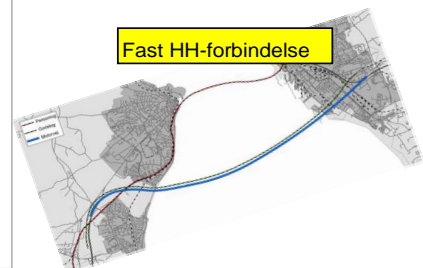
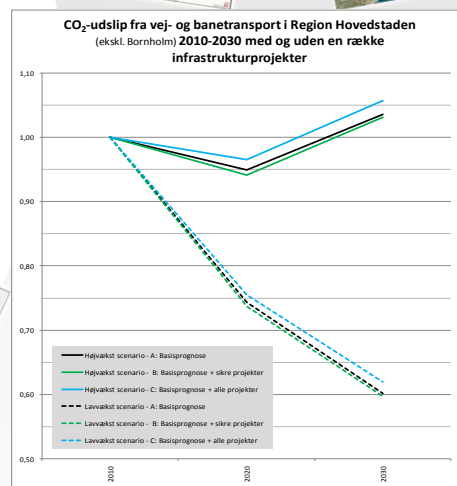
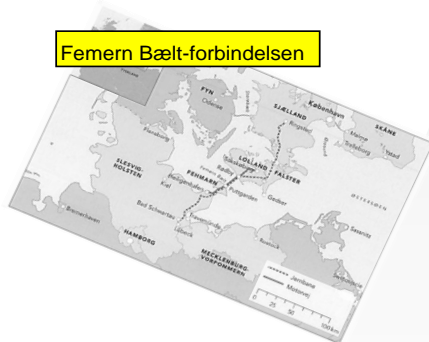
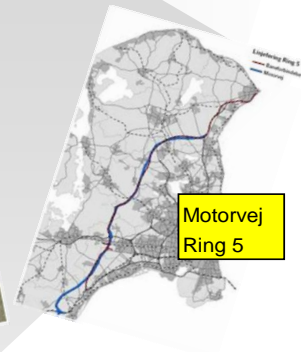
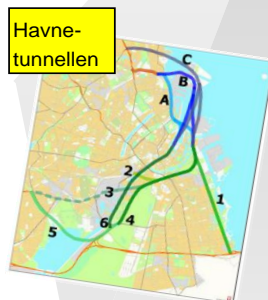
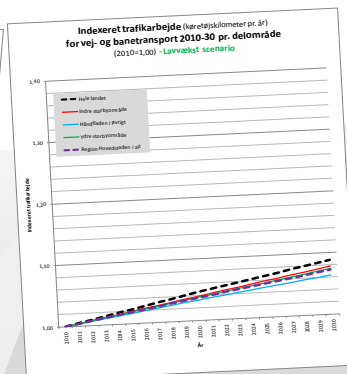
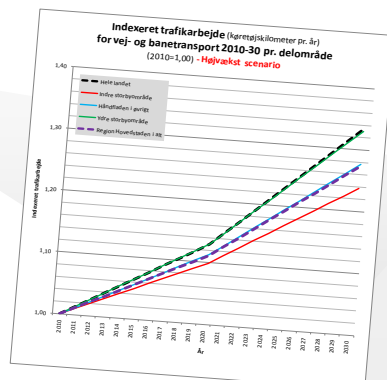


Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 1 af 19

JUNI 2013
REGION HOVEDSTADEN

HVORDAN UDVIKLER TRAFIK OG CO₂-UDSLIP SIG FREM MOD 2030?



COWI

**Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med
regionalt sigte
Bilag 1 - Side 2 af 19**

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte Bilag 1 - Side 3 af 19

COWI

ADRESSE COWI A/S
Parallelvej 2
2800 Kongens Lyngby

TLF +45 56 40 00 00

FAX +45 56 40 99 99

WWW cowi.dk

JUNI 2013
REGION HOVEDSTADEN

HVORDAN UDVIKLER TRAFIK OG CO₂-UDSLIP SIG FREM MOD 2030?

SAMMENFATNING

PROJEKTNR. A039540-001
DOKUMENTNR. 4
VERSION 1.1
UDGIVELSESDATO 12. juni 2013
UDARBEJDET KMM
KONTROLLERET PV
GODKENDT KMM

**Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med
regionalt sigte
Bilag 1 - Side 4 af 19**

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 5 af 19

Hvordan udvikler trafik og CO₂-udslip sig frem mod 2030? ^{COWI} 5

INDHOLD

1	Resumé	7
2	Basisprognose	8
2.1	Baggrund	8
2.2	Trafikudvikling	10
2.3	Udvikling i klimabelastning	10
3	Sikre projekter	12
3.1	Oversigt	12
3.2	Cityringen	12
3.3	Letbane i Ring III-traceen	13
3.4	Femern Bælt-forbindelsen	14
3.5	Samlet resultat	14
4	Mulige projekter	15
4.1	Oversigt	15
4.2	Østlig Ringvej/Havnetunnellen	15
4.3	Motorvej Ring 5	16
4.4	Fast HH-forbindelse	17
4.5	Samlet resultat	17
5	De seks projekters totaleffekt	17
6	Konklusion	18

**Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med
regionalt sigte
Bilag 1 - Side 6 af 19**

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 7 af 19

1 Resumé

Opgavens sigte	Region Hovedstaden har ønsket en vurdering af trafikstrømmene i regionen i perioden 2010-2030 og af de klimabelastninger, trafikken giver anledning til (CO ₂ -emissioner).
Delprognoser	<p>Der er i første omgang set på trafik- og klimaudvikling for vej- og banetransport med personer og gods, alene styret af markedskræfterne og den almindelige samfundsøkonomiske udvikling (kaldet basisprognosen). Usikkerheden på disse faktorer er udtrykt ved to basisscenarier – højvækst og lavvækst.</p> <p>Derefter er seks vedtagne eller overvejede vej- og baneprojekter i og omkring regionen analyseret og deres trafikale og klimamæssige effekter vurderet enkeltvis:</p> <p>Sikre projekter (igangværende/vedtagne)</p> <ul style="list-style-type: none">- Cityringen (ny metrolinje)- Letbane i Ring III-traceen- Femern Bælt-forbindelsen (vej- og banetunnel). <p>Mulige projekter (under overvejelse)</p> <ul style="list-style-type: none">- Østlig Ringvej/Havnetunnelen i det centrale København- Motorvej Ring 5 i Nordsjælland- Fast HH-forbindelse (tunneller mellem Helsingør og Helsingborg).
Hovedresultater	<p>Basisprognosens to scenarier giver en meget forskellig udvikling af trafikens omfang - målt som trafikarbejde, dvs. køretøjskilometer pr. år - og klimaeffekt (tons CO₂-ækvivalenter pr. år). For Region Hovedstaden som helhed er fundet:</p> <ul style="list-style-type: none">› I højvækstscenariet stiger trafikarbejdet fra 2010 til 2030 med 27 % og klimabelastningen med 4 %.› I lavvækstscenariet stiger trafikarbejdet i samme periode kun 6 %, mens klimabelastningen falder markant, nemlig med 40 %. <p>De seks projekter er af vidt forskellig karakter - specielt hvad angår, hvordan de påvirker transportmiddelfordelingen i regionen. Blandt de sikre projekter vil Cityringen og letbanen i Ring III give beskedne klimagevinster, mens Femern Bælt-forbindelsen øger klimabelastningen marginalt. De mulige projekter er mere ”vejtunge”, men selv her er klimaeffekterne meget begrænsede. Således giver Havnetunnelen (med tilhørende Amagerforbindelse) et mindre fald i udslippet, da der spares betydelig omvejskørsel ved mange bilture.</p> <p>Samlet set vil de seks projekter øge regionens trafikrelaterede CO₂-udslip med ca. 1,6 % i 2020 og mellem 2,1 og 3,0 % i 2030. De enkelte projekters isolerede effekter er alle endnu mindre.</p>

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 8 af 19

CC BY
Hvordan udvikler trafik og CO₂-udslip sig frem mod 2030?

Analysen illustrerer, at selv store infrastrukturprojekter – veje, baner, broer og tunneller – ikke i sig selv påvirker klimabelastningen i regionen synderligt.

