimumsgrænsen bliver i øvrigt på 1.500 kr. pr. indbygger i 2003 priser. Det skal yderligere bemærkes, at kommunerne på sundhedsområdet udover grundbidrag også skal betale et væsentligt større aktivitetsafhængigt bidrag.

Også udviklingsbidraget er i 2007 fastsat ved lov. Bidraget er her 100 kr. pr. indbygger i 2003 priser svarende til 110 kr. pr. indbygger i 2007 priser. Reglerne for fastsættelse af udviklingsbidraget for 2008 frem er tilsvarende reglerne for grundbidraget. På området her bliver maksimumsgrænsen 200 kr. pr. indbygger i 2003 priser.

Der er budgetmæssig dækning for udgifter til disse 2 bidrag i 2007, da der i budgetforslaget henholdsvis er afsat 67,812 mio. kr. og 6,768 mio. kr. til formålene.

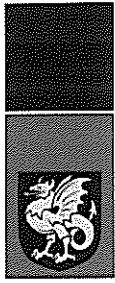
Central- og Skatteforvaltningen indstiller, at det meddeles Region Hovedstaden, at Gladsaxe Kommune ikke har bemærkninger til størrelsen af grund- og udviklingsbidragene for 2007, idet disse er fastsat ved lov.

Sagen kan afgøres af Økonomiudvalget.

### **Økonomiudvalget:**

Tiltrådt.

Der var tilslutning til at Gladsaxe Kommune anmoder om at få en specifikation af hvilke ydelser kommunens borgere forventer at modtage fra Region Hovedstaden.



**MODTAGET**

**- 8 SEP. 2006**

REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN

2005 00299/4

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

8. september 2006

### Udviklingsbidrag og grundbidrag til Region Hovedstaden

Forberedelsesudvalget for Regions Hovedstaden har i brev af 25. august 2006 anmodet om kommunalbestyrelsernes stillingtagen til udviklingsbidrag og grundbidrag til Region Hovedstaden for 2007.

Kommunalbestyrelsen har på sit møde den 31. august 2006 godkendt udviklingsbidraget og grundbidraget som de fremgår af budgetforslaget for Region Hovedstaden for 2007.

Med venlig hilsen

Bjarne Kristiansen  
Borgmester

Orla Kristiansen  
Konst. kommunaldirektør

MODTAGET

- 6 SEP. 2006

REGION HØVEDSTADEN

JOURNALEN

200500299/3



HØRSHOLM KOMMUNE

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden  
Amtsgården  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

## Budget 2007 - forslag til grundbidrag og udviklingsbidrag.

Kommunalbestyrelsen i Hørsholm Kommune har modtaget forberedelsesudvalgets forslag til grundbidrag og udviklingsbidrag for 2007. Kommunalbestyrelsen har ingen bemærkninger til de foreslåede takster.

Dato: 04.09.2006

Ref.  
06080405B/JHJN-6RGF54  
/LST

**Politisk administrativt  
Sekretariat**

Venlig hilsen

Uffe Thorndahl  
Borgmester

Kim Herlev Jørgensen  
Kommunaldirektør

Tlf : 45 17 76 51

Fax 45765254

lst@horsholm.dk

www.horsholm.dk

**Kontaktperson**

Lene Stangerup

Juridisk Konsulent

Direkte tlf. 45177651

# TÅRNBY KOMMUNE

Kommunalbestyrelsen

**MODTAGET**

**- 8 SEP. 2006**

**REGION HOVEDSTADEN  
JOURNALEN**

200500299/2

Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Att. Formanden

Dato  
05.09.2006

Deres ref.

Vores ref.  
946057  
946158

Direkte nr.  
3247 1221  
heh.of

## Hørings svar til Region Hovedstaden om udviklings- og grundbidrag

Kommunalbestyrelsen i Tårnby Kommune skal under henvisning til skrivelse af 25. august 2006 hermed meddele, at de i Økonomiaftalen af 10. juni 2006 fastlagte udviklingsbidrag og grundbidrag til Region Hovedstaden for 2007 tages til efterretning.

Med venlig hilsen

Henrik Zimino  
Borgmester

/  
Klavs Gross  
Kommunaldirektør



4. september 2006

Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

### **Vedr. høring vedr. udviklingsbidrag og grundbidrag fra kommunerne til Region Hovedstaden**

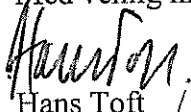
Gentofte Kommune har fra Region Hovedstaden modtaget skrivelse samt dagsordenspunkt inkl. bilag for Kommunekontaktudvalgets behandling af punktet *Budget 2007 – høring i relation til grundbidrag og udviklingsbidrag* på mødet den 1. september. Som det fremgår af skrivelsen skal kommunalbestyrelserne i regionen i henhold til den udsendte bekendtgørelse senest den 10. september skriftligt meddele forberedelsesudvalget deres stillingtagen til grundbidrag og udviklingsbidrag.

På baggrund af, at bidragene for 2007 er fastsat ved lov, tager Gentofte Kommune udmeldingen af grund – og udviklingsbidragets størrelse for 2007 til efterretning.

Orienteringen fra Region Hovedstaden giver kommunen anledning til at ytre det ønske, at der i det fremtidige samarbejde mellem region og kommune vil blive mulighed for, at kommunen får indseende med udviklingen i den regionale økonomi, ikke mindst af hensyn til den kommunale budgetsikkerhed. Det er forud for den kommunale budgetlægning for det enkelte år vigtigt for kommunen at kunne vurdere behovet for regulering af det kommunale grundbidrag. Og det er helt afgørende i løbet af budgetåret løbende at kunne vurdere udviklingen i det aktivitetsbaserede bidrag, kommunen vil blive opkrævet. Det stiller krav til åbenheden mellem region og kommuner og til overholdelse af aftalte tidsfrister.

Endelig er det Gentofte kommunes håb, at den forhandling mellem Region Hovedstaden og regionens kommuner, der går forud for fastsættelsen af bidragssatserne for de kommende år består af en åben drøftelse af de nødvendige prioriteringer i det regionale sundhedsvæsen, der på den ene side giver borgerne den service, de efterspørger, og på den anden side sikrer en udgiftsudvikling, som giver kommunerne mulighed for at håndtere udviklingen i den kommunale medfinansiering.

Med venlig hilsen

  
Hans Toft

  
Jan Nielsen

**Jette Sylow Rasmussen**

---

**Fra:** Line Schiellerup [Line.Schiellerup@hh.hosp.dk]  
**Sendt:** 12. september 2006 11:19  
**Til:** Jette Sylow Rasmussen  
**Emne:** hørings svar  
**Vedhæftede filer:** Udtalelse fra Hvidovre Hospital 2006.doc

Hej Jette,

som aftalt pr. telefon d.d fremsender jeg hermed kontaktudvalgets hørings svar.

med venlig hilsen

Line Schiellerup  
Formand for Kontaktudvalget  
Hvidovre Hospital  
tlf.:36322157  
mailto: Line.Schiellerup@hh.hosp.dk

Hvidovre Hospital  
Kontaktudvalget

Til Forberedelsesudvalget  
v/Regionsdirektionen

30. august 2006

**Udtalelse fra Hvidovre Hospital's kontaktudvalg vedr. Region Hovedstadens budgetforslag 2007**

Hvidovre Hospital's personale vil gerne være med til at skabe et sygehusvæsen i verdensklasse, men med et forslag til en budgetreduktion på 19 mio, og fortsat krav om årlig produktionsstigning på 2%, er vi meget bekymrede for de personalemæssige konsekvenser dette vil medføre.

Hvidovre Hospital har gennem årene gennemført stor besparelser samtidig med at kravene til produktion og kvalitet er øget. Resultatet af dette ser vi nu ved, at flere og flere medarbejdere har symptomer på stress og udbrændthed.

Konsekvenserne af budgetforslaget vil medføre stadig stigende krav til effektivitet, produktivitet, kvalitet, sikkerhed og dokumentation, samt give den enkelte medarbejder en stadig større arbejdsmæssig belastning. Allerede nu har mange medarbejdere en følelse af, ikke at kunne drage tilstrækkelig omsorg overfor patienterne samt bruge sin faglighed godt nok i det daglige arbejde.

Det psykiske arbejdsmiljø halter, og skal Region Hovedstaden fremstå som " et sygehusvæsen i verdensklasse", skal der afsættes ressourcer til et realistisk budget samt sikres midler til forbedring af arbejdsmiljø, kompetenceudvikling og efter- og videreuddannelse.

med venlig hilsen  
og på vegne af Kontaktudvalget, Hvidovre Hospital

Line Schiellerup  
Formand for Kontaktudvalget

## **Bilag til sag om revideret budget 2006 for forberedelsesudvalget**

Forslag til revision af forberedelsesudvalgets budget 2006.

<b>1.000 kr.</b>	<b>Oprindeligt budget 2006</b>	<b>Ændring</b>	<b>Korrigeret Budget 2006</b>
<b><i>Politisk Organisation</i></b>			
1. Vederlag	2.400		2.400
2. Diæter og godtgørelse	1.900		1.900
3. Møder, uddannelse, IT- arbejdspladser, repræsentation, annoncer mv.	4.300		4.300
<b><i>Administrativ organisation</i></b>			
4. Direktion	5.700	0	5.700
5.1 Sekretariat	6.900	2.570	9.470
5..2 Mellemstabe		7.085	7.085
6. Personalerelaterede udgifter, herunder transport, møder, seminarer etc	1.300	700	2.000
7. Trykning af dagsordener m.v.	300		300
8. Ansættelse af permanent direktion - konsulent og annoncering	1.000		1.000
9. Ekstern Bistand	2.000		2.000
10.1 Indretning af lokaler, inventar m.v.	1.000	1.000	2.000
10.2 Husleje m.v. - midlertidige lokaler	0	1.400	1.400
10.3 Rengøring -midlertidige lokaler		100	100
10.4 Husleje m.v. Borgervænget	0	5.100	5.100
<b>I alt - drift</b>	<b>26.800</b>	<b>17.955</b>	<b>44.755</b>
<b><i>Anlæg</i></b>			
11. IT-investeringer	25.000	0	25.000
<b><i>Finansiering</i></b>			
12. Tilskud	-26.800	-17.955	-44.755
13. lånoptagelse	-25.000	0	-25.000

### *Bemærkninger til forslag til ændringer af budgetposterne*

I det følgende beskrives forudsætningerne for forslag til revision af budget for forberedelsesudvalget.

Bemærkninger til de enkelte forslag til ændringer:

#### *5.1 Sekretariat.*

Budgettet foreslås forhøjet med 2,6 mio. kr. som følge af, at flere personer udlånes til sekretariatet fra de enkelte enheder.

#### *5.2 Mellemstabe.*

Som følge af etablering af mellemstabe for regionssekretariatet, planlægnings- og udviklingsafdelingen, økonomiafdelingen, HR-afdelingen og afdelingen for regional udvikling foreslås indarbejdet et budget på 7,1 mio. kr. til afholdelse af lønudgifter i forbindelse med udlån af medarbejdere fra enhederne. Udlånet berører omkring 60 personer, der udlånes på hel- eller deltid, svarende til godt 14 årsværk. Der er tale om veluddannede og erfarne medarbejdere, hvilket i lighed med budgettets hidtidige forudsætninger medfører en relativ høj gennemsnitlig lønomkostning.

#### *6.0 Personalerelaterede udgifter, herunder transport, møder, seminarer m.v.*

Som følge af en stigende aktivitet i regionssekretariatet og etablering af mellemstabe, herunder mødevirksomhed, transport mellem flere adresser m.v., vurderes udgifter hertil at skulle forøges med 0,7 mio. kr.

#### *10.1 Indretning af lokaler, inventar mv.*

Udgifter til indretning af lokaler og til inventar i forbindelse med omflytninger og nye lejemål foreslås forøget med 1,0 mio. kr.

#### *10.2 Husleje m.v. – midlertidige lokaler.*

Huslejudgifter vedrørende lejemålet med Hillerød Handelsskole udgør i 2006 0,6 mio. kr. Hertil kommer udgifter til nødvendig edb- og telefonkabling, der er anslået til 0,8 mio. kr. I alt 1,4 mio. kr. i 2006.

#### *10.3 Rengøring – midlertidige lokaler.*

Det er efterfølgende oplyst, at rengøring af lokaler i Hillerød Handelsskole udgør ca. 20.000 kr. månedligt, svarende til 0,1 mio. kr. i 2006.

#### *10.4 Husleje m.v. – Borgervænget.*

Huslejudgifter m.v. i forbindelse med lejemålet i Borgervænget udgør i 2006 1,4 mio. kr. Hertil kommer et depositum svarende til seks måneders leje for hele lejemålet eller ca. 1,7 mio. kr. Endelig udgør nødvendige udgifter til indretning af lokalerne 2,0 mio. kr. I alt 5,1 mio. kr.

**Møder 2007 - Region Hovedstaden**  
(Som vedtaget på forberedelsesudvalgets møde den 22. august 2006)

---

**Forretningsudvalg**

Mødedato
30. januar
6. marts
17. april
15. maj
19. juni
14. august
18. september
23. oktober
20. november
11. december

**Regionsråd**

Mødedato
6. februar
13. marts
24. april
22. maj
26. juni
21. august (1. behandling)
25. september (2. behandling)
30. oktober
27. november
18. december

## Forslag til møde- og emneplan for FU og FBU i Region Hovedstaden 2. halvår 2006

19. sept. FU

3. okt. FU

10. nov. FU

5. dec. FU

26. sept. FBU

10. okt. FBU

14. nov. FBU

12. dec. FBU

### 2. behandling af budget 2007 og budgetoverslag 2008-2010.

Revideret budget 2006

Udbud af forsikringsområdet

★ Oplæg om sygehus- og sundhedsplanlægning

Drøftelse af regionens forhandlingsmandat til forhandling af sundhedsaftaler

Godkendelse af rammeaftaler 2007

Styrelsesvedtægt, 1. behandling

Forretningsorden for FBU

★ Vision, mission og værdi-diskussion

★ HR-området: Oplæg til drøftelse af de personalepolitiske principper i.f.m. fusionen

Drøftelse af sundhedskoordinationsudvalgets generelle udkast til sundhedsaftaler.

Fastsættelse af kasse- og regnskabsregulativ og revisionsregulativ.

Styrelsesvedtægt, 2. behandling

★ Godkendelse af kvalitetspolitik/strategi og stillingtagen til akkreditering

★ Godkendelse af indkøbspolitik

★ Afrapportering fra underudvalgene

Valg af medlemmer til diverse fora, herunder forretningsudvalg

### **Nyt møde:**

Godkendelse af tilpasning af overenskomstområder i regionen

★ Afrapportering fra underudvalgene

★ Udskillelse af psykiatrien i H:S

Godkendelse af kommende aftaler om medbestemmelse og medindflydelse (MED-aftaler)

★ Brugerpolitik

★ Kommunikationspolitik

★ Strategi vedr. samarbejde mellem erhverv og forskning og teknologioverførsel

★ Administrativt forslag til emner som ikke kræver politisk behandling

# NOTAT

Forberedelsesudvalget for  
REGION HOVEDSTADEN  
DIREKTIONEN

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Tlf: 4820 5000  
Fax: 4820 5149  
E-post: regh@regh.dk  
www.regionhovedstaden.dk

Dato: 06.09.2006  
Sagsnr.: 200500283-1  
Arkiv:

## Sundhedsplanlægning i Region Hovedstaden

Rammerne for regionens forestående planopgaver på sundhedsområdet er fastsat ved lov, i bekendtgørelser og vejledninger og i landsoverenskomster med samarbejdspartner.

Nedenfor beskrives de lovgivningsmæssige rammer for planarbejdet, herunder krav til indhold, inddragelse og tidsfrister. Endvidere præsenteres forslag til, hvornår den konkrete administrative og politiske planlægningsproces bør igangsættes i Region Hovedstaden.

Notatet vedrører følgende planer:

1. Sundhedsplan .....	1
2. Sygehusplan (somatik og psykiatri) .....	3
3. Sundhedsaftaler .....	5
4. Beredskabsplan og plan for den præhospitale indsats .....	6
5. Praksisplan for almen praksis .....	8
6. Praksisplan for speciallægepraksis .....	9
7. Praksisplaner for øvrige områder under sygesikringen .....	10
8. Øvrige regionale planer på sundhedsområdet .....	10

### 1. Sundhedsplan

Regionen skal i henhold til sundhedslovens § 206 udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet (herefter sundhedsplan). Af sundhedslovens kapitel 63 fremgår:

**§ 206.** Regionsrådet udarbejder en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

*Stk. 2.* Forud for regionsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

*Stk. 3.* Regionsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i regionens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen.

*Stk. 4.* Regionsrådet indsender planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Den nærmere beskrivelse af rammerne for sundhedsplanen findes i bemærkninger til lovforslaget, hvoraf det fremgår:

Bestemmelsen viderefører dermed § 27 e i sygesikringsloven, der blev indført ved L 1992 1024, hvorefter der i hvert amt skal foreligge en sundhedsplan. Den regionale sundhedsplan vil fungere som den samlede beskrivelse af regionens sundhedsindsats og vil naturligt gengive regionens planlægning på specialeområdet (sygehusspecialer og praksisplaner) og beskrive de aftaler, regionsrådet har med kommunalbestyrelserne på de centralt udmeldte områder, men også på områder man i øvrigt lokalt har valgt at gøre en indsats på.

Herudover vil en sundhedsplan naturligt indeholde følgende:

- Planens forudsætninger, herunder en beskrivelse af sundhedstilstanden i regionen.
- Det regionale sundhedsvæsens betjening af regionens borgere for så vidt angår ydelser efter denne lov om sygehusvæsenet, svangerskabshygiejne og fødselshjælp, vaccination mod visse sygdomme, lægeundersøgelse af børn samt forebyggelse.
- Regionens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt herunder aftaler med kommunerne om særlige indsatsområder.
- Regionens samarbejde med alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og øvrige ydere i privat praksis (praksisplanlægningen).
- Regionens samarbejde med kommunerne i regionen og med andre regioner om varetagelse af sundhedsvæsenets opgaver.
- Regionens tilrettelæggelse af den præhospitale indsats.
- Regionens sundhedsberedskab.

Sundhedsplanen vil fungere som regionens samlede ramme om indsatsen på sundhedsområdet. Den vil give de regionale aktører (politikere, administratorer og sundhedspersonale), samarbejdsparter (kommunerne og de privatpraktiserende) og borgere et samlet overblik over den regionale sundhedsplanlægning.

Regionsrådet skal efter stk. 2 indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning forud for rådets behandling af sundhedsplanen. De centrale sundhedsmyndigheder får med det samlede forslag til sundhedslov styrket den koordinerende rolle, for så vidt angår specialeplanlægning, sundhedsberedskab og sundhedsaftaler. For disse tre vigtige elementer i sundhedsplanen er der således allerede sikret en central koordinering og styring. Herudover vil Sundhedsstyrelsens rådgivning til regionernes sundhedsplanlægning yderligere bidrage til sikring af sammenhæng og kvalitet i den regionale indsats på sundhedsområdet.

Den regionale sundhedsplan skal ikke sendes i egentlig høring i kommunerne i regionen eller hos de privatpraktiserende sundhedspersoner. Det forudsættes, at den regionale sundhedsplan er udarbejdet efter drøftelser med repræsentanter herfra i det regionale sundhedskoordinationsudvalg efter § 205 (*red. gældende lov § 204*).

Den vedtagne sundhedsplan, og eventuelle senere ændringer heri, skal indsendes til Sundhedsstyrelsen.

### *1.1. Region Hovedstadens sundhedsplan*

Det er endnu ikke konkretiseret, hvordan Sundhedsstyrelsens rådgivning, der ifølge sundhedslovens § 206 stk 2 skal indhentes forud for Regionsrådets behandling af sundhedsplanen, forventes udmøntet.

Sundhedsplanen må betragtes som en ”overligger” på alle regionens planer på sundhedsområdet. Kravet om, at sundhedsplanen skal revideres forud for enhver større planændring på området, vil bevirke at sundhedsplanen i højere grad end tidligere vil få karakter af en ”dynamisk” plan.

Det betyder også, at regionens sundhedsplan vil blive til løbende og samlet efterhånden som de væsentligste planer på sundhedsområdet vedtages. Det kan til den tid besluttes, om man ønsker en kort (mere borgerrettet) sundhedsplan, der opsummerer de øvrige planer, eller om man ønsker alle planerne samlet i én sundhedsplan.

## 2. Sygehusplan (somatik og psykiatri)

Regionens planlægning af sygehusområdet (herefter sygehusplan) er reguleret i sundhedslovens bestemmelser for specialeplanlægning, kapitel 64. Sygehusplanlægningen omfatter såvel somatik og psykiatri (mere herom i afsnit 2.1. og 2.2. nedenfor).

Sundhedsloven giver Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen klarere og mere vidtgående beføjelser og forpligtelser i forhold til specialeplanlægningen af lands- og landsdelsfunktionerne (også kaldet specialfunktioner). Sundhedsstyrelsen nedsætter et rådgivende udvalg for specialeplanlægning (i henhold til sundhedslovens § 207), hvis opgave er at drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægning og komme med oplæg til Sundhedsstyrelsens udmeldinger vedrørende specialeplanlægning. Udvalget er rådgivende, men det fremgår af bemærkningerne til loven, at det kun skønnes at være i tilfælde af uenighed i udvalget, og hvor hensynet til patienterne taler herfor, at Sundhedsstyrelsen får behov for at udøve sine beføjelser til selv at træffe beslutninger.

Sundhedsstyrelsens regulering af specialeplanlægning, for så vidt angår lands- og landsdelsfunktioner (specialfunktioner) er fastsat i sundhedslovens § 208. Bestemmelserne om specialeplanlægning er trådt i kraft den 1. januar 2006, hvorimod hovedparten af sundhedslovens øvrige bestemmelser først træder i kraft pr. 1. januar 2007. Sundhedslovens § 208 lyder:

- § 208.** Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.
- Stk. 2.* Sundhedsstyrelsen godkender lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse.
- Stk. 3.* Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.
- Stk. 4.* Sundhedsstyrelsen kan inddrage en godkendelse efter stk. 2 efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet.
- Stk. 5.* Regionsrådet og vedkommende private sygehuse afgiver årligt en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med lands- eller landsdelsfunktion.

Bestemmelserne i § 208 giver Sundhedsstyrelsen en række nye kompetencer. Sundhedsstyrelsen får hjemmel til at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktionerne, dels til at godkende deres placering på bestemte sygehuse, dels til at tilbagetrække godkendelser, såfremt de fastsatte krav ikke er opfyldt – trods pålæg herom. Regionsrådene skal årligt rapportere til Sundhedsstyrelsen om status for lands- og landsdelsafdelingernes opfyldelse af de fastsatte krav, ligesom Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at vurdere, om de fastlagte krav er opfyldt. Sundhedsstyrelsen får endvidere beføjelser til at fastlægge regler om visitation af patienter til behandling på lands- og landsdelsafdelinger. Endvidere kan Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om, at visse behandlingsformer samles på et eller få sygehuse, hvor kvalitets- eller ressourcemæssige hensyn taler herfor. Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår, at de nye bestemmelser skal sikre den rette balance mellem regionernes

egen planlægning og hensynet til den overordnede koordination af sundhedsvæsenet, f.eks. for at sikre den nødvendige samling af behandlingen af bl.a. hjerte- og kræftpatienter.

### *2.1. Region Hovedstadens sygehusplan (somatik)*

Sundhedsstyrelsen vil således skulle fastsætte krav til specialfunktioner og godkende disse på regionale og private sygehuse. Herudover er det besluttet, at Sundhedsstyrelsen som hidtil skal udforme anbefalinger for varetagelsen af hovedfunktioner i regionerne. Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger vil således danne rammerne for Region Hovedstadens sygehus- og specialeplanlægning.

Sundhedsstyrelsen har igangsat en gennemgang af alle de lægelige specialer med henblik på at opstille de konkrete krav til specialfunktioner. Den samlede gennemgang af alle specialer forventes at tage ca. 2 år og således være afsluttet i september 2008. Dog ventes Sundhedsstyrelsens krav til planlægningen af akutberedskabsområdet udmeldt allerede i december 2006. Baggrunden er, at konkrete anbefalinger for akutberedskabet, dvs. den præhospitale indsats og sygehusenes akutmodtagelser, vil have stor betydning for, hvordan tilrettelæggelsen af hovedfunktioner og specialfunktioner i de enkelte specialer kan foregå i praksis.

Sundhedsstyrelsen forventer at indhente regionernes statusrapporter (jf. sundhedslovens § 2008 stk. 5) første gang i første kvartal 2008, idet det er en forudsætning, at der for et antal specialer er opstillet krav, godkendt funktioner og har været en vis funktionsperiode.

Specialevejledningen fra 2001 er gældende indtil ny speciale gennemgang foreligger.

Region Hovedstadens speciale- og sygehusplanlægning kan ikke afvente Sundhedsstyrelsens speciale gennemgang. Sammenlægning af fire forskellige sygehusvæsenere og de kommende års økonomiske udfordringer nødvendiggør, at der foretages en tilpasning af kapacitets- og specialefordelingen mellem regionens sygehuse. Der lægges således op til en planproces, der muliggør politisk vedtagelse af en sygehusplan i maj 2007, som bl.a. kan danne grundlag for budget 2008-2011.

Såfremt Sundhedsstyrelsen efterfølgende udmelder konkrete specialespecifikke krav, der ikke allerede er imødekommet i regionens sygehusplanlægning, må dette håndteres til den tid.

### *2.2. Region Hovedstadens sygehusplan (psykiatri)*

Psykiatriplanlægningen er underlagt samme bestemmelser som den øvrige specialeplanlægning, hvilket vil sige, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til den specialiserede psykiatriske behandling, men ellers gælder ingen særlige krav til en sygehusplan på det psykiatriske område eller en psykiatriplan.

På nationalt plan forventes indgået en ny psykiatriaftale i efteråret 2006. Aftalen vil pege på en styrket indsats på en række områder, herunder retspsykiatrien, de ikke-psykotiske sindslidende, børne- og ungdomspsykiatrien, speciallægeuddannelsen og rekruttering, kapacitet og tilgængelighed samt landsdækkende udviklings- og forskningsinitiativer, kvalitetsudvikling mv.

Der er en række særlige forhold på psykiatriområdet, der taler for, at der i Region Hovedstaden bør udarbejdes en særskilt sygehusplan for psykiatrien. Det gælder bl.a. det forhold, at området organisatorisk er skilt fra det somatiske, at der som udgangspunkt er forskel i størrelse, organisering og vægning af indsatsen blandt regionsparterne, ligesom der skal tages højde for andre samarbejdsfla-

der end på det somatiske område. Der vil dog stadig være en række sammenfaldende udfordringer med den øvrige specialeplanlægning, hvorfor det anbefales at de to planprocesser foregår parallelt. Der lægges således op til en planproces, der muliggør politisk vedtagelse af en psykiatriplan i maj 2007, som bl.a. kan danne grundlag for budget 2008-2011.

### 3. Sundhedsaftaler

For at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner om indsatsen over for de patientgrupper, der har behov for ydelser både i sygehussektor, praksissektor og kommune indeholder den nye sundhedslov skærpede bestemmelser for den sundhedsplanlægning der går på tværs af region, kommune og praksissektor. Rammerne for dette samarbejde og kravet om udarbejdelse af fælles sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens kapitel 62. Heraf fremgår:

**§ 203.** Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

**§ 204.** Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v.

**§ 205.** Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet.

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte.

*Stk. 3.* Aftaler vedrørende indsatsområder, som er omfattet af de af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsatte regler efter stk. 2, indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Sundhedslovens §§ 204 stk 2 og 205 stk 2 er i maj 2006 udmøntet i Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (BEK nr. 414 af 5. maj 2006).

Sundhedskoordinationsudvalget skal bl.a. udarbejde et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der efter sundhedslovens § 205 skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen. I forhold til den overordnede sundhedsplanlægning, skal sundhedskoordinationsudvalget endvidere fungere som et forum, hvor forventninger og interesser afstemmes og drøftes f.eks. som led i regionsrådets udarbejdelse af den samlede sundhedsplan efter sundhedslovens § 206 (jf. bemærkningerne til sundhedsloven).

De sundhedsaftaler der skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner skal ifølge bekendtgørelsen som minimum omfatte aftaler for følgende områder:

- udskrivningsforløb for svage ældre patienter,
- indlæggelsesforløb,
- træningsområdet,
- hjælpemiddelområdet,
- forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse,
- indsatsen for mennesker med sindslidelser

Sundhedsaftalerne skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest 1. april 2007.

### 3.1. Region Hovedstadens sundhedsaftaler

Et midlertidigt sundhedskoordinationsudvalg med repræsentanter fra Forberedelsesudvalget, Kommunekontaktrådet og Praksisudvalget er under nedsættelse. Det midlertidige udvalgs primære opgave i 2006 bliver at udarbejde en generel skabelon for sundhedsaftalerne i regionen.

Det forberedende arbejde for indgåelse af sundhedsaftaler er begyndt på administrativt niveau, bl.a. med det formål at sikre en balance mellem forventninger til og ambitioner for de første sundhedsaftaler. De tidsmæssige rammer for indgåelse af de første sundhedsaftaler taler for, at der i "1. generationsaftalerne" sigtes mod en betydelig grad af fælles indhold baseret på hidtidige erfaringer, men med mulighed for også at inddrage særlige projekter, aftaler m.m. I forlængelse heraf bør det af de enkelte aftaler fremgå, hvilke udviklingsperspektiver, der skal arbejdes med i aftaleperioden.

Aftaleudkast til de 29 sundhedsaftaler forventes forhandlet på plads i perioden januar-februar 2007, således at sundhedsaftalerne kan godkendes i Kommunalbestyrelserne og Regionsrådet i marts 2007 med henblik på indsendelse til Sundhedsstyrelsen inden 1. april 2007.

## 4. Beredskabsplan og plan for den præhospitale indsats

Rammerne for sundhedsplanlægningen på beredskabsområdet er fastsat i sundhedslovens og beredskabsloven. Sundhedslovens bestemmelser om planlægning og gennemførelse af sundhedsberedskabet i kapital 65 lyder:

**§ 210.** Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der sikres syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger. Planen skal vedtages af henholdsvis regionsrådet og kommunalbestyrelsen i et møde.

*Stk. 2.* Forud for regionsrådets og kommunalbestyrelsens behandling af forslag til sundhedsberedskabsplan skal henholdsvis regionsrådet og kommunalbestyrelsen indhente Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens rådgivning.

*Stk. 3.* Det påhviler private sygehuse at planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at de på tilsvarende måde som regionale sygehuse kan indgå i sygehusberedskabet.

*Stk. 4.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsråds og kommunalbestyrelseres planlægning og varetagelse af sundhedsberedskabet.

**§ 211.** Indenrigs- og sundhedsministeren kan i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger, pålægge regionsrådet eller kommunalbestyrelsen at løse en sundhedsberedskabsopgave på en nærmere bestemt måde.

Herudover er den præhospitale indsats beskrevet i Sundhedslovens kapitel 52, hvoraf det fremgår:

**§ 169.** Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om regionsrådenes tilrettelæggelse af den præhospitale indsats og ambulancetjeneste, herunder regler for uddannelsen af ambulancemandskabet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har endnu ikke udsendt den bekendtgørelse, der udmønter hjemmelen i § 169 og § 210 stk 4 i sundhedsloven. Udkast til bekendtgørelse har imidlertid været udsendt i høring i marts 2006. Bekendtgørelsen fastsætter de nærmere regler for planlægning og varetagelse af sundhedsberedskabet og viderefører endvidere de hidtidige bestemmelser om plan-

lægning af den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale, jf. bekendtgørelse nr. 1039 af 24. november 2000 (ambulancebekendtgørelsen). Planlægningsbestemmelserne for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats er sammenskrevet, idet den præhospitale indsats indgår som en del af sundhedsberedskabet, og planlægningen heraf derfor bør være sammenhængende. Der er således lagt vægt på en regional sammenhæng mellem det præhospital beredskab og beredskabsplanlægningen i regionen og herunder at ansvaret for begge områder placeret entydigt og centralt.

Den planlægningsforpligtelse på beredskabsområdet, der hviler på *den civile sektor*, fremgår af beredskabslovens kapitel 5 (§§ 24 – 28) og suppleres af bestemmelsen i § 57 om beredskabspligt for offentligt ansatte og ansatte i offentlige og private virksomheder og institutioner. Efter disse bestemmelser skal alle offentlige myndigheder sørge for, at der på alle væsentlige områder er gennemført den fornødne planlægning for videreførelsen af samfundsfunktionerne under ekstraordinære forhold.

Regionsrådet skal udarbejde en samlet plan for regionens beredskab, dvs. for de opgaver, der er henlagt til regionsrådet. Dette følger af beredskabslovens § 25, stk. 1 og 2. Denne plan skal omfatte alle de sektorområder, som i det daglige varetages af regioner. Planen skal vedtages af regionsrådet i et møde. Planerne skal revideres i det omfang, udviklingen gør det nødvendigt, dog mindst én gang i hver regional valgperiode, hvor revisionen ligeledes skal behandles af regionsrådet i et møde. Planer og revisioner heraf indsendes til Beredskabsstyrelsen, konkret til de lokale beredskabscentre, jf. beredskabslovens § 25, stk. 2, 3 og 4.

Hver myndighed herunder regionerne er ansvarlig for at koordinere med andre beredskabsmyndigheder, både i forhold til hændelser, der rammer bredt, og hændelser, som er mere specifikke for deres område. Koordinationsforpligtelsen gælder både i forhold til overordnede, sideordnede og underliggende myndigheder. Beredskabsarbejdet forudsætter derfor en balance mellem sektoransvar og koordination. Der findes ikke generelle regler for koordinationen på det kommunale og regionale område. Inden for visse dele af særlovgivningen, herunder f.eks. på sundhedsområdet, findes der imidlertid særlige regler herom. Det anbefales, at ikke mindst politikredsen, kommuner, regioner og de statslige regionale beredskabscentre, men også alle andre relevante stedlige myndigheder og private virksomheder m.v., inddrages i beredskabsarbejdet i kommunerne eller regionerne. For sundhedsområdet betyder dette etablering af et præhospital og beredskabsudvalg samt central koordination med blandt andet politi, redningsberedskab og kommuner.

#### *4.1. Region Hovedstadens plan for sundhedsberedskab og præhospitale indsats*

Regionens kommende beredskabsplan og plan for præhospitale indsats skal ses i sammenhæng med regionens sygehusplan, hvorfor det forberedende arbejde bør igangsættes, når de administrative stabe er på plads i 2007.

Der er imidlertid en række funktioner, der allerede skal fungere på regionalt niveau pr 1. januar 2007. På sundhedsberedskabsområdet og det præhospitale område skal der i regionen ske en integration og koordination af de nuværende organisatoriske løsninger og planer, således at den regionale styring sker centralt. Disse opgaver omfatter etablering af et fælles akut medicinsk koordinationscenter (AMK), koordination af sygehusberedskabsplaner, sundhedsfaglige opgaver på alarmcentralen, regionens medieberedskab og kontakt til centrale beredskabsmyndigheder og relevante institutioner/samarbejdspartnere.

## 5. Praksisplan for almen praksis

Rammerne for praksisplanlægningen vedrørende alment praktiserende læger er fastlagt i Landsoverenskomsten for almen lægegerning, der foreskriver, at samarbejdsudvalget skal udarbejde en praksisplan minimum hver 4. år. Af overenskomstens kapitel III § 13 om praksisplanlægning fremgår:

*Stk. 1.* Samarbejdsudvalget udarbejder en plan for almen praksis.

*Stk. 2.* Praksisplanen udarbejdes med henblik på at sikre en rimelig lægedækning, herunder at praksissektoren udvikles under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, herunder sygehusvæsenet. I planen skal der forholdes til spørgsmålet om rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger jf. § 13A. I planen indgår ligeledes en stillingtagen til de forskellige praksisformer, jf. § 36, herunder om visse praksisformer ønskes fremmet og om der med henblik herpå iværksættes særlige tiltag. Endvidere udarbejdes planen med henblik på at sikre en rimelig fordeling af arbejdsbyrden samt et rimeligt driftsunderlag for de enkelte læger.

*Stk. 3.* Praksisplanen udarbejdes for en nærmere fastsat årrække, og udarbejdes som minimum hvert 4. år, første gang for regionen inden den 01-04-2008.

*Stk. 4.* Praksisplanen skal revideres i perioden, når der sker ændringer i dens forudsætninger.

*Stk. 5.* Inden praksisplanen udarbejdes/revideres skal der ske en høring af regionens læger vedrørende deres ønsker til og behov i planlægningsperioden. Det kan f.eks. dreje sig om ønsker/behov vedrørende udvidelse af antallet af læger, sammenlægning af praksis, flytning af praksis m.v. Endvidere kan lægerne give oplysninger om anden lægelig beskæftigelse til vurdering af arbejdsmængden i almen praksis.

*Stk. 6.* Praksisplanen fremsendes til Landssamarbejdsudvalget, som har adgang til at anmode om yderligere oplysninger.

I forbindelse med strukturreformen er det i forhandlingsaftalen for 2006 aftalt, at de forberedende regionale samarbejdsudvalg (der skal fungere indtil 1. januar 2007) skal forholde sig til en samordning af lokale aftaler, (f.eks. § 2 aftaler), sikre at de amtslige vagtordninger omstilles til regionale vagtordninger og – som første led i den samlede plan for almen praksis i regionen – udarbejde den del af planen, der vedrører rekruttering og fastholdelse (jf. § 13, stk. 2). Denne del af praksisplanen skal forelægges for det regionale samarbejdsudvalg til godkendelse senest den 1. april 2007.

Den samlede praksisplan skal som det fremgår af overenskomstteksten ovenfor være vedtaget inden 1. april 2008.

### *5.1. Region Hovedstadens praksisplan for almen praksis*

Det forberedende arbejde i forbindelse med den del af regionens praksisplan for almen praksis, der vedrører samordning af aftaler og vagtordninger og indsatsen for rekruttering og fastholdelse, er sat i gang af det forberedende regionale samarbejdsudvalg.

En repræsentant fra almen praksis i de sundhedsfaglige råd er bl.a. med til at sikre koblingen mellem sygehusplanen og almen praksis.

Der på en lang række områder behov for overblik og fælles mål for samarbejdet mellem regionen og de almen praktiserende læger, således at borgerne sikres samme undersøgelses- og behandlingsmuligheder hos praktiserende læge i regionen. Det vil være hensigtsmæssigt, at den samlede praksisplanlægning af hensyn til tidsfristen igangsættes tidligst muligt i 2007.

## 6. Praksisplan for speciallægepraksis

Praksisplanlægningen på speciallægeområdet er tilsvarende reguleret i den gældende landsoverenskomst om speciallægehjælp mellem FAS og Sygesikringens forhandlingsudvalg (SFU). Der foreligger ikke nye overenskomster for speciallægeområdet og de øvrige praksisområder, der tager højde for regionsdannelsen. Det må være rimeligt at formode, at der vil blive aftalt lignende planlægningsbestemmelser for regionerne, men vil kunne ske ændringer.

I modsætning til almen praksis området, skal samarbejdsudvalget på speciallægeområdet alene forelægges Regionsrådets udkast til praksisplan til bemærkning. Der skal ligeledes udarbejdes en praksisplan for speciallægeområdet i hver valgperiode. Af landsoverenskomstens kapitel III § 12 om praksisplanlægning fremgår:

*Stk. 1.* Med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren foretager amtet, med udgangspunkt i de enkelte specialer, en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i amtet.

*Stk. 2.* Praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Praksisplanen behandles i henhold til kapitel 6a i sygesikringsloven en gang i hver kommunal valgperiode.

*Stk. 3.* Praksisplanlægningen skal udfra hensynet til effektivitet og kvalitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis, samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.

*Stk. 4.* Ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i amtet er et tilstrækkeligt antal speciallægepraksis, hvortil der er handicapvenlig adgang.

*Stk. 5.* Amtet udarbejder en beskrivelse af den ambulante speciallægebetjening i amtet som del af grundlaget for planlægningen. Samarbejdsudvalget kan meddele bemærkninger til udkast til beskrivelse samt den endelige beskrivelse.

*Stk. 6.* Samarbejdsudvalget forelægges amtets udkast til praksisplan og kan meddele amtet bemærkninger hertil. De lægelige medlemmer af samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges amtsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

*Stk. 7.* Den af amtsrådet vedtagne praksisplan fremsendes til SSU til orientering.

### 6.1. Region Hovedstadens praksisplan for speciallæger

Planlægningen af kapacitet og udvikling af speciallægepraksis hænger tæt sammen med regionens sygehusplanlægning og planlægningen på de øvrige områder under sygesikringen. En repræsentant fra speciallægepraksis i de relevante sundhedsfaglige råd er bl.a. med til at sikre koblingen mellem sygehusplanen og speciallægeområdet.

Det vil være hensigtsmæssigt, at en regional praksisplan for speciallæger udarbejdes i umiddelbar forlængelse af regionens sygehusplan og parallelt med praksisplan for almen praksis, dvs. igangsættes medio 2007. Arbejdet med speciallægepraksisplanen vil bestå af en tilpasning af de i 2005 vedtagne speciallægepraksisplaner således at ændringer betinget af sygehusplanlægningen og ønsket om ensartet service for regionens borgere tilgodeses.

## 7. Praksisplaner for øvrige områder under sygesikringen

Foruden planer for almen praksis og speciallægepraksis skal der også ske en fremadrettet planlægning på de øvrige områder under sygesikringen. Der skal således også på sigt udarbejdes praksisplaner for tandlægehjælp, fysioterapi og kiropraktorer. Sygesikringen har for nærværende ingen overenskomst med fodterapeuter, hvorfor en planlægning på området afventer nye forhandlinger.