Hvis man vil støtte en klimavenlig udvikling af trafikmønstret i regionen, skal man altså gå andre veje end enkeltstående infrastrukturtiltag. Der kan peges på fire hovedindsatsområder:

- › Nedsæt antallet af personture pr. person pr. dag (turraten)
- › Nedsæt den gennemsnitlige rejselængde
- › Påvirk turenes fordeling på hovedtransportmiddel fra bil til cykel og kollektiv trafik
- › Øg brugen af energi- og klimavenlige varianter af diverse køretøjstyper.

Med afsæt i regionens klimastrategi 2010 kan følgende ”pakker” af tiltag især anbefales til nærmere overvejelse:

- › **Statsligt niveau: Omlagt skatte- og afgiftssystem – skønnet CO₂-reduktion 18-20%.** Omfatter ophævelse af transportfradraget og registreringsafgift/grøn ejerafgift samt indførelse af generel kilometerbaseret vejbenyttelsesafgift for person- og varebiler (road pricing).
- › **Regionalt niveau: Mobility Management Plan Storkøbenhavn – skønnet CO₂-reduktion 3-4%.** Omfatter blandt andet infokampagner til skoler, borgere og firmaer om ”optimalt transportmiddelvalg” for hver tur og om pendlerklubber/erhvervskort, realtidsinformation i alle kollektive transportmidler og på alle stoppesteder, mobilitetsservices på mobiletelefon og PC - samt eventuelt ”virksomhedsskat” til brug for finansiering af kollektiv trafik (som i Frankrig).
- › **Kommunalt niveau: ”Grøn transportplan” – skønnet CO₂-reduktion 8-9%** (hvis alle kommuner er med). Indeholder lavere hastighedsgrænser, udbygning af stinet for cykel og gang, øgede parkeringsrestriktioner, flere kommunale elbiler, materielkrav til kommunens private leverandører samt øget brug af hjemmearbejde og telefon/videokonferencer i forvaltningerne.

2 Basisprognose

2.1 Baggrund

”Naturlig udvikling”

Der er som første trin i opgaven opstillet en prognose, der belyser, hvordan trafik og CO₂-udslip i Region Hovedstaden kan tænkes at udvikle sig ”naturligt”, dvs. som følge af den samfundsøkonomiske og teknologiske udvikling, som den styres af markedskræfterne. Dette kaldes ”basisprognosen”.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

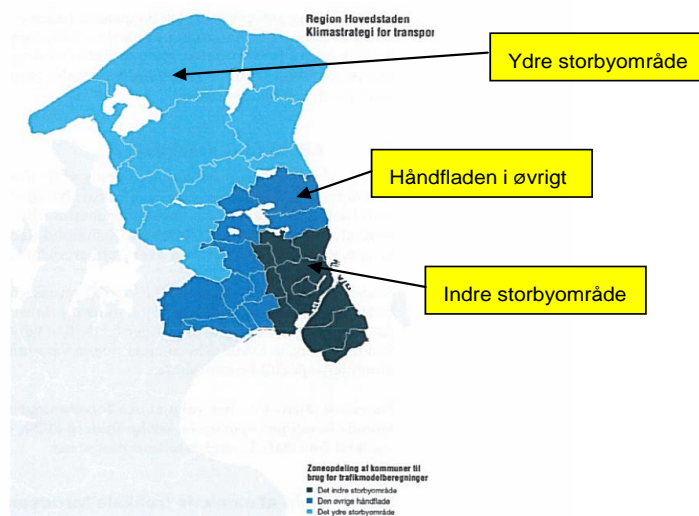
Bilag 1 - Side 9 af 19

To scenarier På grund af stor usikkerhed omkring de styrende kræfters mulige udvikling over de næste knapt tyve år er der arbejdet med to scenarier, kaldet ”højvækst” og ”lavvækst”. Ved højvækst forstås, at den nuværende krise hurtigt overvindes og erstattes af en stabil vækst frem til 2030 af samme størrelsesorden som før krisen. Lavvækstscenariet forudsætter derimod, at krisen fortsætter i hele perioden. I begge scenarier regnes vej- og banenettet at være som i 2010 – dvs. uden igangværende, vedtagne eller seriøst overvejede, nye infrastrukturtiltag med betydning for trafikbilledet i regionen.

Delområder Vi opererer i trafikprognosen med en opdeling af regionen i tre delområder som vist på Figur 1:

- › **Indre storbyområde** = Københavns og Frederiksberg kommuner samt de indre dele af det tidligere Københavns Amt
- › **Håndfladen i øvrigt** = den resterende del af tidligere Københavns Amt
- › **Ydre storbyområde** = den øvrige region (eksklusive Bornholm).

Til sammenligning er gennemført en parallel baggrundsprognose for trafik og klimaeffekter for hele landet.



Figur 1 Den anvendte underopdeling af Region Hovedstaden (ekskl. Bornholm).

Afgrænsninger

Vurderingerne gælder kun vej- og banetransport, og trafikken på og til/fra Bornholm er ikke medtaget.

Der anvendes samme klimaberegningsmodel som i regionens klimastrategi fra 2010. Den medtager andre drivhusgasser end CO₂ (CH₄ og N₂O) og de såkaldte ”opstrøms emissioner”, dvs. klimabelastningen ved produktion og transport af brændstoffer. Det gælder dog ikke sektorer, hvor forbruget er styret – såkaldte

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 10 af 19

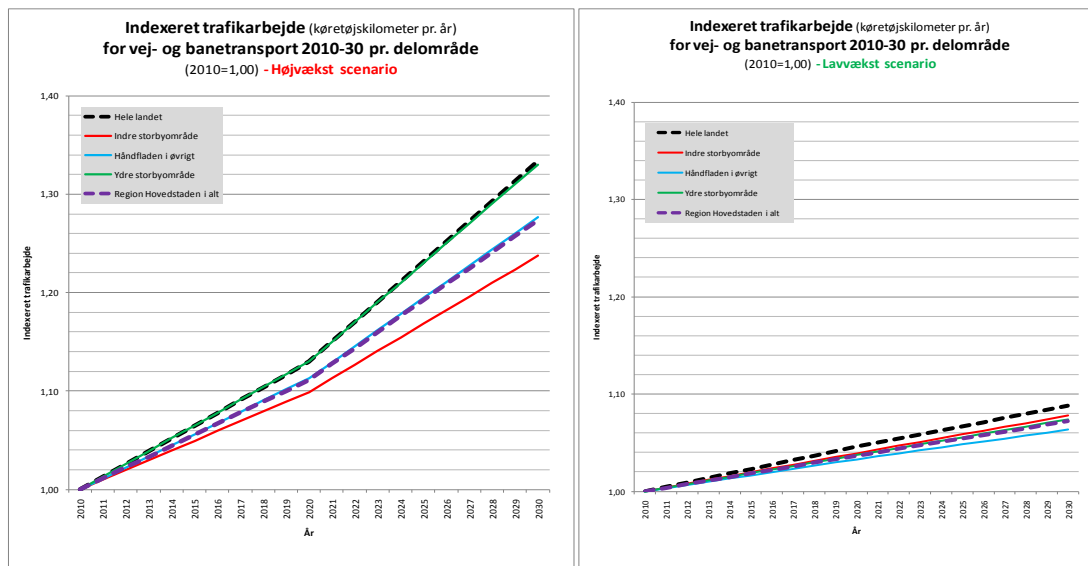
CC BY
Hybrid-udvikling, trafik og CO₂-udslip 2010-2030?

”kvotebelagte sektorer”. Det betyder blandt andet, at eldrevne køretøjsers udslip er sat til nul i prognosen.

2.2 Trafikudvikling

Basisprognosens skønnede udvikling i trafikarbejdet for hele landet, regionen og det enkelte delområde fremgår af Figur 2.

Det vurderes, at vej- og banetrafikken i Region Hovedstaden i et højvækstscenarion vil stige med ca. 27 % fra 2010 til 2030 – lidt mindre end for Danmark som helhed (33 %). Trafikken måles her i køretøjskilometer, som er den størrelse, der har betydning for klimabelastningen. I lavvækstscenariet skønnes trafikvæksten i regionen kun at blive 6 %, mod ca. 9 % på landsplan – dvs. under en fjerdedel af højvækstscenariets. Heri ligger blandt andet, at private forbrugere vil rejse mindre – målt i antal ture pr. person pr. dag – end under en højkonjunktur.