### 7.1. Regionen Hovedstadens øvrige praksisplaner

Som følge af den nødvendige prioritering af de enkelte plantiltag vil et realistisk mål for udarbejdelsen af de øvrige planer være i løbet af 2008. Der vil dog på de enkelte områder inden 2008 formentlig skulle tages initiativer til tilpasning og koordinering som følge af regionsdannelsen.

## 8. Øvrige regionale planer på sundhedsområdet

Foruden de planer, regionen er forpligtiget til at udarbejde i henhold til loven eller overenskomsten er der en række emneområder på sundhedsområdet, der med fordel kunne danne grundlag for selvstændige planer i den samlede sundhedsplanlægning. Forslag til sådanne planer kunne være:

- **Kvalitetsplan**, der angiver mål og principper for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet med forslag til organisering af indsatsen. En Kvalitetsplan kan f.eks. omhandle emnerne: forbedelse til akkreditering, patientsikkerhed, udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet, styrkelse af den patientoplevede kvalitet og forløbsstyring, evaluering og tværsektoriel udvikling.
- **Plan for forebyggelse og sundhedsfremme**, der bl.a. kunne omfatte mål for sygehusenes patientrettede forebyggelsesindsats, sundhedsaftalernes indhold på dette område og regionens sundhedsfremmende indsats på egne institutioner.
- **Kræftplan**, der lægger de planlægningsmæssige rammer og indsatsen på kræftområdet fra forebyggelse over diagnostik og behandling til rehabilitering og palliativ. Når kræftområdet kan være et relevant fokus for en temaplan skyldes det områdets tyngde i såvel patienter som økonomi og at det konkrete patientforløb ofte går på tværs af flere afdelinger, matrikler og sektorer.
- Der vil endvidere være nogle andre store sygdomsområder, for hvilke man også med fordel vil kunne udarbejde en temaplan f.eks. **Demensplan**, **Diabetesplan** eller **Hjerteplan**.
- **Plan for den ældre medicinske patient**, der med fordel kunne samle op på tilbud og samarbejde mellem sektorer med udgangspunkt i sundhedsaftaler, sygehusplan og øvrige tiltag rettet mod denne patientgruppe.

## Bilag 1

### Oversigt over medlemmer af de videnskabetiske komitéer i Region Hovedstadens område

Medlemmer markeret med \*) kan genudpeges

<b>De videnskabetiske komitéer for Københavns og Frederiksberg Kommuner</b>			
<b>Komité 1</b>			
Fagmedlemmer		Lægmedlemmer	Udpeget af
Professor, ph.d. Mette Rasmussen*) (Formand)		Sigurd Troels Berg (Næstformand)	Københavns Borgerrepræsentation
Praktiserende læge, dr. med. Troels Kardel		Hanne Dahlerup*)	Københavns Borgerrepræsentation
Overlæge Sally Timm*)		Michael Hedelund*)	Københavns Borgerrepræsentation
		Lægeseekretær Bente Winkel*)	Frederiksberg Kommunalbestyrelse
<b>Komité 2</b>			
Overlæge dr. med. Jens Bülow (Formand)		Sygeplejerskelærer Edith Holm (Næstformand)	Frederiksberg Kommunalbestyrelse
Afdelingslæge dr. med. Gitte Kronborg*)		Advokat Majken Johansen*)	Københavns Borgerrepræsentation
Overlæge dr. med. Kjeld Schmiegelow*)		Henrik Off*)	Københavns Borgerrepræsentation
		Manja Sand*)	Københavns Borgerrepræsentation

<b>Den Videnskabetiske Komité for Bornholms Regionskommune, Frederiksborg, Roskilde, Storstrøms og Vestsjællands amter (RVKØST)</b>			
Fagmedlemmer		Lægmedlemmer	Udpeget af
Overlæge Birger Thorsteinsson*) (næstformand)		Amtsborgmester Bent Normann Olsen (formand)	Storstrøms Amt
Overlæge Henri Goldstein*)		Amtsradsmedlem Arne Blom	Frederiksborg Amt
Overlæge Tommy Storm		Bioanalytiker Birgit Norgaard*)	Frederiksborg Amt
Overlæge Otto Christian Bülow Lawaetz*)		Konsulent Alf Mulnas*)	Roskilde Amt
Alment praktiserende læge Kenneth Ginger-Mortensen		Amtsradsmedlem Majken Nevermann*)	Vestsjællands Amt
		Britta Koefoed*)	Bornholms Regionskommune

## Den Videnskabetiske Komité for Københavns Amt

Fagmedlemmer	Lægmedlemmer	Udpeget af
Overlæge, dr. med. Erling Tvedegaard (formand)	Birthe Hyldstrup (næstformand)	Københavns Amtsråd
Overlæge, dr. med. Niels Fogh-Andersen	Fhv. kriminalinspektør Bent Hansen*)	Københavns Amtsråd
Overlæge Lene Lavard*)	Cand. scient. Uffe Birkerod Larsen	Københavns Amtsråd
Overlæge, dr. med. Dorte Nielsen*)	Kommandørkaptajn Bjarne Prangsgaard	Københavns Amtsråd
	Konsulent Thorkil Peter Øst*)	Københavns Amtsråd

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Tlf: 4820 5000  
Fax: 4820 5149  
E-post: regh@regh.dk  
www.regionhovedstaden.dk

Dato: 31.08.2006

## **Notat vedr. de videnskabetiske komiteer fsv. ang. vederlag m.v.**

Efter loven om de videnskabetiske komiteer og regionsloven modtager medlemmer og suppleanter udgiftsgodtgørelse efter reglerne i lov om kommunernes styrelse.

Herudover kan regionsrådet kan beslutte, at medlemmerne og deres eventuelle suppleanter ydes diæter og erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste.

Regionsrådet kan endelig beslutte, at hvervet som medlem af de regionale komiteer vederlægges med indtil 10.000 kr. årligt, at hvervet som formand for de regionale komiteer vederlægges med indtil 35.000 kr. årligt, og at hvervet som næstformand vederlægges med indtil 30.000 kr. årligt. En vederlagt formand eller næstformand kan ikke samtidig modtage diæter og erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste.

Medlemmerne i Københavns Amts komité og i Københavns og Frederiksbergkomiteerne får udbetalt diæter, kørselsgodtgørelse og det maksimale vederlag efter loven. I RVKØST (komiteen for det øvrige Sjælland og Bornholm) er det alene formand og næstformand, der får udbetalt vederlag (maksimalt), og kørselsgodtgørelse og diæter afregnes individuelt af de enkelte amter/Bornholms Regionskommune.

På baggrund af hidtidig praksis indstilles:

- **at** formand og næstformand for de videnskabetiske komiteer vederlægges med henholdsvis 35.000 kr. og 30.000 kr. pr. år
- **at** medlemmerne af de videnskabetiske komiteer hver vederlægges med 10.000 kr. pr. år
- **at** medlemmer og suppleanter modtager befordringsgodtgørelse og
- **at** medlemmer og suppleanter - dog undtaget formand og næstformand - ydes diæter og evt. erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste.

---

# **Forslag til organisering af brystkræftscreening i Region Hovedstaden**

Arbejdsgruppe vedr. brystkræft-  
screening i Region Hovedstaden

**Juli 2006**

---

# Indhold

1.	Baggrund.....	3
1.1	Statslig pulje til brystkræftscreening .....	3
2.	Arbejdsgruppens anbefaling .....	6
2.1	Optagelse af screeningsmammografi .....	6
2.2	Granskning og opfølgning.....	7
2.3	Administration og IT.....	8
2.4	Økonomiberegning for de to modeller .....	8
3.	Indledning.....	9
3.1	Principper for tilrettelæggelse af screeningsprogram .....	10
3.2	Hensyn i valg af model .....	11
4.	Organisering .....	13
4.1	Screeningsmammografi.....	13
4.1.1	Organisering af screeningsmammografienhederne ....	14
4.2	Granskning og opfølgning.....	20
4.2.1	Granskning/billedvurdering .....	20
4.2.2	Opfølgning/udredning ved positivt screeningsfund....	20
4.2.3	Organisering af granskning og udredning.....	22
4.3	Administration og IT.....	24
4.3.1	Organiseringen af RIS- og PACS-systemer.....	24
4.3.2	Administrativ logistik.....	25
4.3.3	Programledelse, monitorering og kvalitetssikring .....	26
5.	Økonomi .....	28
5.1	Forudsætninger.....	28
5.2	Modeller .....	28
Bilag 1.	Arbejdsgruppens medlemmer .....	30
Bilag 2.	Arbejdsgruppens kommissorium .....	31
Bilag 3.	Målgruppen fordelt på kommuner .....	33
Bilag 4.	Kvalitetskrav.....	34
Bilag 5.	Beskrivelse af det administrative flow .....	37
Bilag 6.	Indhold af database/statistik .....	38
Bilag 7.	Økonomiberegninger .....	39
Bilag 8.	Referencer.....	48

---

## 1. Baggrund

Folketinget vedtog i 1999 lov nr. 117 af 29. december 1999 om ændring af sygehusvæsenet, der påbød amterne og H:S at tilbyde brystkræftscreening ved mammografi hvert andet år til alle kvinder i alderen 50-69 år.

Ifølge regeringsaftale om forbedring af behandling af kræft fra den 8. juni 2005 samt regeringens aftale med Amtsrådsforeningen fra den 11. juni 2005 bør brystkræftscreening indføres hurtigst muligt og senest inden udgangen af 2007.

Da det er ikke hensigtsmæssigt, at brystkræftscreening kun tilbydes i en del af en region (i regioner med eksisterende screening hos nogle regionsparter), bør tilbuddet træde i kraft ved strukturreformens gennemførelse 1. januar 2007.

H:S og Bornholms Regionskommune tilbyder i dag brystkræftscreening. Brystkræftscreeningen i H:S administreres fra Rigshospitalet, og brystkræftscreeningen på Bornholm foretages på Bornholm af personale fra H:S. Københavns Amt og Frederiksborg Amt har i dag ikke et brystkræftscreeningsprogram. I begge amter kan kvinder, der ønsker en mammografi, uden at der er lægelig mistanke om kræft, henvises til mammografi af egen læge (gråzonemammografier).

Parterne i den kommende Region Hovedstaden nedsatte derfor i oktober 2005 en arbejdsgruppe til at beskrive, hvordan der kan etableres et samlet tilbud om brystkræftscreening i regionen fra januar 2007, således at en situation, hvor alle kvinder i regionen ikke gives samme tilbud undgås.

Foreliggende redegørelse udgør arbejdsgruppens afrapportering. Sammensætning og kommissorium for arbejdsgruppen fremgår af bilag 1 og 2.

### 1.1 Statslig pulje til brystkræftscreening

Regeringen og Dansk Folkeparti har i "Aftale om forbedring af behandling af kræft" fra juni 2005 aftalt: 1) at fremrykke fristen for udbredelsen af brystkræftscreening til hele landet inden udgangen af 2007, 2) at regionernes sammenlægningsudvalg forpligtes til at indarbejde udgiften til brystkræftscreening i budgettet for 2007, og 3) at afsætte en pulje på 30 mio. kr. til projekter, der gennem ændret arbejdstilrettelæggelse, opgaveglidning, ibrugtagning af ny teknologi m.v. tilvejebringer yderligere

---

kapacitet eller udnytter den eksisterende personalekapacitet bedre. Ansøgningsfristen til puljen var 2. januar 2006.

På baggrund af arbejdsgruppens foreløbige anbefalinger har Københavns Amt og Frederiksborg Amt ansøgt puljen om finansiering til udbygning af screeningskapaciteten med henblik på, at tilbuddet kan træde i kraft allerede med virkning fra 1. januar 2007, således at alle regionens borgere får samme screeningstilbud. Parterne har i det foreløbige notat taget udgangspunkt i den nuværende kapacitet i H:S og beregnet, at der skal etableres 7 ekstra mammografer m.v. for at tilbyde mammografiscreening hvert andet år til alle kvinder i alderen 50-69 år.

Da der vil være en indkøringsperiode over de første år, og grundet de nuværende rekrutteringsproblemer, har man lagt til grund, at det vil være tilstrækkeligt, hvis der i første omgang søges om en udbygning med 5 mammografer, heraf 3 mammografer til betjening af befolkningen i Københavns Amt og 2 til betjening af befolkningen i Frederiksborg Amt, og at kapaciteten søges etableret i løbet af 2006 i de to amters regi. Endvidere er der ansøgt om finansiering af den nødvendige efteruddannelse i indkøringsperioden af 6 radiografer og 3 radiologer, således at man allerede i løbet af 2006 kan igangsætte efteruddannelsen af personale med henblik på implementering pr. 1. januar 2007. Der vil således det kommende år være behov for yderligere uddannelse af radiografer og radiologer.

Den samlede ansøgning til ministeriet ser ud som følger:

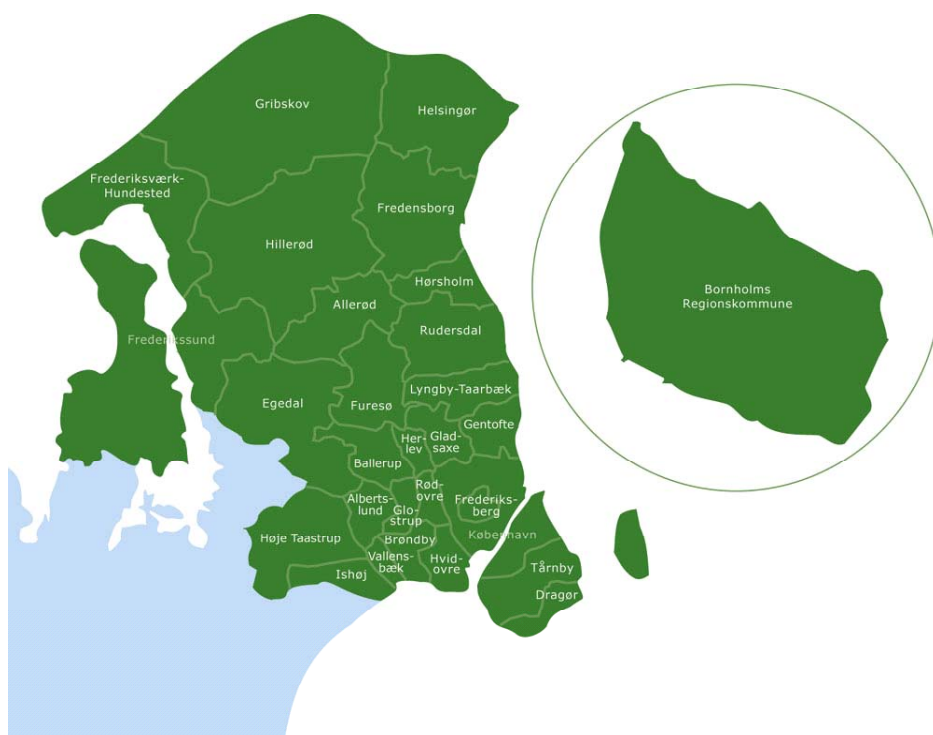
<b>Ansøgt Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje</b>	
<b>Københavns Amt</b>	
3 digitale mammografer	9,0 mio. kr.
Efteruddannelse af 4 radiografer og 2 radiologer	0,8 mio. kr.
<b>Frederiksborg Amt</b>	
2 digitale mammografer	6,5 mio. kr.
Efteruddannelse af 2 radiografer og 1 radiolog	0,5 mio. kr.
<b>I alt</b>	<b>16,8 mio. kr.</b>

Der tages i ansøgningerne forbehold for, at den planlagte udbygning i de to amter senere vil kunne blive ændret, idet der ikke på daværende tidspunkt (december 2005) forelå beslutning om endelig organisering og opgavefordeling m.m. Endvidere er beregningerne alene udført ved simpel fremskrivning af H:S regnskabstal og dermed at betragte som foreløbige. For en kvalificeret beregning af behov for udvidelse af den fysiske kapacitet og uddannelse af personale henvises til afsnit 5.1.

---

Pulje til fremme af gennemførelsen af tilbuddet om landsdækkende brystkræftscreening blev udmøntet ultimo juni 2006. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har besluttet at imødekomme de to ansøgninger med i alt 11,138 mio. kr. til anskaffelse af 5 digitale mammografer. Der er således ikke bevilliget midler til efteruddannelse af personale.

Foruden den særlige pulje til gennemførelse af landsdækkende brystkræftscreening, har der siden 2000 på finansloven været afsat et beløb til dækning af amternes/H:S udgifter til indførelse af brystkræftscreening. I 2005 er der afsat 30 mio. kr. til formålet. Dette beløb fordeles som udgangspunkt i overensstemmelse med bloktilskudsnøglen. Overskydende midler fordeles forholdsmæssigt mellem de amter, der har igangsat tilbuddet og kan dokumentere udgifter udover bloktilskudsandelen. H:S fik i 2004 3,7 mill. kr. i bloktilskud, samt 2,1 mill. kr. til dækning af direkte driftsudgifter, således at tilskuddet i alt var 5,8 mill. kr. (svarende til tilskud til alle de udgifter som dækkes). I 2005 fik H:S i bloktilskud 3,7 mill. kr. Det regnskabsafhængige tilskud for 2005 er ikke uddelt. Disse puljemidler er ikke inddraget i beregningerne af de nærværende økonomiberegninger for mammografiscreeningen, da finansieringen af den regionale mammografiscreening vurderes at ligge uden for arbejdsgruppens kommissorium. Kriterier for fordelingen af puljen med driftsmidler i 2007 er aktuelt uafklaret.



---

## 2. Arbejdsgruppens anbefaling

I foreliggende rapport redegør arbejdsgruppen for en række mulige løsninger til, hvorledes et samlet screeningsprogram i Region Hovedstaden kan tilrettelægges. Modellerne er opdelt efter de tre hovedopgaver/funktioner i screeningsprogrammet:

- Optagelse af screeningsmammografi
- Granskning
- Administration og IT

På baggrund af foreliggende redegørelse, herunder de grundlæggende principper for organisering (side 10), har en enig arbejdsgruppe besluttet at anbefale følgende:

### 2.1 Optagelse af screeningsmammografi

Til optagelse af screeningsmammografierne anbefaler arbejdsgruppen følgende 2 modeller:

#### **Model 1: En ren stationær model**

Der etableres yderligere 2 stationære enheder til udførelse af screeningsmammografierne ud over de nuværende enheder på Bispebjerg Hospital og Bornholms Centralsygehus. Regionen vil dermed i alt have 4 stationære enheder til udførelse af screeningsmammografierne. De nye mammografiscreeningsenheder placeres i forbindelse med de eksisterende mammaenheder, dvs. aktuelt på Amtssygehuset i Herlev og i Sygehus Nordsjælland (for nuværende placeret på Hørsholm Sygehus):

- Bispebjerg Hospital dækkende København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby (62.993)
- Bornholms Centralsygehus dækkende Bornholms Regionskommune (6.498)
- Amtssygehuset i Herlev dækkende det nuværende Københavns Amt med undtagelse af Dragør og Tårnby (63.585)
- Sygehus Nordsjælland dækkende det nuværende Frederiksborg Amt (60.851)

Denne model er en udvidelse af det eksisterende tilbud med to screeningsenheder, der etableres dér, hvor der allerede i dag er mammografiaktivitet. Modellen er derfor realistisk at implementere inden for rimelige

---

tidsmæssige rammer og tager endvidere højde for regionens økonomiske og personalemæssige vilkår i sammenligning med mere omfattende om-lægninger.

### **Model 2: En stationær model kombineret med 1 mobil enhed**

For at styrke tilgængeligheden kan model 1 (de 4 stationære enheder) udvides med en mobil screeningsenhed i tilknytning til Sygehus Nordsjælland:

- Bispebjerg Hospital dækkende København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby (62.993)
- Bornholms Centralsygehus dækkende Bornholms Regionskommune (6.498)
- Amtssygehuset i Herlev dækkende det nuværende Københavns Amt med undtagelse af Dragør og Tårnby (63.585)
- Sygehus Nordsjælland samt 1 mobil enhed dækkende det nuværende Frederiksborg Amt (60.851)

Denne model vægter nærhedsprincippet højere og søger i regionens nordlige del at reducere afstanden til screeningstilbuddet.

Enheden vil kunne placeres fortrinsvist foran sygehusene i Sygehus Nordsjælland men også foran de lokale biblioteker f.eks. i Frederikssund og Græsted. Der planlægges med placering af den mobile enhed på op til 5 lokaliteter.

Fordelen ved denne model er, at borgerne i målgruppen over alt i den kommende Region Hovedstaden får tilbud om mammografiscreening i nærmiljøet. Modellen er endvidere fleksibel, da den kan tilpasses eventuelle ændringer i den eksisterende sygehusstruktur. Ved at en del af screeningsmammografierne foregår i en mobil enhed, optages ikke fysisk lige så meget plads på sygehuset.

## **2.2 Granskning og opfølgning**

Arbejdsgruppen anbefaler, at granskning og udredningsfunktionen placeres i de mammariologiske enheder i tilknytning til de brystkirurgiske enheder i Region Hovedstaden, da udredning bør foregå i et tæt samarbejde mellem kirurg, radiolog og patolog. Organiseringen af granskning og udredningsfunktionen anbefales, også ved ændringer fremover, at følge organiseringen af brystkirurgien.

---

Med den nuværende organisering af brystkirurgien betyder det, at granskning og udredningsfunktionen placeres på Rigshospitalet, Amtssygehuset i Herlev og Sygehus Nordsjælland.

For at sikre en ensartet diagnostik og høj faglig kvalitet af granskningen udveksles/cirkuleres billeder mellem enhederne. I opstart af nye enheder i regionen vil 2. granskningen foretages i mammografienheden på Rigshospitalet, men på sigt vil billederne cirkuleres.

### **2.3 Administration og IT**

Med udgangspunkt i principperne for organisering af mammografiscree-ningen, anbefaler arbejdsgruppen at der etableres et fælles RIS/PACS og en central database. Der tages afsæt i det eksisterende KODAK-RIS-system, der i dag anvendes af H:S og KAS.

Det anbefales, at fælles PACS-lager og database placeres på en server centralt i H:S, mens fællesadministrationen af programmet placeres på Bornholm. Administrationen skal varetage opgaver såsom invitation, svar, booking af tider, borgerhenvendelser samt indsamling og kodning af data til brug ved monitorering af programmet. Bornholms Centralsygehus varetager også administrationen af en fælles database indeholdende patientoplysninger.

### **2.4 Økonomiberegning for de to modeller**

Ved model 1 er det vurderet, at de samlede øgede årlige nettodriftsudgifter vil blive på i alt 17,2 mio. kr. og etableringsudgifterne på i alt 52,9 mio. kr.

Ved model 2 er vurderingen, at de samlede øgede årlige nettodriftsudgifter vil blive på i alt 17,3 mio. kr. og etableringsudgifterne på 54,9 mio. kr.

Vedrørende en mere detaljeret beskrivelse af økonomiberegningerne henvises der til afsnit 5 samt bilag 7.

### 3. Indledning

Screening er den aktivitet, hvormed raske personer (personer uden symptomer) undersøges med henblik på at diagnosticere sygdom så tidligt som muligt. Dette gøres ofte ved anvendelse af en test, der er udviklet til brug for undersøgelse af store populationer. Testen kan ikke *i sig selv* diagnosticere sygdom, men blot udpege personer til nærmere diagnostisk udredning. Brystkræftscreening er således screening af kvinder for brystkræft med henblik på at opdage kræften, før der er symptomer derved.

Målgruppen for brystkræftscreening i Region Hovedstaden er alle kvinder mellem 50-69 år bosat i regionen. Målgruppen vil i 2007 udgøre 193.927 kvinder. Kvinderne skal indkaldes til screening hvert andet år.

**Tabel 1. Forventede antal kvinder mellem 50-69 år (målgruppen).**

Område	2005	2007	2010	2015
Københavns kommune	43.577	44.906	46.564	48.941
Frederiksberg kommune	10.774	10.899	10.948	11.012
Bornholm	6.244	6.498	6.847	7.173
Københavns Amt	78.731	79.236	79.487	80.115
Frederiksborg Amt	51.546	52.388	53.007	53.490
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>190.872</b>	<b>193.927</b>	<b>196.853</b>	<b>200.731</b>

Den forventede deltagelsesprocent afhænger, udover faktorer tilknyttet screeningsprogrammet (f.eks. overholdelse af servicemål mv.), også af befolkningssammensætningen. Såvel indenlandske som udenlandske studier viser højere deltagelsesprocent i en landbefolkning end i et byområde. Disse resultater er i overensstemmelse med erfaringerne fra H:S og Fyns Amt. Deltagelsesprocenten var, ud af hele målgruppen, for H:S ved første runde 71 % og ved øvrige runder ca. 62-65 %. Deltagelsen i Fyns Amt var ca. 80 % af hele målgruppen.

Ved beregning af den forventede deltagelse i Region Hovedstaden, tages deltagelsen i H:S (65 %) som udtryk for den forventede deltagelse i Københavns Amt, mens deltagelsen i Frederiksborg Amt forventes at nærme sig deltagelsen på Bornholm og på Fyn (80 %). En realistisk opnåelig deltagelsesprocent i Region Hovedstaden (et blandet by/land-område) vil dermed være ca. 70 %.

Ved en deltagelsesprocent på 70 % og genindkaldelsesprocent i første runde (prævalensrunde) på 5 % vil der i 2007 og 2008 forventes foretaget ca. 68.000 screeningsundersøgelser pr. år og ca. 3.400 genind-

kaldelsesundersøgelser. Ved senere runder forventes antallet af genindkaldelsesundersøgelser at falde til ca. 2.000 (incidensrunder). Se tabel 2 nedenfor.

**Tabel 2. Forventet årligt volumen i screeningsprogrammet (2007).**

Inviterede	Screenings-	Genindkaldelses-	
	mammografier	undersøgelser	
	70 %	3 %	5 %
96.964	67.874	2.036	3.394

Foreliggende redegørelse beskriver en række mulige modeller for organiseringen af et samlet brystkræftscreeningsprogram i Region Hovedstaden. Redegørelsen er ikke udtømmende, men præsenterer en række mulige modeller og disses fordele og ulemper.

### 3.1 Principper for tilrettelæggelse af screeningsprogram

Arbejdsgruppen har lagt følgende krav/principper til grund for udarbejdelsen af forslag til organisering af screeningsprogrammet:

- a) Der skal etableres ét samlet mammografiscreeningsprogram med en integreret ledelse. Programmet skal endvidere på sigt samordnes med regionens øvrige screeningsaktiviteter (livmoderhalskræft, tarmkræft og lungekræft). Formålet med etablering af én screeningsorganisation er at facilitere erfaringsudveksling og forskning.
- b) Administrationen skal varetages ét sted i regionen, og der skal benyttes ét fælles IT-system (RIS/PACS-system).
- c) Programmet skal være fuldt digitaliseret.
- d) De personer, der varetager billedoptagelse af screeningsmammografier, skal også deltage i billedoptagelse ved opfølgning/udredning. Foruden at sikre en ensartet kvalitet er dette også væsentligt i et rekrutterings- og fastholdelsesperspektiv.
- e) De radiologer, der varetager granskning af screeningsmammografier, skal organisatorisk høre til mammaenheder og skal ikke alene varetage opgaver i screeningsprogrammet, men også varetage opfølgningsundersøgelser.
- f) Genindkaldelsesundersøgelser og præoperativ diagnostik bør alene foretages på hospitaler, der råder over et velfungerende integreret diagnostisk team af kirurger, radiologer og patologer. Dette skal sikre optimering af det præoperative forløb, herunder sik-

- re, at så få kvinder som muligt skal have foretaget diagnostisk operativt indgreb.
- g) Screeningsprogrammet skal efterleve de europæiske retningslinier for brystkræftscreening (European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening) og DBCG-rekommendationerne vedrørende mammografiscreening og klinisk mammografi (Danish Breast Cancer Group).
  - h) I tilrettelæggelsen af screeningsprogrammet tages hensyn til, at der er tale om screening af raske kvinder, f.eks. ved at screeningen placeres fysisk adskilt fra den almindelige patientbehandling eller ved at sikre, at faciliteter såsom modtagelse og venteværelser er adskilt fra den almindelige patientbehandling.
  - i) Muligheden for at opnå stordriftsfordele er større når en organisation "kun" producerer en masse screening, og kan tilrettelægge produktionen med henblik på optimering af screeningsprocessen. Screeningen bør derfor organiseres adskilt fra det behandelende sundhedsvæsen. Den mulige fordel herved kan dog i situationer med personalemangel i praksis være svær at realisere, da der fx ved sygdom fortsat skal være personale til at undersøge kvinder med klinisk tegn på brystkræft.
  - j) Ved anvendelse af mobile screeningsenheder skal der sikres mulighed for radiografernes rotation mellem mobile og stationære screeningsenheder. Dermed bør andelen af den mobile screeningsaktivitet ikke udgøre mere end ca. 1/3 af den samlede aktivitet.
  - k) Programmet skal monitoreres løbende med kvalitets- og procesindikatorer. Effekten af et screeningsprogram på brystkræft dødeligheden kan først forventes at slå igennem efter længere tids screening, hvorfor det er nødvendigt løbende at monitorere screeningsprogrammets kvalitet.

### 3.2 Hensyn i valg af model

Generelt gælder, at model for organisering vil afhænge af en afvejning af hensynet til følgende hensyn:

- *Kvalitet:* Der skal sikres høj kvalitet, dvs. høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj brugertilfredshed samt helhed i screeningsforløbet. Foruden efterlevelse af de europæiske retningslinier (der er en væsentlig forudsætning for tilrettelæggelsen) indgår kvalitetshensynet i alle aspekter af screeningsprogrammets organisering (uddannelse,

administration, apparatur etc.). Høj kvalitet er nødvendig for at sikre, at antallet af falsk positive og falsk negative svar er så lav som muligt.

- *Nærhed/tilgængelighed:* Det er et mål at kunne tilbyde screening i passende afstand fra kvindens bopæl. Skønt der ikke er evidens for afstandens betydning for deltagelsesprocenten, må man forvente, at jo flere steder i regionen screeningen udføres, jo bedre er den generelle tilgængelighed, og jo højere er den forventede deltagelsesprocent.
- *Service:* Deltagelsen er endvidere afhængig af, at undersøgelsen ikke opleves som tidskrævende og besværlig. Dette hensyn sikres gennem opfyldelse af en række konkrete servicemål for bl.a. svartider, overholdelse af undersøgelsestidspunkt og -længde.
- *Rekruttering/fastholdelse:* Screeningspersonalets tilknytning til faglige miljøer og det øvrige personale er - særligt i modeller med mobile løsninger - vigtig at understøtte, da den faglige udvikling er central for såvel rekruttering/fastholdelse som for kvalitet.
- *Geografisk lighed/ensartet kvalitet:* Det er et mål at sikre et ensartet udrednings- og behandlingstilbud til alle screeningspositive kvinder uanset bopæl i regionen.
- *Økonomi:* Det skal tages hensyn til, hvorvidt screeningsenheden er bæredygtig, dvs. have et tilstrækkeligt befolkningsunderlag i forhold til såvel anlægs- som driftsudgifter.

Der skal således tages højde for mange forskellige (og til tider gensidig udelukkende) hensyn i valg af organisering. Hvis høj faglig kvalitet, nærhed og effektiv ressourceudnyttelse er indbyrdes modstridende, vægtes hensynet til høj faglig kvalitet dog højest. De forskellige hensyn danner grundlag for arbejdsgruppens fremstilling af fordele og ulemper ved hver af de præsenterede modeller.

## 4. Organisering

Der er flere mulige løsninger til, hvorledes et samlet screeningsprogram i Region Hovedstaden kan tilrettelægges. Arbejdsgruppen præsenterer nedenfor mulige modeller for, hvorledes brystkræftscreening kan organiseres.

Arbejdsgruppens gennemgang af modeller er opdelt efter de tre hovedopgaver/funktioner i screeningsprogrammet:

- Optagelse af screeningsmammografi (standardiseret mammografi udført på en rask (asymptomatisk) kvinde, der deltager i et systematisk, kontrolleret og tilbagevendende screeningsprogram).
- Granskning (vurdering af screeningsmammografierne) og opfølgning (opfølgende klinisk mammografi og efterfølgende behandling).
- Administration og IT (invitation, svar, booking af tider, lagring og opsamling af data), herunder monitorering af programmet.

### 4.1 Screeningsmammografi

I det anbefalede brystkræftscreeningsprogram udføres screeningen på baggrund af en røntgenundersøgelse (mammografi) (1-2 billeder) af hvert bryst hos kvinder i alderen 50-69 år, herefter kaldet en screeningsmammografi.

I mammografiscreening kan på sigt ligeledes indgå ultralydsskanning og andre billedmodaliteter. De fleste billedmodaliteter har imidlertid for nuværende for høj falsk positiv rate til at være relevante. Ultralydundersøgelse alene egner sig ikke til screening af kvinder i den pågældende aldersgruppe, da ultralyd har en lavere sensitivitet end røntgen ved undersøgelse af fedtrigt brystvæv. Ultralydundersøgelsen er mere tids- og ekspertisekrævende og dermed langt dyrere som screeningsmetode end mammografi. Hos kvinder med tæt kirtelvæv, hvor mammografi har en lavere sensitivitet, vil en kombination af ultralyd og røntgen sundhedsfagligt set være bedre og medføre større diagnostisk sikkerhed forudsat at undersøgelserne udføres af erfarne mammaradiologer, men vil også medføre betydeligt flere udgifter til mammografiscreening. Nærværende forslag til screening baserer sig derfor som ovennævnt udelukkende på udførelse af en røntgenundersøgelse af hvert bryst (en screeningsmammografi).

Screeningsmammografi udføres af radiografer. Funktionen kan i princippet adskilles geografisk fra de øvrige funktioner, som det er tilfæl-

det i H:S mammografiscreeningsprogram, hvor screeningsundersøgelsen er placeret på Bispebjerg Hospital, mens granskning og opfølgning sker på Rigshospitalet.

### 4.1.1 Organisering af screeningsmammografienhederne

Organiseringen af screeningsmammografienhederne handler således om, hvor mange steder, der skal etableres til udførelse af screeningsmammografier (centraliseringsgrad), fordelingen af mammografer mellem enhederne (optageområdet) og typen af enheder, f.eks. om der skal etableres mobile enheder i nogle dele af regionen.

Da der er særlige hensyn til tilgængelighed, der gør sig gældende for Bornholm, forudsættes det for alle modeller, at der skal tilbydes screeningsmammografi på Bornholms Centralsygehus, som det foregår i dag.

En ren mobil løsning er ikke en mulighed, da der i en sådan model ikke kan sikres de personalehensyn, der ud fra danske erfaringer vurderes som en forudsætning for såvel kvalitet som muligheden for rekruttering og fastholdelse. I de amter, der i dag gør brug af blokvogne, udføres 2/3 af screeningsmammografierne i den centrale (stationære) screeningsmammografienhed (jf. boks 1). Arbejdsgruppen har på den baggrund vurderet, at de mobile screeningsmammografienheder alene bør anvendes i mere tyndtbefolkede områder, hvor det ikke er ressourcemæssigt bæredygtigt at have en egentlig enhed, og hvor der kan sikres en ledelsesmæssig og faglig tilknytning til stationære enheder.

<b>Modeller for organisering af screeningsmammografienhederne</b>			
	<b>Central Screening</b>	<b>Decentral screening</b>	<b>Privat screening</b>
<b>Stationære enheder</b>	<b>Model 1</b> 1 enhed	<b>Model 2</b> 4 enheder	<b>Model 4</b> Stationære og/eller mobile enheder. Antallet vil afhænge af leverandørerne.
<b>Stationære og mobile enheder</b>	1 enhed med 4 mobile enheder til nord og syd	<b>Model 3</b> 4 enheder med 1 mobil enhed til yderområderne	

### **Central enhed (Model 1)**

En umiddelbar løsning er at udvide den eksisterende funktion på Bispebjerg Hospital, og samle al screeningsmammografiaktivitet i regionen (med undtagelse af kvinderne på Bornholm) her.

Fordelene ved denne model er:

- Stordriftsfordele hvad angår såvel personale som apparatur
- Ensartet kvalitet
- Billigere anlæg

Ulemperne ved denne model er:

- At deltagelsesprocenten – og dermed kvaliteten af screeningsprogrammet - kan falde som en følge af, at kvinderne i målgruppen ikke får et tilbud om mammografiscreening i nærmiljøet.
- Vanskeligheder ved at fastholde og rekruttere radiografer bosiddende udenfor Storkøbenhavn
- At udførelsen af screeningsmammografier på raske kvinder fysisk optager plads på et sygehus

### **Decentrale stationære enheder (Model 2)**

En anden mulighed er, at etablere yderligere 2 stationære enheder til udførelse af screeningsmammografierne sammen med de allerede etablerede enheder på Bispebjerg Hospital og Bornholms Centralsygehus. Regionen vil dermed i alt have 4 stationære enheder til udførelse af screeningsmammografierne.

I model 2 foreslås de 2 nye enheder placeret i forbindelse med de eksisterende mammaenheder, dvs. på Amtssygehuset i Herlev og i Sygehus Nordsjælland (for nuværende placeret på Hørsholm Sygehus), hvormed man kan fordele aktiviteten nogenlunde ligeligt mellem de tre enheder i øst, nord og syd:

- Bispebjerg Hospital dækkende København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby (62.993)
- Bornholms Centralsygehus dækkende Bornholms Regionskommune (6.498)
- Amtssygehuset i Herlev dækkende det nuværende Københavns Amt med undtagelse af Dragør og Tårnby (63.585)
- Sygehus Nordsjælland dækkende det nuværende Frederiksborg Amt (60.851)

Fordelene ved denne model er:

- At kvinderne i højere grad end i model 1 sikres et tilbud om mammografiscreening i nærmiljøet.
- At der skabes sammenhæng/kontinuitet i forløbet ved efterfølgende udredning

Ulemperne ved denne model:

- En vis spredning af screeningspersonale og apparatur samt kvalitetssikringen.
- At udførelsen af screeningsmammografier på raske kvinder fysisk optager plads på de sygehuse, hvor funktionen placeres.

### **Decentrale og mobile enheder (Model 3)**

For at styrke tilgængeligheden kan model 2 (de 4 stationære enheder) udvides med 1 mobil screeningsenhed.

- Bispebjerg Hospital dækkende København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby (62.993)
- Bornholms Centralsygehus dækkende Bornholms Regionskommune (6.498)
- Amtssygehuset i Herlev dækkende det nuværende Københavns Amt med undtagelse af Dragør og Tårnby (63.585)
- Sygehus Nordsjælland + 1 mobil enhed dækkende det nuværende Frederiksborg Amt (60.851)

Blokvognen bør være forsynet med: venteværelse, undersøgelsesrum, egen generator og vandforsyning således, at vognen kan placeres ved offentlige institutioner hvor der er parkeringsfaciliteter og let adgang til offentlige transportmidler.

Ved vurdering af antallet af placeringslokaliteter bør der foretages en afvejning af tilgængelighed/infrastruktur, fastholdelse af personale og økonomi ved flytning af den mobile enhed. På baggrund af sådanne afvejringer anbefaler arbejdsgruppen, at der planlægges med placering af den mobile enhed på op til max 5 lokaliteter.

Enheden vil således kunne placeres fortrinsvist foran sygehusene i Sygehus Nordsjælland men også foran de lokale biblioteker, f.eks. i Frederikssund og Græsted. Hermed vil den mobile enhed aktuelt skulle dække et optageområde på ca. 38.000 kvinder i målgruppen svarende til 60% af Sygehus Nordsjællands optageområde.

Da ca. 60% af screeningsmammografierne i Sygehus Nordsjællands optageområde foretages i den mobile enhed, og det anbefales, at radiograferne kun udfører ca. 30 % af deres arbejde deri, vil der ved valg af den mobile model være behov for sikring af et tilstrækkeligt antal opgaver til radiograferne i den stationære enhed, således at fastholdelse, arbejdsmiljø og kvalitet sikres. Radiografernes deltagelse i de kliniske mammografier, såvel screeningsafledte som i øvrigt, er per kvinde mere tidskrævende og vil tildels opveje dette.

Fordelen ved denne model er:

- Kort afstand for borgerne - og dermed formodentlig større deltagesprocent
- At borgerne i målgruppen over alt i den kommende Region Hovedstaden får et tilbud om mammografiscreening i nærmiljøet.
- At den er fleksibel, da den kan tilpasses eventuelle ændringer i den eksisterende sygehusstruktur.
- At udførelsen af screeningsmammografier på raske kvinder ikke fysisk optager lige så meget plads på et sygehus/sygehusene
- At udførelsen af screeningsmammografier ikke forstyrres af akutte problemer (sygdom blandt personalet m.v.) i granskningsenheden.

Ulemper ved denne model:

- Den umiddelbare ulempe ved denne model er hensynet til rekruttering og fastholdelse af radiografer. En model med organisering i mobile screeningsenheder øger kravene til indsatsen for sikring af rekruttering, fastholdelse og et godt fagligt miljø
- Problemer med at dække akut personalemangel ved f.eks. sygdom, da personalet er spredt på flere lokaliteter
- Økonomiske omkostninger ved at flytte enheden

### **Boks 1: En mobil screeningsenhed**

I Holland og England er den mest anvendte screeningsenhed (målt i forhold til antal enheder/antal kvinder der screenes) en mobil enhed, der køres rundt i området efter en fast køreplan. Argumentationen for at anvende mobile enheder er, at det giver en højere deltagelsesrate, og dermed en bedre omkostningseffektivitet, når screeningen foregår tæt på kvindens bopæl.

I Norge og Sverige er screeningsenhederne imidlertid overvejende organiseret som stationære enheder. Mobile enheder anvendes der udelukkende for at nå

ud til de tyndtbefolkede områder. Vurderingen af hvor tæt på kvindens bopæl screeningen bør tilbydes, er således relativ.