Figur 2 Basisprognose: Udvikling i det skønnede trafikarbejde (køretøjskilometer pr. år) 2010-2030 for hele landet, regionen og dens delområder.

2.3 Udvikling i klimabelastning

Specifikt udslip

Flere forhold medvirker til, at det gennemsnitlige CO₂-udslip pr. køretøjskilometer – det såkaldte specifikke udslip – falder over tid, alene som følge af markeds kræfterne. Dette skyldes for det første teknologiske forbedringer af de eksisterende bil- og togtypers energieffektivitet. Men også, at trafikbrugerne skifter til mere energirigtige køretøjstyper - herunder mindre biler og øget brug af alternative fremdriftsmidler (el, hybrid, biobrændsel, diesel i stedet for benzin osv.).

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 11 af 19

Samlet udslip

I basisprognosen ses der derfor selv i højvækstscenariet et fald i regionens trafikbestemte klimabelastning mellem 2010 og 2020. Det afløses dog af en vis vækst, der i 2030 vil bringe CO₂-udslippet op på et niveau ca. 4 % over 2010-værdien (mod ca. 11 % på landsplan). Udviklingen er illustreret i Figur 3.

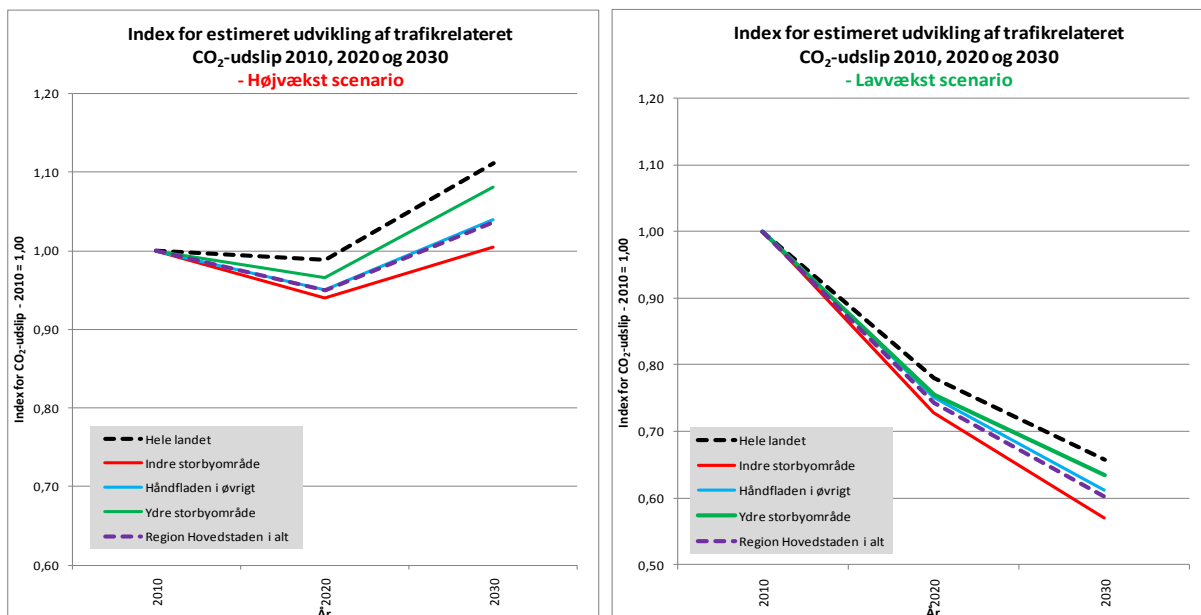
Der er betydelige forskelle internt i regionen på grund af forskellig udvikling i antal ture, rejselængde og turfordeling på transportmidler. Det betyder for eksempel, at CO₂-udslippet fra det indre storbyområde i 2030 selv i en højvækstsituation skønnes at være uændret i forhold til 2010.

I lavvækstscenariet forudses trods svagt stigende trafikarbejde et markant fald på ca. 40 % i regionens trafikbestemte klimabelastning fra 2010 til 2030 (mod ca. 34 % på landsplan). Faldet i det indre storbyområde vil blive endnu større.

Forudsigelserne af den markedsstyrede udvikling i klimabelastningen i de to scenarier varierer altså betydeligt mere end for trafikarbejdet (køretøjskilometer). Det skyldes først og fremmest, at private og offentlige trafikforbrugere under en fortsat økonomisk krise vil være mere tilbøjelige til at flytte ture til "energirigtige" køretøjstyper end under en højkonjunktur.

Det trafikrelaterede CO₂-udslip i regionen vil i højvækstscenariet stige fra ca. 2,6 mio. tons i 2010 til 2,7 mio. tons i 2030. Ved lavvækst bliver 2030-udslippet kun ca. 1,6 mio. tons.

Regionens andel af det samlede danske udslip fra vej- og banetransport vil falde fra ca. 21 % i 2010 til ca. 19½ % i 2030.



Figur 3 Basisprognose: Udvikling i den skønnede klimabelastning fra vej- og banetransport (tons CO₂-ækvivalenter pr. år) 2010-2030 for hele landet, regionen og dens delområder.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 13 af 19

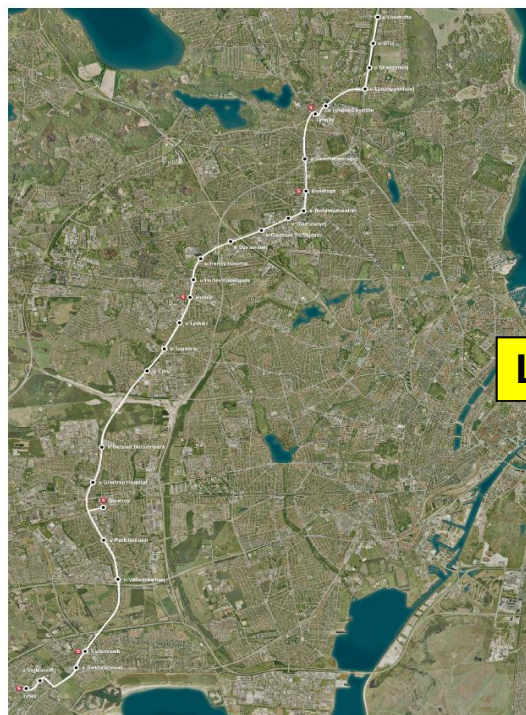
De foreliggende trafikmodelkørsler peger på, at projektet vil give en reduktion i biltrafkarbejdet i regionen på ca. 0,7 % (1,1 % i centalkommunerne, 0,3 % udenfor). Metroens trafikarbejde vil stige med ca. 86 %, mens de tilsvarende tal for cykel og bus vil falde med et par procent. Herudfra skønnes en årlig CO₂-besparelse som følge af projektet på mellem ca. 9.000 og 11.000 tons i 2030 (lidt højere i 2020).

3.3 Letbane i Ring III-traceen

Letbane i Ring III

En letbane i eget tracé mellem Lundtofte og Ishøj - jf. Figur 5 - vil ifølge de seneste trafikmodelberegninger kun give ca. 0,15 %'s fald i regionens trafikarbejde i personbil. Der er her forudsat et fald i bustrafikarbejdet på 2,1 mio. km. pr. år og en letbanedrift på ca. 3,5 mio. togkm årligt. Cykeltrafikken berøres stort set ikke. Det forudsættes, at banen kan åbne i 2018.

På dette grundlag skønner COWI, at projektet vil give en CO₂-reduktion på mellem 4.300 og 5.000 tons pr. år i 2030.



Figur 5 Letbane mellem Lundtofte og Ishøj. Kilde: "Udredning om letbane på Ring 3" (Ringby/letbanesamarbejdet, marts 2013).

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 14 af 19

COWI
Hybride udvikling fra trafik og CO₂-udslip til fem nord 2030?

3.4 Femern Bælt-forbindelsen

Den faste tunnelforbindelse under Femern Bælt vurderes pt. at kunne åbne i 2021. Anlæggets sammenhæng med det overordnede vej- og banenet er vist på Figur 6. Tunnellen vil ifølge officielle vurderinger øge antallet af bilture og togture i korridoren mellem Sverige, Danmark og Tyskland med henholdsvis ca. 8½ % og 27 %. COWI skønner, at dette vil medføre en vækst i Region H's trafikarbejde på 11,8 mio. bilkilometer og 11.000 togkilometer årligt. Samtidig forudser de officielle prognoser en stor overflytning af godstransport fra lastbil til bane. Det giver en markant miljøgevinst, da stort set alle godstog må antages at være eldrevne.

På basis af dette og en række antagelser om tunneltrafikkens geografiske fordeling vurderer COWI, at forbindelsen - trods en mærkbar trafikstigning - kun vil øge CO₂-udslippet i regionen ganske marginalt, nemlig med 2.400-2.700 tons årligt.



Figur 6 Endelig linjeføring for fast vej- og jernbaneforbindelse over Femern Bælt
(Kilde: Sund og Bælts hjemmeside)

3.5 Samlet resultat

De sikre projekter vil i højvækstscenariet samlet set give en nedgang på 0,9 % i regionens samlede, trafikrelaterede CO₂-udslip i 2020. Nedgangen skyldes, at to af de tre projekter alene sigter mod at forbedre den kollektive trafik, mens det tredje (Femern Bælt-forbindelsen) ikke er realiseret.

Effekten vil ti år senere kun være en 0,5 %'s CO₂-reduktion på regionsniveau i forhold til 2010. Basisprognosens udslip stiger nemlig fra 2020 til 2030, mens projekternes effekt falder. Åbningen af Femern Bælt-forbindelsen har kun marginal betydning for udviklingen.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 15 af 19

I lavvækstscenariet vil de sikre projekter derimod give en næsten stabil CO₂-reduktion på 0,7-0,8 % i hele perioden, fordi basisprognosens udslip ikke svinger som ved højvækst.

4 Mulige projekter

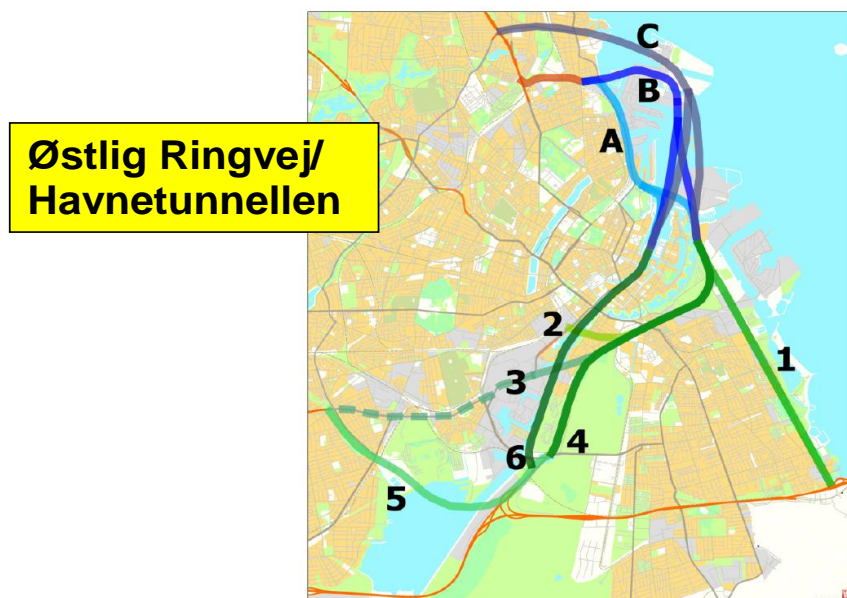
4.1 Oversigt

Ud over de tre sikre projekter ovenfor har vi set på tre projektmuligheder, som alle har været ganske grundigt belyst i en række forundersøgelser:

- › Østlig Ringvej/Havnetunnelen i det centrale København
- › Motorvej Ring 5 i Nordsjælland
- › Fast HH-forbindelse (tunneller mellem Helsingør og Helsingborg).

4.2 Østlig Ringvej/Havnetunnelen

Det samlede projekt til en københavnsk havnetunnel med tilhørende fordelingsvej på Amager (kaldet etape 1+2) er vist på Figur 7. Anlægget vurderes pt. først at kunne tages i brug mellem 2020 og 2030.



Figur 7 Undersøgte linjeføringer for Østlig Ringvej inklusive Havnetunnelen. Det modelberegnete alternativ består af delstrækningerne B og 4. Kilde: Transportministeriet/Rambøll, nov. 2012.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 16 af 19

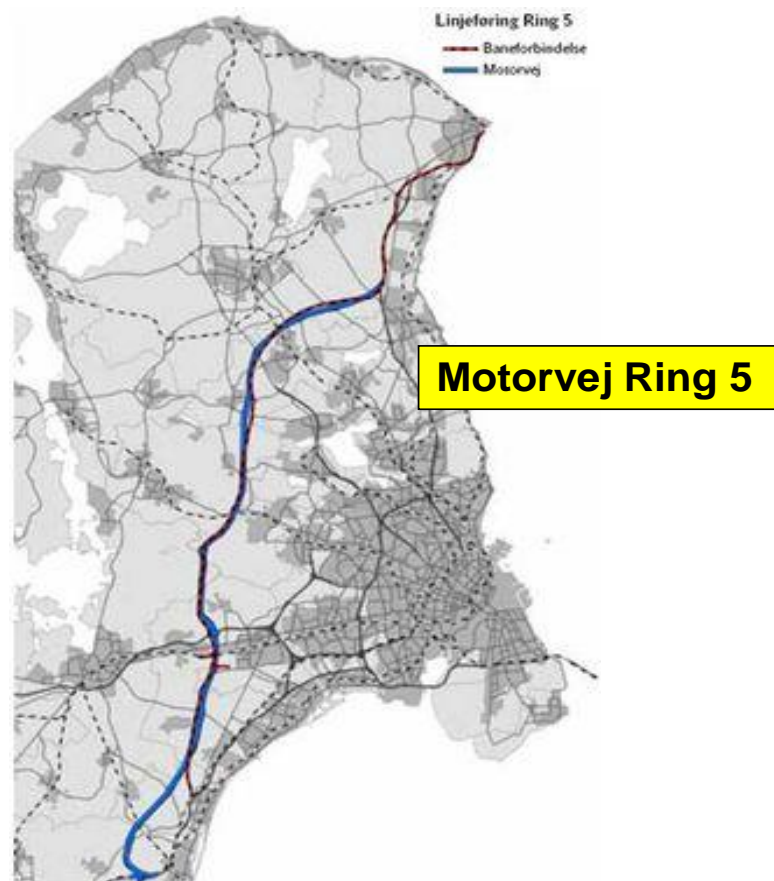
COWI
Hydrogenudvikling, trafik og CO₂-udslip 2011-2030
Fremkommer 2030?

De foreliggende trafikprognoser peger på en svag stigning i antallet af bilture i regionen som følge af projektet (0,03 %). Men samtidig giver det markante kilometerbesparelser på mange ture, således at regionens trafikarbejde i personbil faktisk falder med godt 0,2 % efter åbning af anlægget. Noget tilsvarende gælder varebils- og lastbiltrafikken. Projektets betydning for cykling og kollektiv trafik er minimal.

Samlet vurderer COWI, at projektet vil medføre et beskedent fald i regionens CO₂-udslip på 5.700-7.100 tons i år 2030.

4.3 Motorvej Ring 5

Der foreligger skitser til alternative linjeføringer for en ny vej- og/eller jernbane-forbindelse mellem Helsingør og Køge uden om det indre storbyområde. Vi har kun set på vejforbindelsen, da der ikke foreligger trafikprognoser for banen. Vejen regnes at kunne stå færdig tidligst i 2018. Den behandlede linjeføring er vis på Figur 8.



Figur 8 Sandsynlige linjeføringer for eventuel motorvej og/ eller bane i Ring 5-korridoren. Kilde: Helsingør Kommunes hjemmeside.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 17 af 19

Prognosen forudsiger en vækst i regionens biltrafkarbejde på ca. 1,8 %. Der vil komme et marginalt fald i cykeltrafikken og den kollektive trafik, men dette vil ikke påvirke klimabelastningen. Samlet skønnes det, at projektet i 2030 vil give et øget CO₂-udslip i regionen på mellem 38.000 og 46.000 tons årligt.