Herhjemme anvender såvel Fyns som Vestsjællands Amt mobile enheder.

Fyns Amts screeningsprogram, der blev etableret i 1993, er organiseret ved, at en mobil screeningsenhed flyttes rundt mellem kystsygehusene og enkelte lægehuse, hvorefter al granskning foregår på Odense Universitetshospital (central model + mobil enhed). Ca. to-tredjedele af screeningsmammografierne udføres i Odense, mens resten udføres i den mobile enhed.

Vestsjællands Amt indførte i 2004 brystkræftscreening efter den fynske model. Screeningsundersøgelsen foretages i en mobil enhed, der opstilles på skift i de større byer. Billederne sendes efterfølgende digitalt til granskning i en fælles enhed. Det er besluttet, at modellen skal udbygges til at omfatte hele den kommende Regions Sjælland efter denne model.

Erfaringerne fra Vestsjællands Amt viser, at der kan påregnes en kapacitet pr. blokvogn på 14.000 undersøgelser (kvinder) ved anvendelse af digital mammografi. En mobil screeningsenhed kan således dække et optageområde på ca. 36.400 kvinder, med screening hvert andet år og en forudsat deltagelsesprocent på 70 %.

Det er endvidere erfaringen, at det er centralt for det faglige miljø at screeningspersonalet (radiografer/sygeplejersker) veksler mellem mobile og stationære enheder. Der foreslås dermed en løsning, hvor de mobile enheder er tilknyttet stationære centre.

Blokvognen bør være forsynet med venteværelse, undersøgelsesrum, egen generator og vandforsyning således, at vognen kan placeres ved sygehuse, biblioteker m.v., hvor der er parkeringsfaciliteter og let adgang til offentlige transportmidler.

### **Private enheder (Model 4)**

Der er endvidere den mulighed, at lade en eller flere private leverandører varetage udførelsen af screeningsmammografier.

En sådan model forudsætter, at leverandøren, i samme grad som for screeningsmammografienhederne, kan leve op til de opstillede krav til kvalitetssikring og organisering (DBCGr anbefalinger og de europæiske retningslinier).

Af disse kriterier skal følgende af betydning for screeningsmammografioptagelserne fremhæves:

- Udførelse af mindst 5.000 screeningsmammografier pr. år

- Opererer med et personligt invitationssystem.
- Har fysisk-teknisk kvalitetskontrol og lever op til fysisk-tekniske kriterier defineret i European Guidelines for Quality Assurance (11).
- Opsamler data til at monitorere programmet.
- Deltager i review-møder.

Herudover er det, af hensyn til organiseringen af resten af screeningsprogrammet, nødvendigt, at screeningsmammografierne kan fremsendes og lagres digitalt.

Foruden ovennævnte kvalitetskrav bør eventuelle private leverandører også forpligtes til at varetage uddannelsesforpligtigelserne af personalet. I modsat fald bør der ved økonomisk vurdering af fordelene ved anvendelse af privat leverandør tages højde herfor.

Fordelene ved denne model er:

- At private leverandører har lettere ved at rekruttere og fastholde radiografer, da de kan tilbyde en højere løn

Ulemperne ved denne model er:

- Større risiko for diskontinuitet, da private ydere vil kunne opsige aftale eller f.eks. gå konkurs.
- Svært at sikre den nødvendige ensartede kvalitet, da funktionen spredes på flere enheder og ledelser (jf. anbefalingen om, at der skal være én integreret ledelse for hele programmet)
- Der skal afsættes yderligere ressourcer til kvalitetskontrol
- Mere kompleks administration, da programmet spredes ud på flere selvstændige enheder
- Svært at sikre kvaliteten af uddannelsesindsatsen
- Manglende sammenhæng mellem billedoptagelse samt granskning og opfølgning

### **4.2 Granskning og opfølgning**

Indledningsvis redegøres kort for, hvad såvel granskning som udredning af kvinder med positivt screeningsfund indbefatter. Efterfølgende redegøres for mulige modeller for organisering heraf.

#### **4.2.1 Granskning/billedvurdering**

Screeningsmammografierne granskes (vurderes) af specialuddannet personale. Granskningen udføres i henhold til de europæiske retningslinier for brystkræftscreening. Formålet med granskning er at vurdere, hvorvidt screeningsmammografien giver anledning til mistanke om kræft.

Erfaringerne viser, at ca. 95-98 % af kvinderne vurderes som raske og fortsætter i almindeligt screeningsregi, hvilket vil sige, at de vil få en ny invitation til mammografiscreening efter to år.

Såfremt der i granskningen opdages forandringer, der kan være ondartede - eller hvis optagelserne ikke er optimale - genindkaldes kvinden til efterundersøgelse på et af centrene.

Som et servicemål anbefaler arbejdsgruppen, at det tilstræbes, at alle kvinder modtager skriftligt svar om udfaldet af screeningen indenfor 10 arbejdsdage. I tilfælde af mistanke om forandring sikres, at kvinden ikke modtager besked herom op til en weekend, idet kvinden skal have mulighed for at drøfte situationen med screeningscenteret eller egen læge.

#### **4.2.2 Opfølgning/udredning ved positivt screeningsfund**

Af de kvinder, der tager imod tilbuddet om mammografiscreening, vil ca. 2-5 % af disse således blive genindkaldt til supplerende undersøgelse – klinisk mammografi.

Udredning af kvinder med positivt screeningsfund bør foretages med deltagelse af personer, der også deltager ved den primære selektion (billedoptagelse samt granskning). Foruden at sikre en ensartet kvalitet, er dette også væsentlig i et rekrutterings- og fastholdelsesperspektiv (jf. de overordnede principper for organisering af et tilbud om mammografiscreening i Region Hovedstaden).

Klinisk mammografi indbefatter: klinisk undersøgelse, supplerende billeddiagnostik og evt. biopsi (tilsammen triplédiagnostik). Diagnostik af mamma-cancer indbefatter konsensus (enighed) mellem de

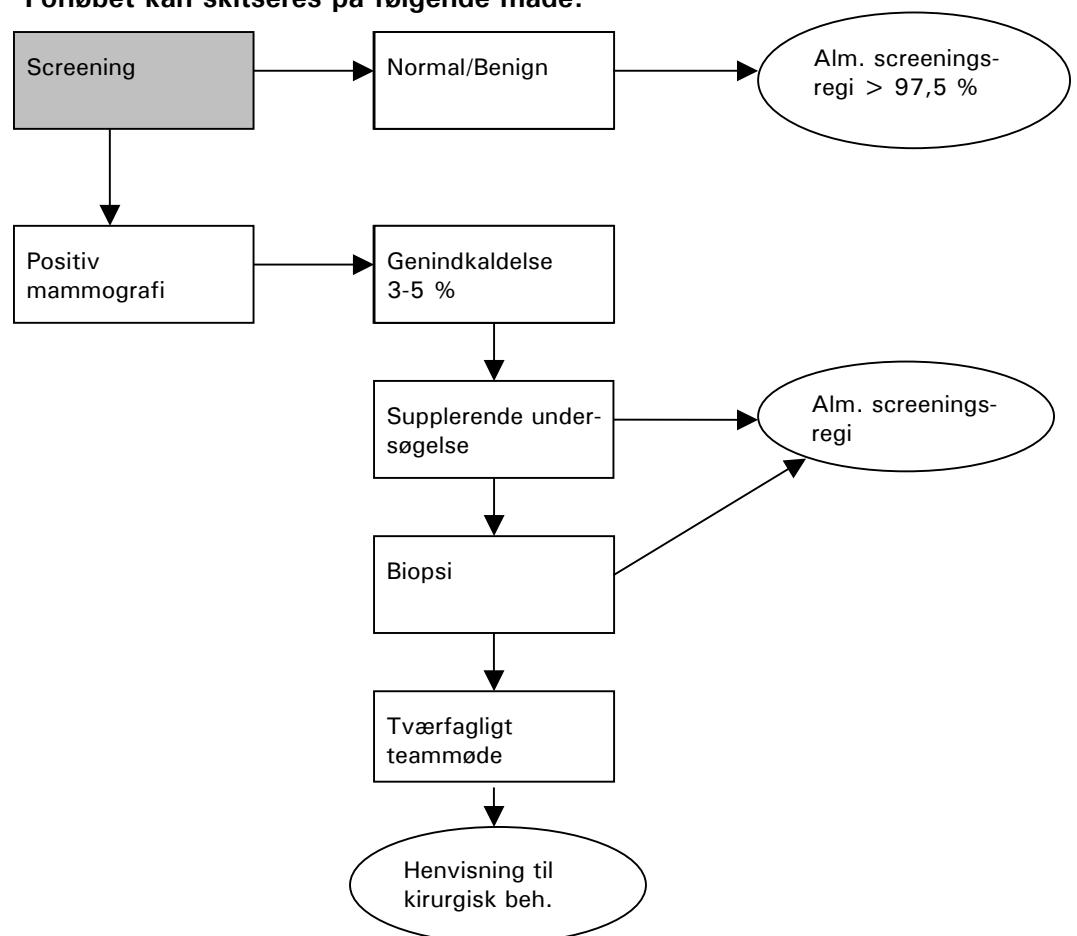
mammacancer indbefatter konsensus (enighed) mellem de forskellige delundersøgelser.

Hvis der ved den kliniske mammografi opnås konsensus for godartede /normale forhold, afsluttes patienten og returnerer til almindeligt screeningsregi.

Ved konsensus om brystkræftdiagnosen (bioptisk verificeret brystkræft), henvises kvinden til definitiv behandling på nærmeste brystkirurgiske klinik, hvor den kirurgiske del af behandlingen tilrettelægges og varetages i et snævert samarbejde med de øvrigt involverede specialer.

Ved manglende konsensus, dvs. mistanke om brystkræft, skal det videre forløb drøftes på et tværfagligt møde med deltagelse af en radiolog, en brystkirurg og en patolog. Såfremt der ikke kan opnås konsensus (evt. efter yderligere diagnostiske tiltag) henvises kvinden til diagnostisk operation. Hvis udredningen resulterer i, at mistanken om forandringer frafaldes, vil kvinden blive indkaldt til fornyet screening til planlagt tid.

**Forløbet kan skitseres på følgende måde:**



### 4.2.3 Organisering af granskning og udredning

Den ideelle organisering af et program for brystkræftscreening er, at der etableres et gransknings- og udredningscenter, hvor alle faggrupper og personer tilknyttet granskning og udredning af kvinder med positivt screeningsfund er samlet.

Behovet for en klar samarbejdsrutine mellem kirurg, radiolog og patolog i udredning og behandling af kvinder ved mistanke om brystkræft taler imidlertid for, at der ved organisering af ét samlet screeningsprogram for Region Hovedstaden tages hensyn til, at brystkirurgien på nuværende tidspunkt - og formodentlig også i fremtiden - vil være placeret på mere end én adresse.

En forudsætning for en decentral organisering er, at screeningsprogrammet har den nødvendige størrelse og følger nationale og europæiske retningslinjer. Retningslinierne foreskriver bl.a., at et referencecenter (et mammografiscreeningscenter, som opfylder kravene fra European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services (EUREF)) som minimum skal udføre 10.000 screeninger årligt. De mammariologiske klinikker, der skal indgå i screeningsprogrammet, skal opfylde kravene til et diagnostisk brystcenter, jf. DBCGs retningslinjer, samt være placeret i tilknytning til de brystkirurgiske enheder (jf. anbefalingerne fra Dansk Mammakirurgisk Selskab).

Der er således i dag tre steder i Region Hovedstaden, hvor granskning og udredningsfunktionen kan placeres: Rigshospitalet, Amtssygehuset i Herlev og Sygehus Nordsjælland.

Med afsæt i ovenstående kan der overordnet skitseres to modeller for organisering af granskning og udredning af kvinder med positivt screeningsfund: den centrale og den decentrale model.

#### **Den centrale model (Model 1)**

Denne model er karakteriseret ved, at granskning og udredning er etableret centralt på én af de eksisterende mammariologiske enheder, dvs. samles ét sted i regionen.

Fordele:

- Samlet, dedikeret ekspertise ét sted
- Ensartet gransknings- og udredningskvalitet
- Stordriftsfordele

### Ulemper:

- U hensigtsmæssige patientforløb, idet patienterne risikerer geografisk at skulle tre forskellig steder hen (screeningsmammografi et sted, udredning et andet sted og kirurgisk behandling et tredje sted).
- Manglende geografisk nærhed mellem det diagnostiske brystcenter og mammakirurgiske enheder (såfremt kirurgien ikke også centraliseres).
- Afdelingen kan blive så stor, så den bliver ineffektiv.

### Den decentrale model (Model 2)

Den decentrale model er karakteriseret ved, at granskning og udredningsfunktionen placeres i tilknytning til de nuværende mammadiagnostiske enheder, der er placeret i tilknytning til brystkirurgiske afdelinger (Rigshospitalet, Amtssygehuset i Herlev og Sygehus Nordsjælland). Organiseringen af granskning og udredningsfunktionen følger i så fald ændringer i organisering af brystkirurgien.

Med den nuværende organisering af brystkirurgien betyder det, at granskning og udredningsfunktionen placeres på Rigshospitalet, Amtssygehuset i Herlev og Sygehus Nordsjælland.

Med henblik på at sikre ensartet diagnostik og høj faglig kvalitet af granskningen udveksles/cirkuleres billeder mellem enhederne. I opstart af nye enheder i regionen vil granskningen foretages kombineret decentralt og centralt, således at første granskning foretages decentralt, mens anden granskning og dermed kvalitetssikring foretages centralt på den i forvejen etablerede mammografienhed på Rigshospitalet.

### Fordelene ved denne model er:

- Det vil formentlig være lettere at rekruttere de fornødne radiografer, da ikke alle radiografer forventelig ønsker den øgede transporttid til arbejde, der for nogle vil være forbundet med en central model.
- Kortere afstand for patienterne til specialiseret udredning og behandling
- Udredningen af kvinder med positivt screeningsfund foretages på de eksisterende diagnostiske brystklinikker i tilknytning til de brystkirurgiske enheder.

Ulemper:

- En decentral løsning vil kræve flere ressourcer til såvel drift som kvalitetssikring

### 4.3 Administration og IT

IT-systemerne indenfor radiologi kaldes RIS- og PACS-systemer. RIS (Røntgen Informations System) rummer alle oplysninger på patienten (demografiske data, bookninger, beskrivelser m.v.). PACS (Picture Archiving and Communication System) er det digitale billedlager, der opbevarer de digitale billeder. Til hver undersøgelse genererer RIS et accessions-nummer og på den måde forbindes RIS-oplysningerne med de tilhørende undersøgelser/billeder, der opbevares i PACS.

På nuværende tidspunkt er de enkelte sygehuse i Region Hovedstaden udstyret med forskellige RIS- og PACS-systemer fra forskellige leverandører i forskellige kombinationer. Såvel H:S som Københavns Amt, som tilsammen udgør 2/3 dele af volumen i mammografiscreeningen, benytter i dag KODAK-RIS-systemet.

#### 4.3.1 Organiseringen af RIS- og PACS-systemer.

Da mammografiscreeningsprogrammet er et samlet projekt, med fælles ledelse og udveksling af billeder, er det en forudsætning, at der etableres et fælles RIS/PACS-system og fælles lager/database for mammografiscreeningsprogrammet for at undgå integrationsproblemer, sikre udveksling af RIS-oplysninger samt sikre alle enheders lige adgang til billederne m.v.

På sigt skal alle radiologiske funktioner i hele regionen have et fælles RIS/PACS-system. Med henblik på at sikre en betids opstart af mammografiscreeningen, anbefaler arbejdsgruppen, at der i første omgang anvendes ét af de allerede eksisterende systemer indenfor mammografiscreening. Det anbefales, at der nuværende tages afsæt i det eksisterende KODAK-RIS-system, der i forvejen anvendes af flest i regionen (H:S og KAS). KODAK har et færdigt og modent screeningsmodul, der vil være velegnet som basis for løsning af de administrative opgaver. Et fælles regionalt RIS/PACS-system sikrer et ukompliceret flow og få snitflader til eksterne systemer.

Med afsæt i, at mammografierne optages digitalt og lagres i et fælles PACS-lager, foreslås server og lager placeret centralt i H:S, således at

størstedelen af billedtrafikken holdes inden for de store billedproducenters netværk, der har stor båndbredde og overskudskapacitet. Desuden oprettes en fælles database på en central server. Det centrale lager etableres med kapacitet til mindst at rumme billeder fra 6 års screening.

Produktionen på screeningslokaliteten lagres på de lokale PACS-arbejdsstationer, svarende til 2 ugers lokal produktion (individuelt tilpasset efter antal af arbejdsstationer og modaliteter). Herfra sendes produktionen dagligt senere til det centrale PACS-lager. Eventuelle mobile enheder kan eksempelvis forbinde sig til RIS-serveren via et radiolink. Mammografiscreening er planlagt arbejde, og billederne kan derfor overføres til det centrale PACS-lager om natten, hvor datanettet er mindst belastet.

Det anslåede antal af screeningsundersøgelser årligt er ca. 68.000. Hertil skal lægges granskningsbillederne. På basis af norske beregninger vurderes datamængden til at være ca. 35-60 MB pr. billede, og totalt vil der således årligt skulle lagres ca. 10 TB. Detektortype, -størrelse, komprimering m.v. har indflydelse på datamængden. Overføres disse tal til den aktuelle mængde undersøgelser, vil det betyde, at der dagligt genereres 50 GB. De mindste linier anslås i dag til at være 100 MB/s, og den samlede dagsproduktion i regionen kan derfor overføres på mindre end 2 timer.

Ved granskning vælges et setup, hvor billeder pushes ud til den radiologiske arbejdsstation, således at granskning kan foregå uden ventetid på billeder, og uafhængigt af online adgang til det centrale PACS-lager. Øvrige lokale radiologiske arbejdsstationer vil kunne hente billeder (query/retrieve) fra det centrale arkiv via Dicom-standarden. Billeder og beskrivelser bør gøres tilgængelige via en web-grænseflade. Indtil der er etableret de nødvendige netværk, vil udprint af billeder blive anvendt lokalt ved det opfølgende kliniske arbejde.

### **4.3.2 Administrativ logistik**

Med afsæt i princippet om et samlet mammografiscreeningsprogram i regionen etableres en fælles administration. Administrationen skal varetage opgaver såsom invitation, svar, booking af tider, borgerhenvendelser samt monitorering af programmet.

Udførelse af de patientadministrative funktioner foreslås varetaget af Bornholms Centralsygehus. Bornholms Centralsygehus har store erfa-

ringer fra indførelse af et omfattende og moderne RIS/PACS-system, og anser det for værende uproblematisk, at skulle udføre de administrative opgaver i KODAK RIS.

De administrative funktioner inkluderer booking af tider til screening, udsendelse af indkaldelsesbreve og svar samt registrering. Det overordnede administrative flow er skitseret i bilag 5. Som et servicemål anbefaler arbejdsgruppen, at det tilstræbes, at alle kvinder modtager skriftligt svar om udfaldet af screeningen indenfor 10 arbejdsdage.

Bornholms Centralsygehus varetager også administrationen af en fælles database indeholdende patientoplysninger (herunder CPR, fremmøde m.v.), relevante data (fra et spørgeskema til deltagerne – hormontilskud, tidligere mammografier, familiære dispositioner, selvførte knuder, tidl. mammaoperationer (godartede forandringer, kosmetisk, brystkræft)). Endvidere bør databasen indeholde oplysninger om screeningsdato, udførende radiograf, validering af undersøgelsens tekniske standard, vurdering radiolog 1, vurdering radiolog 2, samlet screeningsresultat, resultat af eventuel cytologi/biopsi, resultat af eventuel operation (se bilag 6).

Som udgangspunkt anvendes de breve, der er fungerende i H:S. De skal dog tilpasses opgaven i regionen samt nationale anbefalinger vedrørende information til borgere om screening. Region Hovedstadens mammografiscreeningsprogram deltager i en national koordinering af screeningsinformationen til borgerne.

Udover de europæiske retningslinier for brystkræftscreening og DBCG-rekommendationerne tages afsæt i den norske KITH-rapport (se Bilag 7).

### **4.3.3 Programledelse, monitorering og kvalitetssikring**

Med afsæt i principperne for mammografiscreeningsprogrammet foreslås det samlede regionale program ledet af en programleder, der har det overordnede faglige ansvar for programmet, og hvortil de lokale ledere af mammografiscreeningen refererer fagligt.

Programlederen refererer til en regional styregruppe forankret i Region Hovedstadens direktion, idet der foreslås, at en koncerndirektør i Region Hovedstaden udpeges til formand. I øvrigt foreslås styregruppen sammensat af: repræsentanter for virksomhedsledelsen i de involverede virksomheder, en sagsbehandler fra forvaltningen samt repræsentanter

for de sundhedsfaglige interessenter (patologi, radiologi, mammakirurgi, epidemiologi mv.) udpeget af de sundhedsfaglige råd.

Der skal desuden etableres strukturer for samarbejde med de praktiserende læger via praksiskoordinatorerne samt ved at en praksisrepræsentant indgår i styregruppen.