4.4 Fast HH-forbindelse

Som sidste, mulige infrastrukturprojekt har vi set på en fast forbindelse i den nordlige ende af Øresund, bestående af en jernbanetunnel mellem stationerne i Helsingør og Helsingborg samt en kombineret motorvejs- og godsbanetunnel lidt længere sydpå (se Figur 9). Et sådant projekt kan formentlig tidligst stå færdigt i 2025. Efter de foreliggende prognoser vil dette medføre en markant stigning i antallet af bilkrydsninger af Øresund Nord fra 6.000 til 16.000 pr. dag med en lastbilandel på ca. 15 %. Tilsvarende skønnes antallet af togpassagerer at blive fordoblet fra 10.000 til 20.000. 15 mio. tons banegods forventes gennem tunnelen i år 2030.

Prognoserne indeholder ikke skøn over ændringer i trafikarbejdet i regionen. Men på basis af en række antagelser - svarende til analysen af Femern Bælt-forbindelsen ovenfor - vurderer COWI, at projektet vil give en øget klimabelastning på 25.000-31.000 tons CO₂ i år 2030.



Figur 9 Det undersøgte alternativ for en fast forbindelse mellem Helsingør og Helsingborg (HH-forbindelsen). Kilde: "Korridoren Femern-Øresund – IBU Øresund delaktivitet 3" (IBU Øresund 2010).

4.5 Samlet resultat

De tre nævnte projektmuligheder har alle som hovedformål at øge biltilgængeligheden. De giver tilsammen et årligt merudslip i regionen på ca. 50-70.000 tons CO₂, afhængigt af årstal og scenario.

5 De seks projekters totaleffekt

Gennemføres alle seks projekter til de pt. mest sandsynlige tidspunkter, vil de i højvækstscenariet give en samlet forøgelse af det trafikbestemte CO₂-udslip i regi-

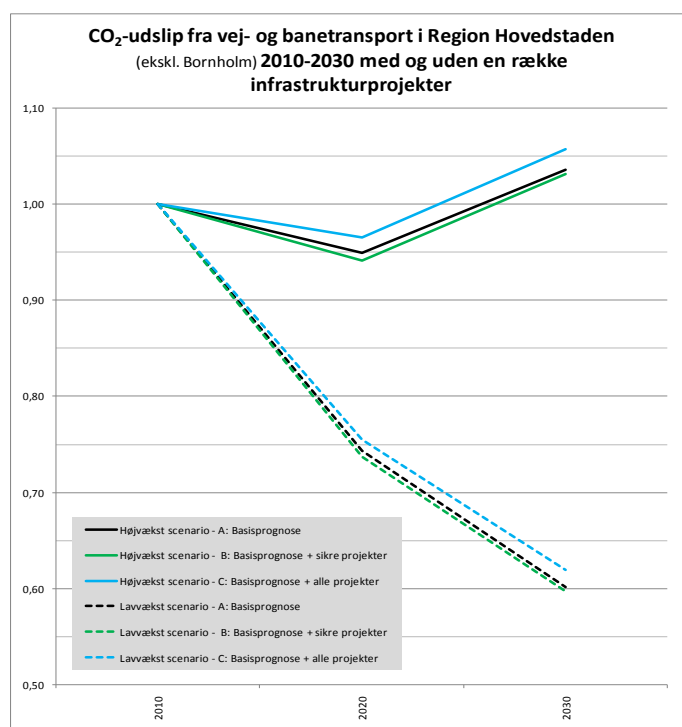
Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 18 af 19

CC BY
Hovedstadens udvikling fra 2010 til 2030 og CO₂-udslip, 2010-2030

onen på 1,6 % i 2020, stigende til 2,1 % i 2030. I lavvækstscenariet er den relative effekt i 2010 den samme (1,6 %), men noget højere i 2030, nemlig ca. 2,9 %. Det sidste skyldes, at basisprognosens udslip i dette scenario falder betydeligt fra 2020 til 2030.

Det samlede skøn for udviklingen i regionens CO₂-udslip fra 2010 til 2030 med og uden de seks infrastrukturprojekter er illustreret på Figur 10. Det ses, at projekterne kun har meget beskedne betydning for den trafikbestemte klimabelastning, når der tages hensyn til den store usikkerhed omkring den generelle trafikudvikling og effekterne af ny eller forbedret teknologi.



Figur 10 Indekseret, estimeret udvikling i CO₂-udslip fra vej- og banetransport i Region Hovedstaden (ekskl. Bornholm) 2010-30 med og uden en række infrastrukturprojekter

6 Konklusion

Analysen illustrerer, at selv store infrastrukturprojekter – veje, baner, broer og tunneller – ikke i sig selv påvirker klimabelastningen i regionen synderligt.

Ønsker man at støtte en klimavenlig trafikudvikling, er det altså nødvendigt at arbejde med virkemidler, der rammer bredt i regionens samlede trafikbillede. En sammenligning mellem de to basisscenarier – og mellem regionen og landet som helhed - viser, at der kan hentes markante CO₂-reduktioner, hvis man kan:

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 1 - Side 19 af 19

- › Nedsætte antallet af personture pr. person pr. dag (turraten).
- › Nedsætte den gennemsnitlige rejselængde
- › Ændre turenes fordeling på hovedtransportmiddel fra bil til cykel/gang og kollektiv trafik
- › Øge brugen af energi- og klimavenlige varianter af diverse køretøjstyper.

I forbindelse med regionens klimastrategi 2010 analyserede COWI en lang række mulige virkemidler til dette formål og vurderede blandt andet den årlige CO₂-reducerende effekt af at gennemføre forskellige ”pakker” af tiltag, der vil støtte hinanden og dermed øge den samlede effekt i forhold til en isoleret gennemførelse af de enkelte tiltag:

- › **Statsligt niveau: Omlagt skatte- og afgiftssystem – skønnet CO₂-reduktion 18-20%.** Omfatter ophævelse af transportfradraget og registreringsafgift/grøn ejerafgift samt indførelse af generel kilometerbaseret vejbenyttelsesafgift for person- og varebiler (road pricing).
- › **Regionalt niveau: Mobility Management Plan Storkøbenhavn – skønnet CO₂-reduktion 3-4%.** Omfatter blandt andet infokampagner til skoler, borgere og firmaer om ”optimalt transportmiddelvalg” for hver tur og om pendlerklubber/erhvervskort, realtidsinformation i alle kollektive transportmidler og på alle stoppesteder, mobilitetsservices på mobiletelefon og PC - samt eventuelt ”virksomhedsskat” til brug for finansiering af kollektiv trafik (som i Frankrig).
- › **Kommunalt niveau: ”Grøn transportplan” – skønnet CO₂-reduktion 8-9%** (hvis alle kommuner er med). Indeholder lavere hastighedsgrænser, udbygning af stinet for cykel og gang, øgede parkeringsrestriktioner, flere kommunale elbiler, materielkrav til kommunens private leverandører samt øget brug af hjemmearbejde og telefon/videokonferencer i forvaltningerne.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte Bilag 2 - Side 1 af 12

Godsstrømmene med relation til Region Hovedstaden



© Copyright, Grontmij A/S 2011

planning connecting
respecting
the future



Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 2 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Agenda

- Indledning
- Infrastrukturen
- Godsstrømmene
- Samlet billede



Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 3 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Indledning

Denne præsentation er baseret på Grontmij's rapport "Godsstrømmene med relation til Region Hovedstaden"

Godsstrømme med relation til Region Hovedstaden (RH) idag og for 2030 opgøres for vej, bane, sø og luffragt.

Dagens og fremtidens tendenser for infrastrukturen beskrives frem til 2030. Herunder beskrives den faste Femern Bælt-forbindelse, Citylogistik og en mulig fast HH-forbindelse.

Den geografiske afgrænsning er Region Hovedstaden og dens umiddelbare naboregioner.



Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 4 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Infrastrukturen

- I dag

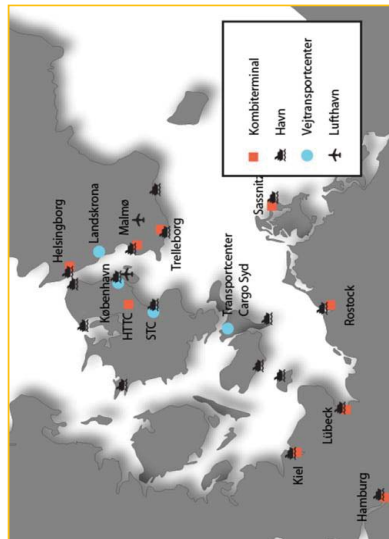
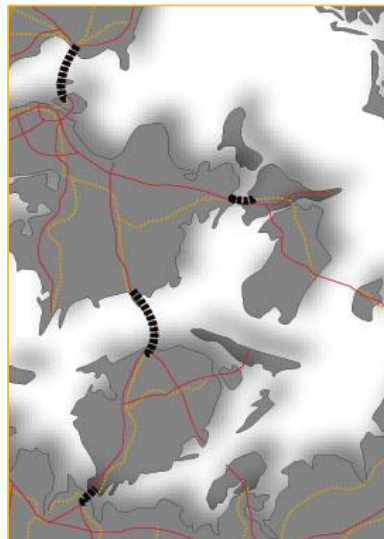
Faste forbindelser

Gode forbindelser øst-vest

Godshåndteringsmuligheder

- i regionen

- HTTC: Kombiterminal for vej- og jernbanegods
- CMP: Containerterminal i København
- CPH Lufthavn: Center for luffragt
- indenfor rækkevide for regionen
 - CMP: Kombiterminal i Malmø
 - STC: Vejtransportcenter for lastbiler
 - Hamburg: Kombiterminal for godstog



Øverst: Faste forbindelser i Østdanmark
Nederst: Terminaler, transportcentre, havne og lufthavne

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 5 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Infrastrukturen

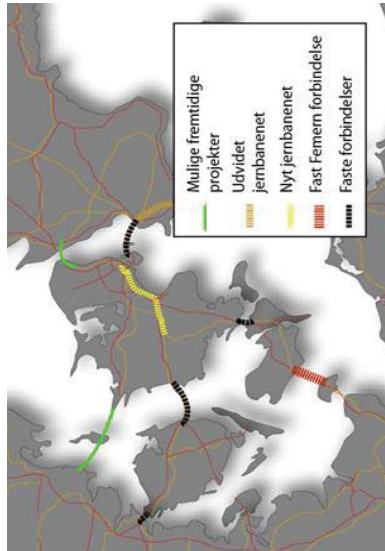
- I 2030

Planlagte udvidelser:

- Ringstedbanen (2018)
Øger kapaciteten på bane mellem København og resten af landet
- Fast Femern Bælt-forbindelse (2021)
Afløser tidsbesparelser mellem Sjælland og Kontinentaleuropa på bane og vej

Mulige udvidelser, samt citylogistik:

- Helsingør-Helsingborg-forbindelse.
Kan aflaste eksisterende vej og bane
- Citylogistik
Vil reducere antallet af lastbiler i København
- Mulig fast Kattegatforbindelse
Kan medføre sparet rejsetid mellem Jylland og Sjælland samt aflastning af vej og bane over Fyn



Eksisterende og fremtidige faste forbindelser i Østdanmark

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 6 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Godsstrømmene

- I dag og 2030

Godsstrømmene på vej, bane, skib og fly er kortlagt i dag og for 2030

Kortlægningen tager udgangspunkt i viden og vækstrater fra eksisterende projekter samt tilgængelig statistik

Fremskrivningen tager højde for den faste Femern Bælt-forbindelse, som især har betydning for vej og bane



Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 7 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Godsstrømmene - Veigods i dag og i 2030

2011

- Intra-regionalt i RH: 15,8 (mio. tons)
- Interregionalt i Danmark
 - Fra RH: 4,8 (mio. tons)
 - Til RH: 6,7 (mio. tons)
- Danmark og udlandet:
 - Fra DK: 20,6 (mio. tons)
 - Til DK: 20,6 (mio. tons)

2030

- Intra-regionalt i RH: 21,4 (mio. tons)
- Interregionalt i Danmark:
 - Fra RH: 6,5 (mio. tons)*
 - Til RH: 9,1 (mio. tons)

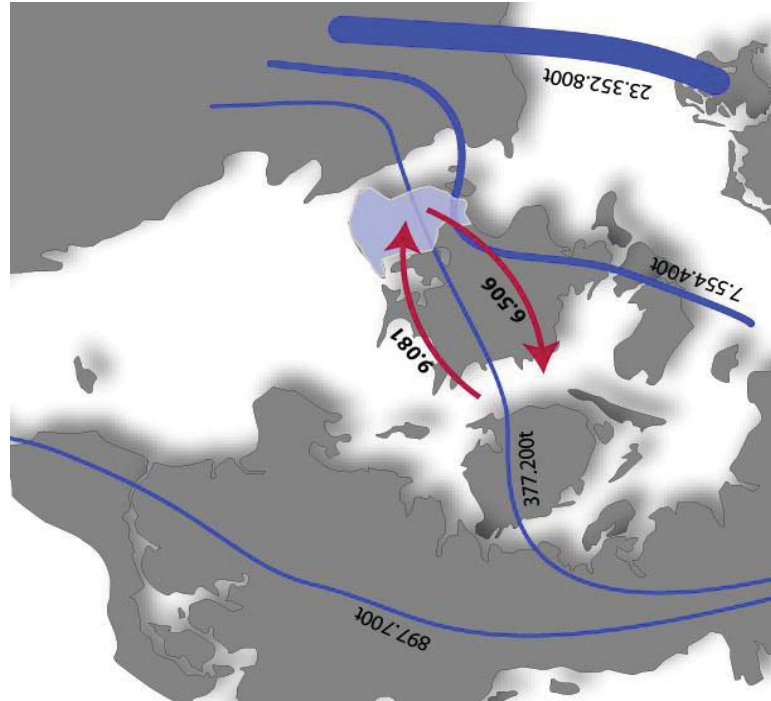


Illustration af veigods igennem Danmark og til/fra Region Hovedstaden i 2030.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 8 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Godsstrømmene - Banegods i dag og i 2030

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 2010 | |
| Nationalt gods | |
| ▪ Fra RH: 310 (1000 tons) | |
| ▪ Til RH: 276 (1000 tons) | |
| Internationalt | |
| ▪ Fra RH: 18,9 (1000 tons) | |
| ▪ Til RH: 129,9 (1000 tons) | |
| Transit (2011) | |
| ▪ Igennem RH: ca. 7,0 (mio. tons) | |
| 2030 | |
| Nationalt gods | |
| ▪ Fra RH: 1,97 (mio. tons) | |
| ▪ Til RH: 1,35 (mio. tons) | |
| Internationalt | |
| ▪ Fra RH: 0,15 (mio. tons) | |
| ▪ Til RH: 1,23 (mio. tons) | |
| Transit | |
| ▪ Igennem RH: 10,6 (mio. tons) | |

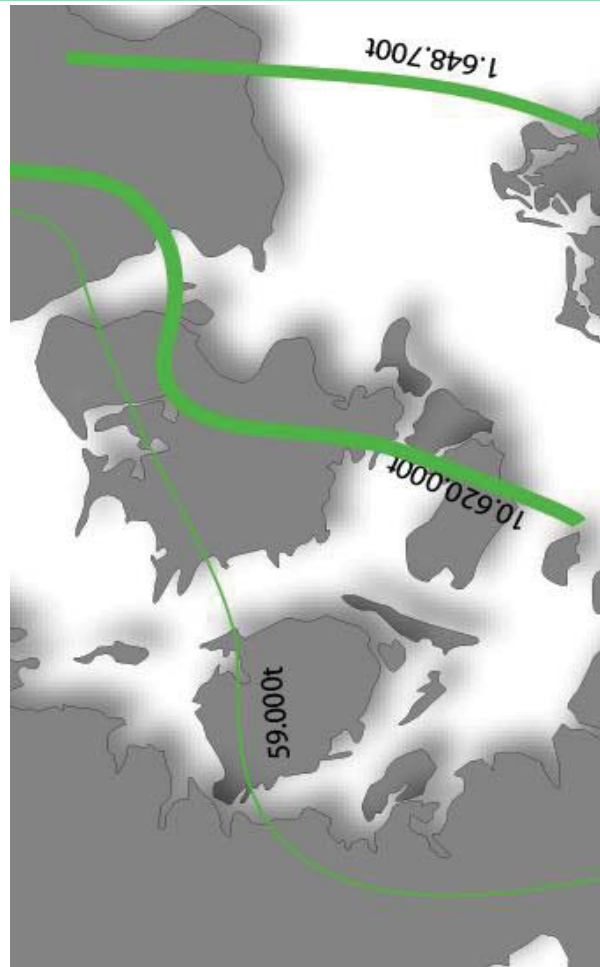


Illustration af banegods igennem Danmark i 2030.