I forbindelse med screeningsprogrammer bør der etableres centraliserede datasystemer, der indsamler data vedrørende screeningstesten, analyser og endelige diagnoser. Data fra screeningsdatabasen bør samkøres med Cancerregisteret, DBCGs register (Danish Breast Cancer Group) og Dødsårsagsregisteret. De analyserede data bør formidles til de screeningsansvarlige og på sigt til sundhedsmyndighederne - jf. anbefalingerne i Kræftplan II.

Den løbende monitorering og kvalitetssikring af mammografiscreeningsprogrammet indbefatter konkret løbende analyse af kvalitets- og procesindikatorer, samt en effektiv tilbagemelding til enhederne, således at screeningsprogrammet kan justeres. Monitoreringsfunktionen, inklusiv analyse af kvalitets- og procesindikatorer, skal referere til og arbejde tæt sammen med screeningsprogrammets leder, hvorfor funktionen foreslås placeret i geografisk nærhed deraf. I øvrigt er tæt samarbejde med en støttefunktion i form af screeningskyndige epidemiologer og statistikere nødvendigt. Støttefunktionen samt evt. forskning/erfaringsopsamling og formidling af resultater foreslås tænkt ind i sammenhæng med den Regionale Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning (RIKK), således at støttefunktionen er forankret i et af kompetencecentre indenfor RIKK. Monitoreringsfunktionen skal desuden arbejde tæt sammen med Danish Breast Cancer Group, som er en multidisciplinær cancergruppe under Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG).

---

## 5. Økonomi

### 5.1 Forudsætninger

I økonomiberegningerne (bilag 7) er der taget udgangspunkt i budgettet for H:S mammografiscreeningsprogram.

Vedr. aktivitet og fysisk kapacitet er der forudsat

- At alle kvinder i Region Hovedstaden i alderen 50-69 år skal tilbydes screeningsmammografi hvert andet år
- At der opnås en deltagerprocent på 70%
- At aktivitetsudvidelsen herefter vil blive på i alt 65.813 flere inviterede kvinder og 49.537 ekstra screeningsmammografier pr. år (2007)
- At der vil være behov for at udvide den nuværende fysiske kapacitet med i alt 9 screeningsmammografi rum

Vedr. personaleområdet er det forudsat at der er behov for en normeringsudvidelse på i alt

- 8,7 overlæge/afdelingslæge årsværk
- 20,4 radiograf/sygepleje årsværk
- 10,7 sekretær årsværk
- 1 AC årsværk
- ½ fysiker årsværk
- uddannelse af 7 radiografer á 200.000 kr. og 20 radiologer á 100.000 kr.

Vedr. IT udgifter er der forudsat etableringsudgifter på i alt 14,4 mio. kr.

Det skal bemærkes, at IT udgifterne som de er beregnet nu, er baseret på et skøn uden et egentligt projektarbejde, hvor detaljerne planeres. Beregningerne er derfor på nuværende tidspunkt behæftet med stor usikkerhed.

### 5.2 Modeller

Der er beregnet økonomi på følgende to modeller

- Udvidelse af den nuværende enhed på Bispebjerg Hospital og etablering af yderligere to stationære enheder – **model 1**
- Udvidelse af den nuværende enhed på Bispebjerg Hospital og etablering af yderligere to stationære enheder kombineret med én mobil enhed til at dække yderområderne i det nuværende Frederiksborg Amt – **model 2**

### Model 1

#### Driftsudgifter

Personale udgifter	16,2 mio. kr.
Øvrige driftsudgifter	5,1 mio. kr.
Driftsudgifter i alt	21,3 mio. kr.

Ved etablering af screeningsmammografi i hele Region Hovedstaden vil de nuværende Frederiksborg og Københavns amter spare i alt 4,1 mio. kr. som i dag er omkostninger til de gråzonemammografier, der udføres på kvinder i alderen 50-69 år på private Røntgenklinikker.

Ved model 1 bliver den årlige nettodriftsudgift herefter på i alt 17,2 mio. kr. I driftsudgifterne er der ikke indregnet afledte øgede driftsudgifter indenfor kirurgi, onkologi, patologi mm., idet det forudsættes, at der er tale om marginal udgifter og de nærmere forudsætninger afhænger af den takststyringsmodel, man vælger at basere meraktivitets-afregningen på.

#### Etableringsudgifter

Apparatur udgifter	35,1 mio. kr.
Uddannelse af radiologer og radiografer	3,4 mio. kr.
IT udgifter	14,4 mio. kr.
Etableringsudgifter i alt	52,9 mio. kr.

Ved model 1 er det vurderet, at de samlede øgede årlige nettodriftsudgifter vil blive på i alt 17,2 mio. kr. og etableringsudgifterne på i alt 52,9 mio. kr.

### Model 2

I forhold til model 1 vil der i model 2 være en årlig merudgift på driften på 100.000 kr. til flytning af trailer. Det er her forudsat, at traileren skal flyttes ca. 6 gange årligt. Vedrørende etableringsudgifterne vil der i forhold til model 1 være en merudgift på ca. 2 mio. kr. til indkøb af en trailer.

Ved model 2 er vurderingen, at de samlede øgede årlige nettodriftsudgifter vil blive på i alt 17,3 mio. kr. og etableringsudgifterne på 54,9 mio. kr.

Vedrørende en mere detaljeret beskrivelse af økonomiberegningerne henvises der til bilag 7.

## Bilag 1. Arbejdsgruppens medlemmer

Jannik Hilsted, konstitueret sundhedsfaglig direktør, H:S direktionen samt lægelig direktør, H:S Rigshospitalet. (Formand for arbejdsgruppen),

Katrine Tang, planlægger, Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt, Anna Jane Burchardt, overlæge, Radiologisk afd., Amtssygehuset i Herlev,

Shirine Rygaard, overlæge, Billeddiagnostisk enhed, Frederiksborg Amt  
Rikke Skaaning Andersen, planlægningskonsulent, Planlægnings- og Økonomiafdelingen, Frederiksborg Amt

Brian Lerche, sygehuschef, Bornholms Centralsygehus,

Ilse Vejborg, overlæge, Billeddiagnostisk Afdeling, H:S Rigshospitalet,  
Marianne Johansen, analysechef, Økonomi og planlægningsafdelingen, H:S Rigshospitalet,

Ann C. Lyngberg, sundhedsfaglig konsulent, Sundhedsfaglig afdeling, H:S direktionen (sekretær).

Ole Faber, sundhedsfaglig vicedirektør, Københavns Amt (fra januar 2006)

Anders Kyst, lægelig direktør, Frederiksborg Amt (fra januar 2006)

Carsten Hædersdal, konstitueret lægechef, Billeddiagnostisk enhed, Frederiksborg Amt (fra marts 2006)

Merete Friss, billeddiagnostisk chef, Billeddiagnostisk enhed, Frederiksborg Amt (fra november 2005 til januar 2006)

---

## Bilag 2. Arbejdsgruppens kommissorium

Der var på mødet i regionsgruppen om sygehusområdet den 15. august 2005 enighed om at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal beskrive et samlet tilbud om brystkræftscreening i Region Hovedstaden pr. 1. januar 2007.

### Kommissorium

Arbejdsgruppen skal udarbejde forslag til et samlet program for brystkræftscreening i Region Hovedstaden, der vil kunne etableres pr. 1. januar 2007.

Arbejdsgruppen skal således bl.a.:

- Beskrive elementerne i et screeningsprogram
  - primær screening
  - intervaller mellem de primære screeninger
  - vurdering/granskning af primære screeninger
  - genindkaldelsesundersøgelser
  - præoperativ diagnostik
  - m.v.
- Beskrive screeningsprogrammets målgruppe (antal kvinder i alderen 50-69 år) i regionen
- På denne baggrund beskrive den nødvendige kapacitet i programmet
- Foreslå en konkret organisering af programmet, herunder:
  - Varetagelse af den primære screening – hvor mange enheder og hvilke? (inkl. vurdering af eventuel mobil løsning i dele af regionen)
  - Varetagelse af vurdering/granskning af primære screeninger – hvor mange enheder og hvilke?
  - Varetagelse af genindkaldelsesundersøgelser og præoperativ diagnostik – hvor mange enheder og hvilke?
- Beskrive personalebehov, herunder beskrive hvilke personalegrupper, der bør varetage hvilke opgaver
- Vurdere rekrutteringsmuligheder
- Vurdere behov for uddannelse af personale
- Vurdere behov for udstyr og fysiske rammer
- Vurdere økonomien - såvel etablerings- som driftsudgifter
- Vurdere, hvordan programmets kvalitet kan monitoreres

Tilrettelæggelsen af screeningsprogrammet skal tage udgangspunkt i, at europæiske guidelines skal efterleves. Det skal indgå i tilrettelæggelsen, at genindkaldelsesundersøgelser og præoperativ diagnostik alene bør foretages på hospitaler, der råder over et velfungerende integreret, diagnostisk team af kirurger, radiologer og patologer. Dette

skal sikre optimering af det præoperative forløb, herunder sikre, at så få kvinder som muligt skal have foretaget diagnostisk operativt indgreb. Endelig skal der i tilrettelæggelsen tages hensyn til, at rekruttering af såvel radiologer som radiografer er vanskelig.

### **Tidsplan**

Arbejdsgruppen etableres i oktober 2005 og afrapporterer inden udgangen af januar 2006 (jf. også nedenfor).

### **Særlig delopgave vedr. puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 20. september 2005 meddelt fremrykket frist for etablering af tilbud om brystkræftscreening nationalt, således at alle 5 regioner i landet bør have tilvejebragt et tilbud senest inden udgangen af 2007.

For at fremme gennemførelsen er der afsat en ny projektpulje på 30 mio. kr. Der vil af denne pulje kunne søges midler til det regionale program for Region Hovedstaden – f.eks. til etableringsudgifter og uddannelse af personale.

Ansøgningsfrist til puljen er den 2. januar 2006. Arbejdsgruppen får derfor som særlig opgave at udarbejde projektforslag (skitse til regionalt program, beskrivelse af opgaver, der søges puljefinansieret, budget m.v.), der kan afleveres til regionsgruppen om sygehusområdet allerede i første halvdel af december 2005.

### **Sammensætning af arbejdsgruppen**

I arbejdsgruppen indgår

- 2 repræsentanter fra hver af regionsparterne – en faglig repræsentant og en forvaltningsrepræsentant
- 1 person fra Rigshospitalets økonomikontor (for at sikre detailkendskab til økonomien i regionens eneste eksisterende mammografiscreeningsprogram)

Formand for arbejdsgruppen er lægelig direktør Jannik Hilsted, Rigshospitalet. Sundhedsfaglig konsulent, læge Ann Lyngberg, Sundhedsfaglig Afdeling, H:S Direktionen sekretariatsbetjener arbejdsgruppen.

### Bilag 3. Målgruppen fordelt på kommuner

<b>Antallet af kvinder i alderen 50-69 år i Region Hovedstaden fordelt på bopælskommune, 2007</b>	
Albertslund	3.576
Allerød	3.109
Ballerup	6.253
Bornholm	6.498
Brøndby	4.464
Dragør	2.034
Egedal	5.235
Fredensborg	5.633
Frederiksberg	10.899
Frederikssund	6.151
Frederiksværk-Hundested	4.438
Furesø	5.206
Gentofte	8.985
Gladsaxe	7.261
Glostrup	2.552
Gribskov	6.051
Helsingør	8.553
Herlev	3.457
Hillerød	5.483
Hvidovre	5.956
Høje Taastrup	5.866
Hørsholm	3.747
Ishøj	2.462
København	44.906
Lyngby-Taarbæk	6.379
Rødovre	4.493
Rudersdal	7.245
Tårnby	5.154
Vallensbæk	1.881
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>193.927</b>

## Bilag 4. Kvalitetskrav

For at opnå målet om reduktion i brystkræftdødeligheden uden væsentlige bivirkninger er en høj professionel og organisatorisk standard nødvendig. Ved kvalitetsmonitorering af mammografiscreeningsprogrammet i Region Hovedstaden skal European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening og DBCG-rekommendationerne (Danish Breast Cancer Group) vedrørende mammografiscreening og klinisk mammografi følges. Der opstilles derfor følgende kvalitetskrav samt indikatorer for performance og impact:

### Organisatoriske krav til screeningen

- Personlige invitationer til mammografiscreening udsendes baseret på opdaterede befolkningsregisterdata (CPR).
- Pjece om mammografiscreeningsprogrammet samt spørgeskema medsendes invitationen.
- Alle kvinder i målgruppen 50-69 år inviteres hvert andet år.
- Kvinderne kan meddele, at de ikke ønsker invitation til mammografiscreening (nu eller i hele perioden).
- Mammografiundersøgelsen foretages på en screeningsenhed, der som minimum opfylder de organisatoriske krav
- Der etableres en styregruppe med bred repræsentation og udpeges en leder, som overordnet er ansvarlig for programmet. Lederen refererer til styregruppen.
- Der tages 2 standardiserede billeder af hvert bryst.
- Alle kvinder får skriftligt svar på mammografiundersøgelsen.
- Hver screeningsenhed udfører som minimum 5.000 screeninger pr. år i en targetpopulation på 20.000 kvinder.
- Hver screeningsenhed har centraliseret fysisk-teknisk kvalitetskontrol og lever op til fysisk-tekniske kriterier defineret i European Guidelines for Quality Assurance.
- Opsamler data og benytter disse til at monitorere programmet.
- Organisatoriske krav til et referencecenter ud over ovenstående:
- Udfører mindst 10.000 screeninger pr. år.
- Tilbyder uddannelsesprogrammer med evaluering af performance og et undervisningsmateriale, der inkluderer intervalcancere.
- Der er en fysiker fast tilknyttet programmet.
- Indgår i et integreret team med patolog, kirurg, onkolog og epidemiolog.
- Evaluerer og indberetter resultater regelmæssigt.

### Organisatoriske krav til gransknings/opfølgningenheder

- Røntgenbillederne granskes efterfølgende uafhængigt af 2 personer, der opfylder kvalitetskravene (dobbelgranskning).
  - Mindst 1 af granskningerne udføres af en uddannet screeningsradiolog, der minimum vurderer 5.000 mammogrammer per år.
  - Har faciliteter til komplet billeddiagnostisk vurdering af screeningsdetekterede anormaliteter.
  - Opsamler data og benytter disse til at monitorere programmet.
  - Deltager i multidisciplinære review-møder.
  - Har en leder, som er overordnet ansvarlig for programmet.
- 
- **Organisatoriske krav til klinisk mammografi/præoperativ diagnostik**  
Triplettesten er hovedhjørnestenen: palpation, billeddiagnostik (supplerende mammografi samt ultralyd), finnålsaspirationscytologi/ grovnålsbiopsi.
  - Udredning foregår i et integreret diagnostisk system af specialkyn-dige læger, dvs et velfungerende team af eksperter indenfor mammaradiologi, mammapatologi og mammakirurgi.
  - Biopsier udføres stereotaktisk, når læsionen ikke er synlig på ultralyd, af radiologer oplært heri.
  - Der foreligger skriftlige retningslinier for det tværfaglige samarbejde i det integrerede diagnostiske team. Ansvarsfordeling og opgavefordeling skal entydigt fremgå af retningslinierne.
  - Entydig placering af forløbsansvar for det samlede udredningsforløb, dvs. der er en leder, som er overordnet ansvarlig

### Indikatorer for performance og impact (acceptabelt/ønskværdigt)

Der angives kriterier dels for acceptabelt/ønskværdigt mål samt såvel for 1. gang-screenede som ved efterfølgende screeninger.

- Deltagerprocent af inviterede: > 70% / > 75%
- Genindkaldelsesprocent:
  - 1. gangscreenede: < 7% / < 5%
  - Efterfølgende screeninger: < 5% / < 3%
- Præoperativ diagnose af malign læsion: > 70% / > 90%
- Benign/malign excisionsratio:
  - 1. gangscreenede: < = 1:1 / < = 0,5:1
  - Efterfølgende screeninger: < = 1:1 / < = 0,2:1
- Kvinder genindkaldt med specificeret interval: > 90% / 100%
- Intervalcancerrate/baggrundsincidens:
  - 0-11 mdr: 30% / < 30%
  - 12 - 23 måneder: 50% / < 50%
- Detektionsrate: (IR = Brystkræft incidensrate uden screening)
  - 1. gangscreenede: 3 x IR / > 3 x IR

Efterfølgende screeninger: 1,5 x IR / > 1,5 x IR

- Små invasive cancere  $\leq 1$  cm / alle invasive cancere:  
1. gangscreenede:  $\geq 20\%$  /  $\geq 25\%$   
Efterfølgende screeninger:  $\geq 25\%$  /  $\geq 30\%$
- Invasiv cancer / invasiv + DCIS: 90% / 80 - 90%
- Lymfeknude negative:  
1. gangscreenede: 70% /  $> 70\%$   
Efterfølgende screeninger: 75% /  $> 75\%$

## Bilag 5. Beskrivelse af det administrative flow

Flow-del	Opgaveejer/ placering	Kommentar
CPR-udtræk	BCS	BCS indkalder, jf. H:S/Kodak- opsætning
Booking	BCS	BCS booker i de enkelte screeningssteders booking-planer i RIS-systemet
Indkaldelse	BCS	H:S indkaldelsesbrev tilpasset med bl.a. screeningssted og relevante telefonnumre
Afbud og ombookning	BCS	Kvinden ringer til BCS, der lægger oplysninger ind i RIS
Udeblivelse	BCS	Screeningssekretariatet følger H:S rekommandationer for genindkaldelse efter udeblivelse
Ønsker ikke deltage	BCS	Registreres i Kodak RIS
Spørgeskema	De enkelte screeningssteder	Bør foregå elektronisk, da alle oplysninger skal samles i fælles database.
Undersøgelse	De enkelte screeningssteder	Billederne optages digitalt og langtidslages i fælles PACS
Beskrivelse/ vurdering	De enkelte screeningssteder. BCS- optagelser granskes af RH.	Beskrivelse/vurdering foretages i Kodaks mammografiscreeningsmodul af 2 radiologer
Skrivning/ resultat-samling	BCS	Foretages i Kodaks mammografiscreeningsmodul
Genindkaldelse til yderligere undersøgelse	De enkelte screeningssteder	Ca. 2 ½ % genindkaldes til yderligere undersøgelser. Lister findes i Kodak RIS efter resultatsamling.
Besked ved i.a.- resultat, kontrol og protese	BCS	Brev til "i.a.-kvinden" og dennes praktiserende læge.

## Bilag 6. Indhold af database/statistik

I database samles oplysninger om blandt andet:

- Patientoplysninger (herunder CPR, fremmøde, screeningsrunde, tid i kir.amb., rtg.kontroldato m.v.)
- Hormonbehandlinger
- Tidligere mammografier
- Familiære dispositioner
- Selvfølte knuder
- Operationsoplysninger, herunder:
  - Tidligere operationer
  - Mastektomioplysninger
  - Operationsdato
  - Operationstype
  - Operationsresultat
  - Diagnose
  - Franks nål
  - Axilrømning
  - Histologi
  - Receptorstatus
  - Grad
  - Nodal status
  - Antal lymfeknuder
  - Tumorstørrelse
  - Svarkode
- Mammografioplysninger, herunder:
  - Udførende personale (radiograf/radiolog)
  - Palpabel
  - Mammografiresultat
  - Biopsi
  - Cytologi
  - Histologi
  - Multifokal
  - Diagnose
- Oplysninger om sekretion:
- Oplysninger mhp. validering af undersøgelsens tekniske standard

Generelt bør Region Hovedstaden tage afsæt i de europæiske guidelines og den norske KITH-rapport (se link under "Bilag 7. Referencer").

## Bilag 7. Økonomiberegninger

### Nuværende screeningsmammografi funktion i H:S

Screeningsmammografi i det nuværende H:S varetages af Rigshospitalet og er fysisk placeret på Bispebjerg hospital og på Rigshospitalet.

Screeningsmammografierne foretages på Bispebjerg Hospital mens de screeningsafledte mammografier inklusiv ultralydsundersøgelser, herunder biopsi-udtagelse samt præoperativ markering med "Frank nål" forud for operative indgreb, foretages på Rigshospitalet.

I de følgende beregninger er der taget udgangspunkt i budgettet for H:S mammografiscreeningsprogram, da regnskabstallene for de sidste 3 år er misvisende. Det skyldes, at der på grund af personalemangel indenfor radiolog- og radiografområdet dels har været øgede personaleudgifter på grund af overarbejdsbetaling dels nedsat aktivitet - indkaldelsesfrekvensen har været forsinket med op til 11 måneder. Ved rundeskift var forsinkelsen ca. 6 måneder

#### Aktivitet

Periode	Mål-gruppe	Aktiv ikke deltager (ca. 10%)	Inviterede	Screeningsmammografier	Afledte mammografier (ca. 3%)
I alt 2 år	51.000	5.100	45.900	32.130	964
I alt årligt	25.500	2.550	22.950	16.065	482

Det fremgår af aktivitetsoversigten, at der er budgetteret med et fremmøde på 70% i forhold til de inviterede og et fremmøde på 63% i forhold til hele målgruppen.