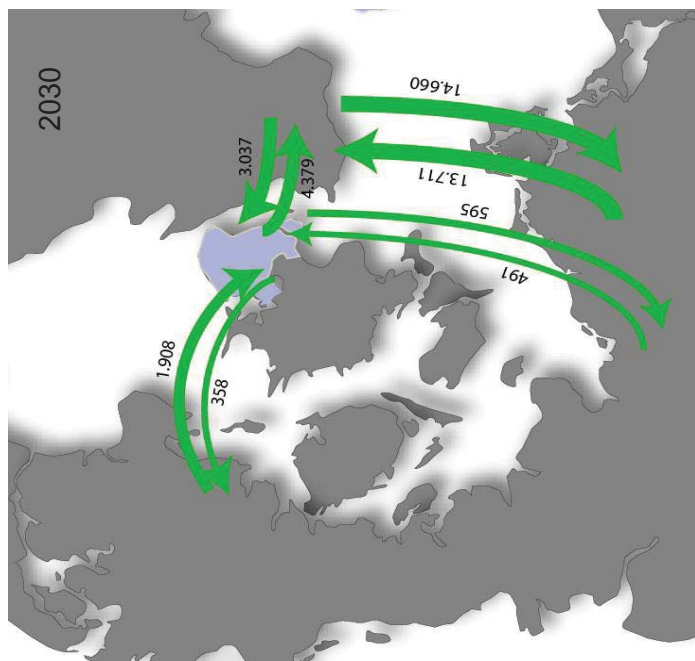
Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 9 af 12

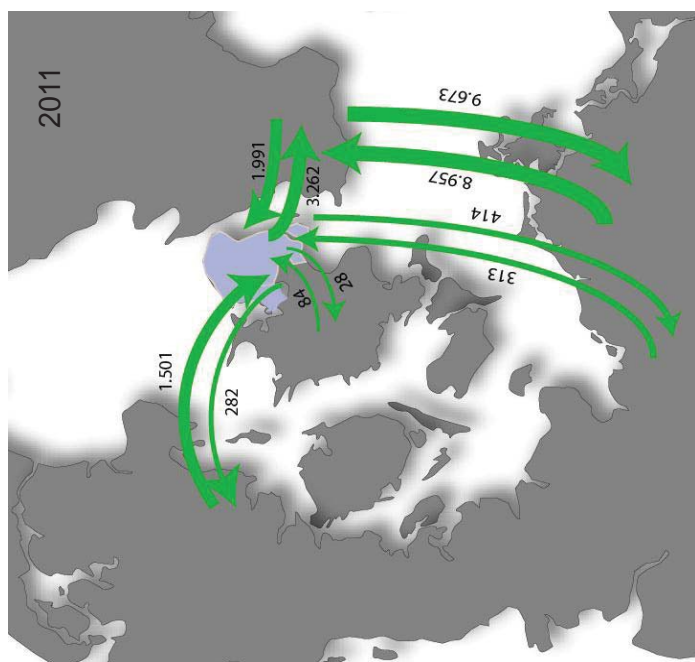
© Copyright, Grontmij A/S 2011

Godsstrømmene - Søtransport i dag og i 2030

Godsomsætning i havnene i hovedstadsområdet



Godsstrømme på skib mellem Region Hovedstaden, resten af Danmark, Nordtyskland og Sydsverige 2030 (1000 tons).



Godsstrømme på skib mellem Region Hovedstaden, resten af Danmark, Nordtyskland og Sydsverige 2011 (1000 tons).

Noter: Region Hovedstadens havne heraf er: Københavns Havn, Avedøreværkets Havn, Frederiksværk Havn og Helsingør Havn. I beregningerne for 2030 er forudsat, at den faste Femern Bælt-forbindelse er bygget.



Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

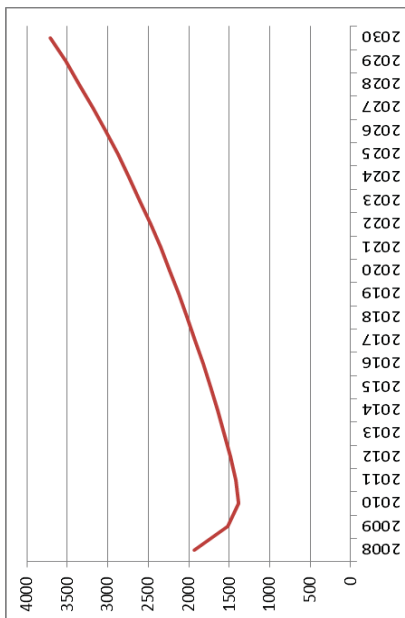
Bilag 2 - Side 10 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Godsstrømmene

- Luftfragt i dag og i 2030

- Københavns Lufthavn omsatte 141.500 tons i 2011
- Forventet udvikling til 2030: Over 260 % vækst i godstransporten.
- Flygods forventes at få voksende betydning for den internationale transportløsning
- Den faste Femern Bælt-forbindelse vil øge Københavns Lufthavns fragt af gods i passagerfly.



Forventet udvikling af luftfragten i Københavns Lufthavn (i 100 tons).



Københavns Lufthavn

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

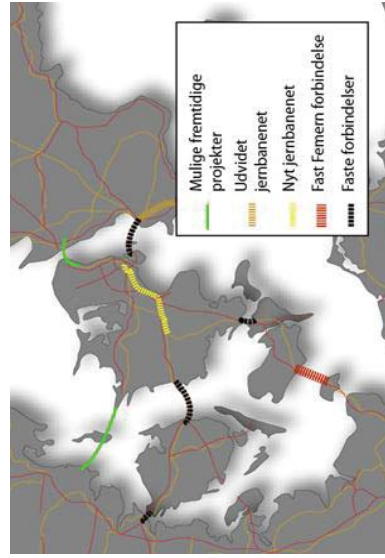
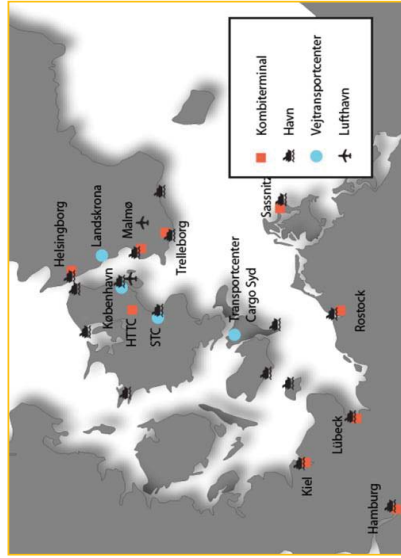
Bilag 2 - Side 11 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Samlet billede

Infrastrukturen

- Knudepunkterne til godshåndtering
 - Effektive uden planer om udvidelse
- Faste forbindelser
 - Eksisterende godsforbindelser: gode øst-vest
 - Fremtidige Fast Femern Bælt-forbindelse og Ringstedbanen: Bedre forbindelse mod syd samt aflastning af eksisterende vej og bane
 - Mulig fast HH-forbindelse og mulig fast Kattegatforbindelse: Aflastning af eksisterende vej og bane samt sparet transporttid



Øverst: Knudepunkter for godshåndtering
Nederst: Eksisterende og fremtidige faste forbindelser i Østdanmark

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 2 - Side 12 af 12

© Copyright, Grontmij A/S 2011

Samlet billede

Godsstrømmene i Region Hovedstaden

- Vej: Udgør den største andel i både 2011 og 2030
- Bane: Lille andel - voksende pga. den faste Femern Bælt-forbindelse
- Havn: Stor andel, moderat vækst.
- Luft: Mindste andel, men stor vækst.