#### Fysisk kapacitet

	Antal rum	Apparatur
Screeningsmammografi	3	3 mammografer
Screeningsafledt klinisk mammografi mm	¼	1 mammografer
Screeningsafledt klinisk mammografi mm	¼	1 ultralydsapparat

Den fysiske kapacitet omfatter både screeningsmammografiaktiviteten og den afledte kliniske mammografiaktivitet.

### **Normering**

Overlæge/afdelingslæge	2,5 årsværk
Sygeplejerske/radiografer	6,7 årsværk
Sekretær	3,5 årsværk
<b>I alt</b>	<b>12,7 årsværk</b>

Normeringen omfatter både normeringen til screeningsmammografier og afledte kliniske mammografier.

### **Økonomiberegninger vedr. indførelse af screeningsmammografi i hele Region Hovedstaden**

#### **Forudsætninger**

Alle kvinder i Region Hovedstaden i alderen 50-69 år skal tilbydes screeningsmammografi hvert andet år.

Ud over de nuværende enheder på Bispebjerg Hospital og Bornholm Sygehus etableres der to nye enheder til udførelse af screeningsmammografi, der placeres i forbindelse med de eksisterende mammaenheder (dvs. aktuelt ved Herlev Sygehus og Sygehus Nordsjælland).

De to nye enheder kan etableres som:

2 stationære enheder (model 1) eller

2 stationære enheder med 1 mobil enhed til at dække yderområderne i det nuværende Frederiksborg Amt (model 2)

Den eksisterende enhed på Bispebjerg Hospital udbygges til også at betjene de nuværende Dragør og Tårnby kommuner med i alt 7.188 kvinder mellem 50-69 år.

#### **Optageområder**

Bispebjerg Hospital varetager screeningsmammografierne i Københavns og Frederiksberg kommuner samt i de nuværende Dragør og Tårnby kommuner, med i alt 62.993 kvinder i alderen 50-69 år i 2007 (55.805 fra det nuværende H:S område og 7.188 fra de nuværende Dragør og Tårnby kommuner).

Herlev Amtssygehus varetager screeningsmammografierne i det nuværende Københavns Amt ekskl. de nuværende Dragør og Tårnby kommuner, med i alt 63.585 kvinder i alderen 50-69 år i 2007.

Sygehus Nordsjælland varetager screeningsmammografierne i det nuværende Frederiksborg Amt, med i alt 60.851 kvinder i alderen 50-69 år i 2007.

Bornholm Centralsygehus varetager screeningsmammografierne i Bornholms Regionskommune med i alt 6.498 kvinder i alderen 50-69 år i 2007.

**Forventet aktivitet**

Forudsat, at alle kvinder i Region Hovedstaden i alderen 50-69 år skal indkaldes til screeningsmammografi hvert andet år og at deltagerprocenten bliver på 70% af hele målgruppen, vil der blive følgende screeningsmammografiaktivitet i 2007:

Enhed	Inviterede	Screeningsmammografier	Aktivitetsudvidelse
Bispebjerg Hospital	27.903 + 3.594 = 31.497	19.532 + 2.516 = 22.048	22.048-16.065 = 5.983
Herlev Sygehus	31.793	22.255	22.255
Nordsjælland Sygehus	30.426	21.299	21.299
Bornholms Sygehus	3.249	2.274	0
<b>I alt</b>	<b>96.965</b>	<b>67.876</b>	<b>49.537</b>

Ved en forventet genindkaldelsesprocent i første runde (prævalensrunden) på 5% og ved senere runder en genindkaldelsesprocent på 3% bliver der følgende genindkaldelsesundersøgelser:

Enhed	Screeningsmammografier	Genindkaldelsesundersøgelser 5% (2007 og 2008)	Genindkaldelsesundersøgelser 3% (senere år)
Bispebjerg Hospital	19.532 + 2.516 = 22.048	586(3%) + 126(5%) = 712	661
Herlev Sygehus	22.255	1.113	668
Nordsjælland Sygehus	21.299	1.064	639
Bornholms Sygehus	2.274	0	68
<b>I alt</b>	<b>67.876</b>	<b>2.889</b>	<b>2.036</b>

I de følgende beregninger vedrørende kapacitet er det forudsat, at den nuværende budgetterede kapacitet i H:S mammografiprogram er den

nødvendige og tilstrækkelige kapacitet til årligt at udføre 16.065 screeningsmammografier og de deraf screeningsafledte mammografier mm..

#### Forventet fysisk kapacitetsbehov

Det forudsættes, at der i ét rum udstyret med ét mammografiapparat årligt kan udføres 5.355 screeningsmammografier, jfr. den nuværende budgetterede aktivitet og fysiske kapacitet i H:S.

Til at varetage screeningsmammografien i hele Region Hovedstaden er der herefter behov for følgende udvidelse af den fysiske kapacitet forudsat en deltagerprocent på 70% af hele målgruppen:

Enhed	Aktivitet	Antal rum	Antal mammografer
Bispebjerg Hospital	5.983	1,1	1,1
Herlev Sygehus	22.255	4,2	4,2
Sygehus Nordsjælland	21.299	4,0	4,0
<b>I alt</b>	<b>49.537</b>	<b>9,3</b>	<b>9,3</b>

Hvis rummene udstyres med kabiner og normeres med 2 radiografer per rum giver det et hurtigere patientflow og en bedre apparatudnyttelse.

I beregningen er det forudsat, at genindkaldelsesundersøgelserne kan klares indenfor de enkelte sygehuses nuværende fysiske kapacitet, da der er tale om en marginal aktivitetsstigning.

#### Forventet normeringsbehov

Det forudsættes, at der med den nuværende budgetterede normering i H:S årligt kan udføres i alt 16.065 screeningsmammografier samt de deraf afledte screeningsafledte mammografier mm.

**Det forudsatte antal screeningsmammografier pr. årsværk vil herefter være følgende, jfr. den nuværende aktivitet og normering i H:S:**

Type årsværk	Screeningsmammografier
1 overlæge/afdelingslæge	6.426
1 sygepleje/radiograf	2.434
1 sekretær	4.590

Til at varetage screeningsmammografien og de screeningsafledte mammografier mm. i hele Region Hovedstaden er der herefter behov for følgende normeringsudvidelse forudsat en deltagerprocent på 70% af hele målgruppen:

---

Enhed	Aktivitet	Overlæge/ afdelingslæge årsværk	Sygepleje/ radiograf årsværk	Sekretær årsværk
Bispebjerg Hospital/RH	5.983	0,9	2,5	1,3
Herlev Sygehus	22.255	3,5	9,1	4,8
Sygehus Nordsjælland	21.299	3,3	8,8	4,6
<b>I alt</b>	<b>49.537</b>	<b>7,7</b>	<b>20,4</b>	<b>10,7</b>

### Udgifter til efteruddannelse

Mål og kompetencekrav for efteruddannelsen af radiologer og radiografer i Region Hovedstaden er i overensstemmelse Dansk Forening for Radiologisk Mammadiagnostiks anbefalinger samt er i overensstemmelse med overvejelserne fra Radiografskolen i Herlev.

For radiografer indbefatter efteruddannelsen 10-12 ugers teoretisk undervisning og praktisk oplæring. Udgiften til efteruddannelsen per radiograf anslås til 100.000 kr. og omfatter 12 ugers løn à 6.300 kr., undervisningsafgift anslået til 25.000 kr.

Efteruddannelsen af radiologer til varetagelse af brystkræftscreening indeholder mindst 10-12 ugers intensiv træning eller 1 års ansættelse som 1. gransker på et brystkræftscreeningscenter. Udgift til intensiv træning beløber sig til ca. 200.000 kr. og omfatter 12 ugers løn à 11.700 kr., samt løn til vejleder til intensiv 1-til-1 undervisning ca. 1/3 af tiden i de 12 uger à 16.000 kr.

---

## Model 1: To stationære enheder

**Driftsudgifter i 1000 kr.**

<b>Personale udgifter:</b>	
7,7 overlæge/afdelingslæge årsværk	5.942,5
20,4 sygepleje/radiograf årsværk	6.959,0
10,7 sekretær årsværk	3.258,2
½ fysiker årsværk	0,4
1 overlæge årsværk – administration	0,7
1 AC årsværk – kvalitetssikring inkl. statistik	0,4
I alt personaleudgifter	16.161,2
<b>Øvrige driftsudgifter:</b>	
Registrering og edb	
Service og vedligeholdelse af apparatur	
Biopsier	
Øvrige omkostninger	
I alt øvrige driftsudgifter	5.114,2
<b>Totalt driftsudgifter</b>	<b>21.275,4</b>

Personaleudgifterne er beregnet på grundlag af Rigshospitalets aktuelle gennemsnits lønninger inklusiv tillæg til ny løn inden for de enkelte personalekategorier.

Øvrige driftsudgifter er beregnet forholdsmæssigt ud fra udgifterne og aktiviteten i 2005 i H:S mammografiscreeningsprogram.

I driftsudgifterne er der ikke indregnet afledte øgede driftsudgifter indenfor kirurgi, onkologi, patologi mm.

**Bidrag fra nuværende Københavns og Frederiksborg amter**

Ved etablering af screeningsmammografi i hele Region Hovedstaden vil de nuværende Københavns og Frederiksborg amter årligt spare omkostningerne til de gråzonemammografier, der i dag udføres på kvinder i alderen 50-69 år på private Røntgenklinikker. Det drejer sig om en årlig udgift på ca. 2,5 mio. kr. i det nuværende Frederiksborg Amt og en årlig udgift på ca. 1,6 mio. kr. i det nuværende Københavns Amt.

De nuværende Københavns og Frederiksborg amter kan således bidrage med i alt ca. 4,1 mio.kr.

---

Med model 1 bliver den årlige nettodriftsudgift herefter på i alt 17,2 mio. kr.

#### **Etableringsudgifter**

##### **Apparaturudgifter pr. rum**

1 stk. Digitalt mammografiapparat	3,0 mio. kr.
1 stk. CAD	0,4 mio. kr.
1 stk. Arbejdsstation	0,5 mio. kr.
<b>I alt apparaturudgifter pr. rum</b>	<b>3,9 mio. kr.</b>

Apparaturudgifterne er beregnet på grundlag af listepreiser. Ved etablering af 9 nye mammografiscreeningsrum bliver den samlede apparaturudgift på i alt 35,1 mio. kr.

##### **IT udgifter**

Initiale etableringsomkostninger, PACS	3,2 mio. kr.
Initiale etableringsomkostninger, RIS	1,0 mio. kr.
Initiale etableringsudgifter, andet	2,2 mio. kr.
Etablering af radiologiske arbejdsstationer	4,6 mio. kr.
Overhead 30%	3,4 mio. kr.
<b>I alt IT udgifter</b>	<b>14,4 mio. kr.</b>

Vedr. IT udgifterne skal det bemærkes, at økonomien som den er beregnet nu, er baseret på skøn uden et egentligt projektarbejde, hvor detaljerne planeres. Økonomiberegningerne er derfor på nuværende behæftet med stor usikkerhed, hvorfor der er taget forbehold med et overhead på 30%.

##### **Uddannelsesudgifter**

Uddannelsesudgifterne er beregnet på grundlag af en uddannelsesudgift til 7 radiologer á 200.000 kr. pr. årsværk og til 20 radiografer á 100.000 kr.

Uddannelsesudgifter til uddannelse af radiologer og radiografer vurderes at blive i alt 3,4 mio. kr.

Med model 1 bliver de samlede etableringsudgifter således i alt 52,9 mio. kr. Hertil kommer udgifter til eventuelle ombygninger mm., som ikke kan beregnes før de konkrete planer kendes.

Model 2: To stationære enheder med én mobil enhed til at dække yderområderne i det nuværende Frederiksborg Amt

**Driftsudgifter i 1000 kr.**

**Personaleudgifter:**

7,7 overlæge årsværk	5.942,5
20,4 sygepleje/radiograf årsværk	6.959,0
10,7 sekretær årsværk	3.258,2
½ fysiker årsværk	0,4
1 overlæge årsværk – administration	0,7
1 AC årsværk – kvalitetssikring inkl. statistik	0,4
I alt personaleudgifter	16.161,2

**Øvrige driftsudgifter:**

Registrering og edb	
Service og vedligeholdelse af apparatur	5.114,2
Biopsier	
Øvrige omkostninger	
Flytning af trailer	0,1
<b>Totalt driftsudgifter</b>	<b>21.275,5</b>

Bidrag fra nuværende Københavns og Frederiksborg amter udgør som i model 1 i alt ca. 4,1 mio. kr.

Med model 2 bliver den årlige nettodriftsudgift herefter på 17,2 mio. kr.

**Etableringsudgifter**

Apparaturudgifter pr. rum:	
1 stk. Digital mammografiapparat	3,0 mio. kr.
1 stk. CAD	0,4 mio. kr.
1 stk. Arbejdsstation/billedlager	0,5 mio. kr.
I alt pr. rum	3,9 mio. kr.
I alt ved etablering af 9 rum	35,1 mio. kr.
Trailer	2,0 mio. kr.
IT udgifter	14,4 mio. kr.
Uddannelse af radiografer mm.:	3,4 mio. kr.
<b>Etableringsudgifter i alt</b>	<b>54,9 mio. kr.</b>

Vedrørende apparatur-, IT- og uddannelsesudgifter henvises der til det ovenfor under model 1 anførte.

Det er såvel muligt at købe og leje en blokvogn (mammothailer). Kun udgifter ved køb af blokvogn er beregnet her. Leje af en blokvogn minimerer investeringsomkostningerne på bekostning af højere driftsomkostninger. Ved køb af blokvogn kan vælges at købe en brugt mammothailer (ca. 800.000 kr.) eller en ny mammothailer (ca. 2,0 mio. kr).

Ved etablering af 8 nye mammografiscreenings rum samt én mobil enhed bliver de samlede etableringsudgifter herefter på i alt 54,9 mio. kr. Hertil kommer udgifter til eventuelle ombygninger, etablering af arbejdspladser mm., som ikke kan beregnes før de konkrete planer foreligger.

## Bilag 8. Referencer

European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening

DBCG-rekommendationerne vedrørende mammografiscreening og klinisk mammografi (Danish Breast Cancer Group).

Tekniske beregninger og anbefalinger i den norske rapport kan downloades fra:

[http://www.hoykom.no/hoykom/hoykomweb.nsf/4a87ff3bf2c03cc38525646f0072ffa9/283534545568fc11412569b90044b493/\\$FILE/P1260%20sluttrapport\\_mammografi.doc](http://www.hoykom.no/hoykom/hoykomweb.nsf/4a87ff3bf2c03cc38525646f0072ffa9/283534545568fc11412569b90044b493/$FILE/P1260%20sluttrapport_mammografi.doc)

# REGION HOVEDSTADEN

DIREKTIONEN

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Tlf: 4820 5000  
Fax: 4820 5149  
E-post: regh@regh.dk  
www.regionhovedstaden.dk

Dato: 11.07.2006  
Sagsnr.: 200500142  
Arkiv:  
Sagsbeh.: Katrine Tang  
Direkte tlf.: 4820 5615  
e-mail: katrine.tang@regh.dk

## **Pulje til fremme af gennemførelse af tilbud om landsdækkende brystkræftscreening**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har med brev af 22. juni 2006 imødekommet ansøgningerne fra Københavns Amt og Frederiksborg Amt til den statslige pulje til fremme af gennemførelse af tilbuddet om landsdækkende brystkræftscreening med henholdsvis 8,3 mio. kr. og 2,838 mio. kr. til finansiering af mammografer.

Vedlagt dette brev er acceptskrivelser fra Københavns Amt og Frederiksborg Amt.

Amterne havde på baggrund af det fælles notat af 20. december 2005 ansøgt om henholdsvis 9,8 mio. kr. og 7 mio. kr. til anskaffelse af i alt 5 digitale mammografer og efteruddannelse af personale.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har bedt om et revideret budget, hvor der er taget højde for det reducerede tilskud.

Region Hovedstaden har siden amternes fremsendelse af puljeansøgninger i december 2005 udarbejdet et forslag til organisering af brystkræftscreening i regionen. De nærmere beregninger har bl.a. vist, at kapacitetsbehovet må forventes at blive større end forudsat i det notat, der lå til grund for puljeansøgningerne.

**Forventet budget til etablering af brystkræftscreening i Region Hovedstaden**

	mio. kr.	
<b>Forventede etableringsudgifter:</b>		<b>54,900</b>
Apparatur	37,100	
IT	14,400	
Uddannelse	3,400	
<b>Statslige puljemidler til digitale mammografer:</b>		<b>11,138</b>
Puljemidler tildelt Københavns Amt	8,300	
Puljemidler tildelt Frederiksborg Amt	2,838	
<b>Restfinansiering</b>		<b>43,762</b>

Det forventede budget til etablering af brystkræftscreening i Region Hovedstaden fremsendes med forbehold for den politiske behandling.

Med venlig hilsen



Helle Ulrichsen

J.nr.: 2006-12103-373

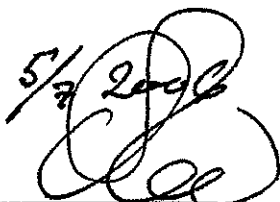
**Accept af tilskudsbetingelser****"Anskaffelse af tre digitale mammografer" / Københavns Amt****Vedrørende tilskudsmodtagers og tilskudsmodtagers revisors accept af Indenrigs- og Sundhedsministeriets tilskudsbetingelser af 22 JUNI 2006**

Tilskudsmodtager og tilskudsmodtagers revisor/institutionens regnskabsansvarlige accepterer med deres underskrift Indenrigs- og Sundhedsministeriets tilskudsbetingelser samt Indenrigs- og Sundhedsministeriets revisionsinstruks for driftstilskud og regnskabsinstruks for driftstilskud.

Datoen for tilsagnsskrivelsen er det tidligste tidspunkt, fra hvilket der kan afholdes udgifter, som kan dækkes af det bevilgede tilskud med de heri angivne betingelser.

Såfremt Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke har modtaget denne skrivelse i underskrevet stand inden 4 uger fra dags dato, bortfalder støttetilsagnet uden yderligere varsel.

Dato:

5/7 2006  


DELOITTE

Tilskudsmodtager

Revisor/ institutionens regnskabsansvarlige

**Oplysninger til brug for udbetaling af tilskud:**

- Oplysninger om pengeinstitut / giro (registreringsnummer, kontonummer, adresse) REG. 3100  
 KONTONR. 10032962  
 PENGEINST. DANSKE BANK
- Tilskudsmodtagers CPR-nummer, CVR- eller SE-nummer ( Til brug for indberetning til Told og Skat).  
 CVR: 16189006

J.nr.: 2006-12103-372

**Accept af tilskudsbetingelser****"Anskaffelse af to digitale mammografer" / Frederiksborg Amt****Vedrørende tilskudsmodtagers og tilskudsmodtagers revisors accept af Indenrigs- og Sundhedsministeriets tilskudsbetingelser af 22 JUNI 2006**

Tilskudsmodtager og tilskudsmodtagers revisor/institutionens regnskabsansvarlige accepterer med deres underskrift Indenrigs- og Sundhedsministeriets tilskudsbetingelser samt Indenrigs- og Sundhedsministeriets revisionsinstruks for driftstilskud og regnskabsinstruks for driftstilskud.

Datoen for tilsagnsskrivelsen er det tidligste tidspunkt, fra hvilket der kan afholdes udgifter, som kan dækkes af det bevilgede tilskud med de heri angivne betingelser.

Såfremt Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke har modtaget denne skrivelse i underskrevet stand inden 4 uger fra dags dato, bortfalder støttetilsagnet uden yderligere varsel.

**12 JULI 2008**

Dato:



Tilskudsmodtager



Revisor/ institutionens regnskabsansvarlige

**Oplysninger til brug for udbetaling af tilskud:**

- Oplysninger om pengeinstitut / giro (registreringsnummer, kontonummer, adresse)

Nordea A/S  
Slotsgade 44  
3400 Hillerød

Reg. nr. 2276, konto nr. 5200195037

- Tilskudsmodtagers CPR-nummer, CVR- eller SE-nummer ( Til brug for indberetning til Told og Skat).  
SE-nr. 12950713

Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen

KOPI

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotholmsgade 10-12  
1216 København K

6. september 2006

Kære Lars Løkke Rasmussen

### **Vedr.: Nationalt kompetencecenter på demensområdet**

Sygekassernes Helsefond vil gerne takke for dit brev af 29. juni 2006, hvor du opfordrer os til i samarbejde med H:S at udarbejde et konkret projektforslag til et nationalt kompetencecenter på demensområdet. Med dette brev vedlægger vi et sådant projektforslag.

Demensområdet har gennem årene haft stor bevågenhed hos Sygekassernes Helsefond, som har bevilget omkring 25 mio. kr. inden for området. Bestyrelsen ønsker nu at afslutte disse bevillinger med dette initiativ, omhandlende de sundhedsfaglige aspekter af demens, da vi mener, at der er et stort behov for at udvikle, samle og styrke området. H:S har ved etableringen og udviklingen af H:S Hukommelsesklinikken og med varetagelsen af lands- og landsdelsfunktion på demensområdet allerede igangsat landsdækkende initiativer, og ønsker ved deltagelse i dette initiativ at understøtte udviklingen af demensområdet nationalt.

Sygekassernes Helsefond har i samarbejde med H:S udarbejdet et projektforslag, som tager udgangspunkt i behovene i regioner og kommuner og i erfaringer fra lignende centre, bl.a. det norske kompetencecenter for demens, som blev etableret for 10 år siden. Vi foreslår, at der etableres et nationalt sundhedsfagligt kompetencecenter for demens med fokus på forsknings- og udviklingsarbejde samt på uddannelse og vidensformidling. Formålet med centret skal være dels at styrke og koordinere den sundhedsfaglige forskning i forhold til udviklingen af konkrete sundhedsfaglige behandlings- og plejetilbud på demensområdet, dels at sikre en fast forankret vidensspredning og formidling i samarbejde med de nye regioner og kommuner.

Vi vil gerne foreslå, at projektfasen strækker sig over 5 år, idet det vil være det mest hensigtsmæssige i forhold til udvikling og etablering af de omfattende aktiviteter. Vi foreslår endvidere et årligt budget, som optrappes gradvist, til 6 mio. kr.

Sygekassernes Helsefond er indstillet på, at vores bevilling på i alt 10,5 mio. kr. strækkes over 5 år. Vi foreslår, at der søges om bidrag fra satspuljemidlerne på et tilsvarende beløb, i alt kr.10,5 mio. kr., ligeledes fordelt på 5 år. Den samlede rammebevilling til centret i projektperioden vil således være 21 mio. kr.

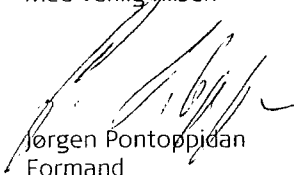
Formanden for forberedelsesudvalget Vibeke Storm Rasmussen har tilkendegivet, at Region Hovedstaden gerne påtager sig værtskabet for Centret. Sagen vil blive forelagt Forberedelsesudvalget den 26. september 2006 til orientering.

Vi har i forberedelsen af det vedlagte projektforslag inddraget Sundhedsstyrelsen, som har udtalt støtte til ideen, som man finder kan støtte implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på demensområdet. Vi er indstillet på, at betegnelsen "nationalt kompetencecenter" skal drøftes nærmere i forhold til den generelle organisering af sundhedsvæsenet og er åbne over for andre forslag til navngivning af centret.

Styrelsen for Social Service og Alzheimerforeningen har tidligere ved flere lejligheder været inddraget i drøftelserne og har udtalt sig positivt og bakket ideen op om et nationalt sundhedsfagligt kompetencecenter ved Rigshospitalet.

Sygekassernes Helsefond og H:S står gerne til rådighed for yderligere oplysninger og drøftelser af det tilsendte projektforslag og budget.

Med venlig hilsen



Jørgen Pontoppidan  
Formand  
Sygekassernes Helsefond



Søren Rohde  
Adm. direktør  
Hovedstadens Sygehusfællesskab

Bilag:

1. projektforslag med budget

## Projektforslag til et nationalt kompetencecenter på demensområdet

### Indledning

Demens er en kronisk folkesygdom, der repræsenterer nogle af de mest alvorlige hjernesygdomme med betydelige helbredsmæssige, sociale, og menneskelige konsekvenser.

Omkring 70.000 til 80.000 danskere har en demenssygdom.<sup>1</sup> Mere end halvdelen af dem har Alzheimers sygdom, en fremadskridende og dødelig hjernesygdom. De sundhedsfaglige og sociale omkostninger ved demens andrager 10-15 milliarder kr. årligt.<sup>2</sup> En stor del af disse omkostninger går til en *sundhedsfaglig indsats*, som vi i dag ikke kender kvaliteten af, og som ikke bygger på evidensbaserede retningslinier. En endnu større del går til den *sociale indsats*, der i vid udstrækning ydes til demente, som ikke er undersøgt eller behandlet for deres demenssygdom. Kun omkring 1/3 har fået stillet en specifik diagnose og har modtaget tilbudt om behandling. I den sene fase af en demenssygdom, hvor den demente ofte vil være på plejehjem, og helt afhængig af omsorg døgnet rundt, er adfærdsforstyrrelser og kompromitteret taleevne og forståelse vanskelige udfordringer for læger og personale. Her er problemstillingen ikke kun manglende diagnose, men også det høje forbrug af sløvende antipsykotiske lægemidler. Det er i den forbindelse vigtigt at bemærke, at 70 – 80 % af plejehjemsbeboerne i Danmark er demente.

Flere aktiviteter vedrørende udvikling, dokumentation samt vidensformidling af den *sociale indsats*, herunder også samarbejdsmodellen<sup>3</sup> som skal sikre sammenhæng i indsatsen, koordineres allerede i et vist omfang nationalt.

Der er behov for et landsdækkende center, som har fokus i de *sundhedsfaglige* aspekter af demenssygdomme. Kun få har særlig sundhedsfaglig kompetence vedrørende demens, og det sundhedsfaglige ansvar for behandling er fordelt på fire forskellige lægelige specialer: almen medicin, geriatri, neurologi og psykiatri, med stor geografisk variation af organiseringen. Der er derfor behov for udvikling, samling og bevarelse af spidskompetence inden for området. For patienter med demens og deres pårørende vil en opgradering af indsatsen i sundhedsvæsenet kunne bringe indsatsen på linie med den der tilbydes ved andre kroniske medicinske sygdomme, og dermed bidrage til en afstigmatisering af sygdommen. Sundhedsstyrelsen anbefalede i en redegørelse fra 2001 en styrkelse af området, og konkret at der i hvert amt etableredes en specialiseret demensfunktion. Sundhedsstyrelsen anbefalede endvidere mere forskning, udvikling og uddannelse på området.<sup>4</sup>

Molekylærbiologisk forskning og teknologiske fremskridt har muliggjort helt ny viden om demenssygdommens årsag og opståen. I disse år og i den kommende årrække forudses derfor en markant udvikling med væsentlige banebrydende fremskridt inden for diagnostik og behandling af demenssygdomme, med betydelige konsekvenser for demensindsatsen på både det sundhedsfaglige og det sociale område. Hvis Danmark skal have en mulighed for at markere sig – eller blot følge med – i udviklingen på det medicinske område i Nordeuropa i konkurrence med f.eks. Stockholm, London og Amsterdam, bør der sættes på ét ekspertisecenter, som vil kunne varetage sundhedsfaglig forskning, udvikling og vidensformidling på højt niveau til gavn for danske professionelle, demente og pårørende.

Et nationalt sundhedsfagligt kompetencecenter på demensområdet vil kunne understøtte Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mere forskning, udvikling og uddannelse på området på tværs af specialer, sektorer og faggrupper. Centret vil også kunne understøtte en uddannel-

<sup>1</sup> [www.alzheimerforeningen.dk](http://www.alzheimerforeningen.dk)

Lobo A, et al. *Neurology*. 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.

<sup>2</sup> Jönsson L., et al. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 1999

<sup>3</sup> Socialministeriet, *Socialministeriets indsats for demente: Generel samarbejdsmodel på demensområdet, Rapport 2001*

<sup>4</sup> *Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af Sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. Sundhedsstyrelsen 2001.*

sesmæssig opgradering af personale i de nye regioner og kommuner, en opgradering som vil kunne bidrage til at løse mange af problemstillingerne i forhold til medicinbehandling, pleje, omsorg og kommunikation på plejehjem.

Ideen til et nationalt kompetencecenter udspringer af et tilsvarende nationalt initiativ i Norge, hvor "Nationalt Kompetencecenter for demens" blev oprettet i tilknytning til Hukommelsesklinikken på Ullevaal Sykehus i Oslo og et forlag i Granli i 1996, initialt som et 5 årigt projekt, med støtte fra den Norske Socialstyrelse. Den svenske regering har i marts 2006 foreslået oprettelsen af et nationalt center. I USA etablerede "National Institute of Health" (NIH) tidligt i 1990'erne, 27 nationale amerikanske ekspertise centre for demens.

### **Vision**

Det nationale kompetencecenter på demensområdet skal forbedre den *sundhedsfaglige* forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og omsorg af demente i Danmark, og skal skabe resultater af både national og international betydning.

### **Mission**

Det nationale kompetencecenter skal i samarbejde med regioner og kommuner drive integreret forskning, udvikling og uddannelse på højt internationalt niveau inden for demens, samt videreformidle nye sundhedsfaglige metoder og resultater til praktikere og frivillige på demensområdet i hele landet.

### **Formål**

Formålet med centret er dels at styrke og koordinere den sundhedsfaglige forskning i forhold til udviklingen af konkrete sundhedsfaglige behandlings- og plejetilbud på demensområdet, dels at sikre en fast forankret vidensspredning og formidling til de nye regioner og kommuner.

### **Målgruppe**

Målgruppen for et nationalt kompetencecenter på demensområdet er fagpersoner inden for demensområdet i de nye regioner og kommuner, frivillige organisationer og private virksomheder, herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, psykologer, socialrådgivere, fysio- og ergoterapeuter, samt administrative medarbejdere og ledere.

### **Virksomhedsområde og arbejdsopgaver**

- Forsknings- og udviklingsarbejde til forbedring af tilbud om forebyggelse, diagnostik, behandling, rehabilitering, pleje og omsorg for demente og deres pårørende.
  - Forskning, udvikling og validering af nye metoder inden for diagnostik, behandling, rehabilitering, pleje og omsorg, samt implementering af nye internationale forskningsresultater i Danmark.
  - Udvikling af evidensbaserede retningslinier.
  - Understøttelse af en landsdækkende sundhedsfaglig kvalitetsdatabase med henblik på dokumentation og udvikling af kvaliteten af demens diagnostik og behandling.
  - Konsulentfunktion vedrørende lokale og regionale forsknings- og udviklingsopgaver inden for demens i de nye regioner og kommunerne.
- Uddannelse og vidensformidling på det sundhedsfaglige område
  - Etablering af netværk for regionale og kommunale demens udrednings-enheder i Danmark.
  - Understøtte de specialiserede demensenheder i sygehusvæsenet i deres rådgivningsmæssige støtte til kommunerne.
  - Formidling af eksisterende viden og af nye forskningsresultater på området til forskere og praktikere i de nye regioner og kommunerne.
  - Regionale og nationale undervisningstilbud (kurser, konferencer) om demens til ledere og medarbejdere på alle niveauer i de nye regioner, kommuner og private organisationer, herunder fortsat udvikling og afholdelse af den landsdækkende konference om demens DemensDagene
  - Uddannelse af forskere på demensområdet ("forskerskole")
  - Udvikling af undervisningsmateriale og nye IT-baserede metoder for vidensformidling.

## Forankring og organisation

Centret foreslås tilknyttet til H:S Hukommelsesklinikken, der blev etableret i 1995 som et udviklingsprojekt på Rigshospitalet, finansieret af Apotekerfonden, Sygekassernes Helsefond og Rigshospitalet.

Klinikken varetager i dag både højt specialiserede undersøgelser og behandlinger for patienter fra hele landet (lands-landsdelsfunktion) og basisfunktion som lokal demensenhed for en del af H:S området. Klinikken modtager ca. 700 nye patienter årligt, og i alt godt 1000 patienter følges i klinikken. H:S Hukommelsesklinikken har desuden, overvejende for eksterne projektmidler, gennem de sidste 10 år opbygget ekspertise inden for forskning, udvikling og undervisning på demensområdet og har tilknyttet et multidisciplinært team med stor kompetence. Teamet har således taget initiativ til og driver i samarbejde med Styrelsen for Social Service et igangværende nationalt forskningsprojekt ("DAISY") som skal bedre mulighederne for tidlig rådgivning og støtte til nydiagnosticerede mennesker med demens og deres pårørende. Teamet har samarbejdspartnere i hele landet og har f.eks. bidraget med konsulenttjeneste for Ikast Kommunes nye indsats for demens og for Odense Universitetshospital. H:S Hukommelsesklinikken har hvert år siden 1999 afholdt DemensDagene – en konference der henvender sig til alle faggrupper som arbejder med demente. De seneste år har der været omkring 1000 deltagere og 60 foredragsholdere fra hele landet ved konferencen.

Det nationale kompetencecenter skal have en selvstændig daglig ledelse, men aktiviteterne skal være integrerede med H:S Hukommelsesklinikkens øvrige funktioner, således at koblingen til de kliniske funktioner, herunder lands-landsdelsfunktionen, og til neurovidenskabelig forskning sikres. Centret skal have en fast stab af medarbejdere med forskellige faglige kompetencer på akademisk niveau og teknisk-administrativt personale, foruden medarbejdere som på eksterne bevillinger er knyttede til konkrete projekter. Det vil være væsentligt, at flere af centrets medarbejdere selv har spidskompetence og erfaring i det praktiske arbejde med demente mennesker, og har mulighed for fortsat at fastholde og udvikle erfaring med diagnostik og behandling, information og rådgivning.

## Styregruppe

En styregruppe med repræsentanter for de fem regioner, kommunerne, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Social Service, Alzheimerforeningen m.fl., skal sikre forankring af aktiviteterne i kommunerne, hos praktiserende læger og i hospitalsregi i hver region, medinddragelse af regionerne og lokale videntcentre i centrets aktiviteter, videreformidling af lokale, regionale projekter til andre regioner, samt medinddragelse af patient og pårørende synspunkter. Styregruppen skal endvidere sikre unødigt overlap med andre aktiviteter.

## Overordnet tidsplan

Centret foreslås etableret som et 5-årigt udviklingsprojekt, med gradvis igangsætning af aktiviteterne over de første 3 år.

1. år (2007): etablering af styregruppe, daglig ledelse og sekretariat, detaljeret projekt- og udviklingsplan i samarbejde med regioner og kommuner, igangsætning af kursus- og konferenceaktivitet samt publikationer og hjemmeside om centrets tilbud og aktiviteter
2. år (2008): etablering af info database og IT baserede formidlingsaktiviteter, etablering af netværk for demensenheder, udbygning af kursus- og konferenceaktivitet, igangsætning af de første forsknings- og udviklingsaktiviteter herunder evidensbaserede retningslinier og kvalitetsdatabase
3. år (2009): udbygning af kursus og konferencevirksomhed, samt af forsknings- og udviklingsaktiviteter, etablering af rådgivningsvirksomhed og af forskeruddannelse
4. år (2010): videreførelse af fuldt udbygget kursus og konferenceprogram, udbygning af rådgivningsvirksomhed og forskeruddannelse, udbygning af forsknings og udviklingsaktiviteter
5. år (2011): fuld gennemførelse af formidlings- og udviklingsprogram og projekt-evaluering



### Budget og finansiering

Centret foreslås finansieret af en rammebevilling på 6 mill. kr. per år, fordelt på drift og løn til den nationale koordinering og igangsætning af forsknings- udviklings- og formidlingsinitiativer, som vist nedenfor.

Foruden rammebevillingen, vil centret have mulighed for at søge supplerende eksterne midler til finansiering af konkrete projekter og for at drive indtægtsdækkede aktiviteter (kurser, konferencer, publikationer).

Lønbudgettet omfatter løn til den daglige ledelse og sekretariat, AC medarbejdere til IT og kommunikation, kursusledere, undervisere, seniorforsker og forskningsassistenter, i alt ca. 15 årsværk. Driftsudgifter omfatter møde- og rejseudgifter, udgifter til IT udstyr, kontormøbler, trykning og forsendelse af materiale, samt konsulentydelse. Centrets aktiviteter vil blive etableret gradvist i løbet af de første 3 år, med en tilsvarende optrapning af budgettet til det årlige budget på 6 mill. kr., som vist i nedenstående oversigt. Budgettet for det samlede 5-årige projekt bliver derved 21 mill. kr.

#### Projektbudget (i 1000 kr.)

	2007	2008	2009	2010	2011	I alt
Drift	300	300	300	350	350	1.600
Løn	700	2.700	4.700	5.650	5.650	19.400
Budget i alt	1.000	3.000	5.000	6.000	6.000	21.000
<i>heraf fra Sygekassernes Helsefond</i>	<i>500</i>	<i>1.500</i>	<i>2.500</i>	<i>3.000</i>	<i>3.000</i>	<i>10.500</i>
<i>heraf fra Sataspuljemidler</i>	<i>500</i>	<i>1.500</i>	<i>2.500</i>	<i>3.000</i>	<i>3.000</i>	<i>10.500</i>

Sygekassernes Helsefond ønsker at støtte udviklingen af centret med i alt 10,5 mill kr. i den 5-årige projekt-periode, og der søges om et tilsvarende beløb fra Sataspuljen, ligeledes fordelt over den 5-årige projektperiode, som vist. Region Hovedstadens bidrag til centret i forbindelse med tilsagn om værtskabet inkluderer drift af lokalerne (ikke medtaget i det viste projekt-budget).

#### Videreførelse af projektet

Inden udløb af projektperioden skal der, på baggrund af en evaluering af projektets resultater, tages stilling til eventuel videreførelse og dermed den fortsatte finansiering af det nationale kompetencecenter.

#### Tilsagn om værtskab fra Region Hovedstaden

Formanden for Forberedelsesudvalget i Region Hovedstaden Vibeke Storm Rasmussen har givet tilsagn om, at Region Hovedstaden gerne vil påtage sig værtskabet for Centret.

Sagen forelægges Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden på møde den 26. september 2006 til orientering.

5. september 2006



Indenrigs- og sundhedsministeren

MODTAGET

30 JUNI 2006

ØKONOMIKONTOR

MODTAGET

3 JULI 2006

HS 29 JUNI 2006

København, den

Sundhedspolitisk kt. j.nr.: 2005-1203-154

Formand Inga Skjærris  
Sygekassernes Helsefond  
Magstræde 6, 1. sal  
1204 København K

Kopi: Hovedstadens Sygehusfællesskab

Kære Inga Skjærris

Tak for din henvendelse af 30. maj 2006 om et nationalt kompetencecenter på demensområdet.

Jeg vil gerne som opfølgning på vores to tidligere møder i sagen bekræfte, at jeg fortsat ser positivt på Sygekassernes Helsefonds interesse for at yde økonomisk støtte til demensområdet. Det er jo som bekendt også et område, der har regeringens bevågenhed. Jeg synes overordnet, at projektet indeholder en række gode målsætninger om dels at styrke og koordinere den sundhedsfaglige forskning i forhold til udviklingen af konkrete behandlings- og plejetilbud på demensområdet, dels at sikre en fast forankret vidensspredning og formidling til de nye regioner og kommuner.

Som jeg tidligere har givet udtryk for, vil det i den forbindelse være væsentligt, at projektet indtænker, hvilken form for rådgivningsmæssig støtte som de specialiserede demenstilbud i sygehusvæsenet vil kunne yde til kommunerne efter kommunalreformen, ligesom der bør sikres en fornøden koordination med de øvrige fire regioner, så der ikke sker unødigt dublering af indsatsen. Det er endelig vigtigt, at betegnelsen "nationalt kompetencecenter" ved en evt. permanentgørelse af projektet afstemmes i forhold til den generelle organisering af sundhedsvæsenet i Danmark. Det vil i givet fald skulle drøftes med Sundhedsstyrelsen.

På vores sidste møde den 6. december 2005 blev det aftalt, at mine embedsmænd skulle tage kontakt til H:S Direktionen for at få en vurdering af projektet herfra. Som jeg forstår tilbagemeldingen, har H:S tilkendegivet umiddelbart at være positiv overfor at være vært for et nationalt kompetencecenter, idet der dog endnu udestår en endelig drøftelse med Region Hovedstaden af sagen. H:S har oplyst, at man ikke på nuværende tidspunkt har midler til en egentlig økonomisk medfinansiering af projektet.

For så vidt angår spørgsmålet om et evt. statsligt, økonomisk engagement, kan jeg forstå, at I har opfattet den positive interesse for projektet, som jeg har givet udtryk for, som et tilsagn om statslig medfinansiering. Det har ikke været på tale, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ikke umiddelbart mulighed for at påtage sig en medfinansieringsrolle i forhold til udvikling og drift af projektet. På baggrund af din nye henvendelse vil jeg dog gerne prioritere det foreslåede demensprojekt positivt i forhold til udmøntningen af den kommende satspulje på sundheds- og socialområdet for 2007, som til

efteråret skal forhandles med de politiske partier i Folketinget. Jeg forestiller mig, at en evt. projektstøtte fra satspuljen kan have samme varighed som Helsefondens økonomiske engagement, dvs. tre år.

Til brug for denne proces skal jeg anmode om, at Sygekassernes Helsefond i samarbejde med H:S udarbejder et konkret projektforslag, som kan indgå i den almindelige prioritering i forbindelse med de politiske drøftelser - herunder med angivelse af den ramme for den statslige medfinansiering, som I forestiller jer. Jeg skal anmode om, at et sådant projektforslag er ministeriet i hænde senest den 8. september 2006.

Med venlig hilsen



Lars Løkke Rasmussen