Gods til og fra Region Hovedstaden (1000 ton) fordelt på transportform

Transportform	Til/fra Region Hovedstaden	2011	2030	Vækst i % 2011-2030
Vej**	Til	18.658	26.204	40
	Fra	16.295	22.885	40
Bane*	Til	406	2.578	535
	Fra	329	2.123	545
Havn	Til	3.889	5.436	40
	Fra	3.986	5.332	34
Luffart	Københavns Lufthavn	142	371	161

* tal fra 2010

** tal dækker nationale og internationale kørsler ekskl. Carbotagekørsler

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 1 af 20



Trafikudviklingen i Region Hovedstaden 2010-2030

Indholdsfortegnelse

1	Sammenfatning.....	2
2	Indledning	4
3	Trafik.....	5
3.1	Vejtrafik	5
3.2	Banetrafik	6
3.2.1	Banetrafik gennem Region Hovedstaden	6
3.2.2	Banetrafik over Øresund	8
3.3	Kollektiv trafik.....	9
3.3.1	Bus- og togkilometer	9
3.3.2	Persontrafkarbejdet i den kollektive trafik	10
4	Trafik- og transportarbejdet i Region Hovedstaden.....	14
4.1.1	Tures relation til Region Hovedstaden.....	15
5	Godstransport.....	17
5.1	Godstransport på vej.....	17
5.2	Godstransport på bane	18

Dato: 03.07.2013
Notatnr.: 2084171001
Rev: 0
Udarbejdet af: AT, SN, HKH
Kontrolleret / godkendt: HKH
Filnavn: C:\Users\chrhln\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\6651134W\Trafikstrømme 2010 og 2030 Tetraplan 14 8 2013.doc

Tetraplan A/S
Kronprinsessegade 46 E
1306 København K

Tlf. 33 73 71 00
Fax 33 73 71 01
www.tetraplan.dk

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 2 af 20



1 Sammenfatning

Her sammenfattes de udviklingstendenser i trafikken i Region Hovedstaden der kan ses for perioden 2010-2030. Tal der gælder for perioden 2010-2027 angives særskilt.

Udvikling i vejtrafikken

Det totale vejtrafikarbejde i Region Hovedstaden er ca 10 milliarder køretøjskm og vejtrafikken forventes stige med 9 % hvad angår personkm og 7 % hvad angår køretøjskm.

- Personbiler står for 86 % af antallet køretøjskm i regionen i 2010 og andelen øger til 88 % i 2030.
- Personbilspending har en andel af de totale køretøjskm på 31 % og andelen reduceres noget til 2030.
- Erhvervsture i personbil står for 9 % af alle køretøjskm og den andel bibeholdes i 2030.
- Fritidsture har med 4,6 milliarder køretøjskm en andel på 45 % i 2010 og denne øger til 50 % i 2030. Fritidsturene øger med 15 % i personkm og 18 % hvad angår køretøjskm.
- Varebilers andel er 10 % i 2010 og dette mindsker noget til 9 % i 2030.
- Lastbiler står for 4 % andel i 2010 og dette mindsker noget frem til 2030, hvor andelen forventes blive 3 %.
- Personbilerne står for 90 % af vejtrafikken via Øresundsbroen i 2010 og lastbilernes andel er øgende – fra 4,6 % i 2010 til 6,3 % i de første 5 måneder af 2013. I alt er vejtrafikken mindskende mellem 2010 og 2013.

Udvikling i persontransporter på bane

- Der forventes en passagervækst på 65 % over Øresundsbroen i perioden 2010-2030.
- Mellem 2010 og 2027 forventes der en vækst i antallet rejser på strækningen København H og Kastrup på 48 %, fra 12,4 til 18,4 millioner rejser.
- Strækningen Kastrup – Øresundsbroen står for en meget større øgning, fra 9,8 til 16,9 millioner rejsende hvilket er et plus på 72 %.
- Den nye forbindelse København-Ringsted kommer at tage en stor del af den forventede stigning i passagertrafikken.
- Der forventes at 1,5 millioner rejser bliver foretaget over Femern i 2027, hvor der var 0,3 millioner rejser i 2010.
- I 2027 forventes der at 0,5 mio. rejser er transit gennem Danmark og via Femern.

Kollektiv trafik

Fra 2010 til 2030 stiger det samlede antal bus- og togkilometer med 8 %, fra 99 til 107 mio. kilometer.

- Metroen står for en fordobling ud fra kørte kilometer og der er også en kraftig vækst i Metroens trafikarbejde.
- Busserne står for 69 % af antallet kørte km i 2010. Andelen mindsker dog til 61% i 2030.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 3 af 20



Udvikling i persontrafkarbejde

Antallet personkm øger med 8,3 % mellem 2010 og 2030.

- Personbilernes andel af persontransporterne øger fra 12,6 til 13,6 milliarder personkm i perioden, hvilket er 8,6 % op. Personbilerne står for godt 70 % andel.
- Cyklerne står for 1,1 milliarder personkm og øger til 1,3 milliarder og det betyder en øgning med 14 %. Det betyder at cyklerne bibeholder andelen på 7 %.
- Den kollektive trafik øger fra 3,9 personkm i 2010 til 4,1 milliarder og det betyder en øgning med næsten 6 %. Den kollektive trafik står for 22 % i 2010 og dette mindsker til 21 % i 2030.
- Dette betyder at der ikke kommer at ske en nævneværdig forandring mellem de forskellige transportmåder.

Banegods

Hvis de nuværende udviklingstendenser fortsætter, kan banegodsvolumen stige med over 80 % i perioden fra 2010 til 2027.

- For transittrafikken, som står for den dominerende del, forventes 5,2 % årlig vækst i årene frem til Femer forbindelsens åbning. Derefter forventes en samlet vækst på 31 % fra åbningen og til 2027, hvor dobbeltsporet i Tyskland er udbygget.
- Øresundsbroen kapacitet øger fra 38 daglige godstog (totalt i begge retninger) i 2011 til 84 godstog i 2027, en kapacitetsvækst på 121 %.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 4 af 20



2 Indledning

Dette notat samler op på trafikken i og gennem Region Hovedstaden for år 2010 og derudover er der lavet scenarier for udviklingen til 2030. Notatet bygger på diverse kilder og modeller. Dels er den danske OTM-model brugt og dels er den europæiske model TRANS-TOOLS brugt.

OTM - Ørestadstrafikmodellen

En stor del af modelberegningerne er gennemført med trafikmodellen OTM 5.4, der bygger på følgende forudsætninger:

- Infrastrukturudbygning på niveau med allerede besluttede projekter.
- Befolkningstal i følge Danmarks Statistiks Befolkningsfremskrivning 2011.

TRANS-TOOLS

Vi har brugt det samme scenario som blev udviklet i Baltic Transport Outlook 2030 (BTO2030), et flagskib projekt inden for EU's Østersøstrategi, hvor TRANS-TOOLS modellen blev brugt og dette gælder for hele Østersøregionen. Det bygger på følgende forudsætninger i perioden 2010 til 2030:

- Infrastrukturudviklingen bygger på de nationale planer i de respektive lande der var besluttet i marts måned 2011.
- Befolkningsudviklingen mindsker med 4 % i perioden 2010-2030 for hele Østersøregionen, hvor de sydlige og østre dele har den største mindskning.
- Beskæftigelsen mindsker med 13 % grundet mindre befolkning og aldrende befolkningsstruktur.
- Antallet biler per husholdning forventes stige med 28 % i perioden.
- Den økonomiske vækst (BNP) forventes stige med 63 %.
- Prisen på brændstof, olieprisen forventes stige med 45 % til et niveau på 124 USD/fad.
- Transportomkostningerne forventes også stige:
 - Privatbiler +20 %
 - Jernbane billetter 0 %
 - Fly billetter -15 %
 - Lastbiler +4 %
 - Jernbanegods 0 %
 - Søtransport +18 %

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 5 af 20



3 Trafik

3.1 Vejtrafik

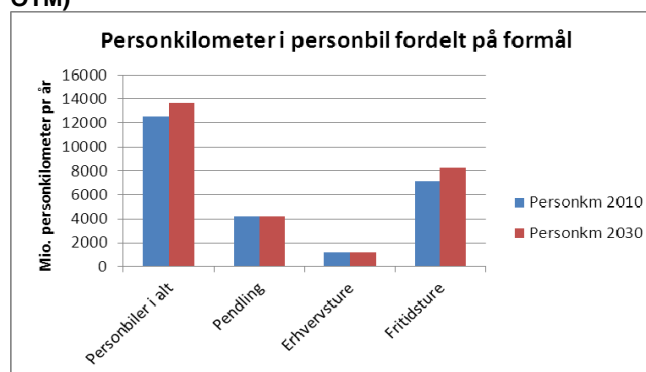
Udviklingen i vejtrafikken er vist i Tabel 1. Trafikken er opdelt på person- og vare-/lastbiltrafikken. Personbiltrafikken er opgjort på turformålene pendling (bolig-arbejdsstedsrejser), erhvervsture og fritidsture. Desuden er det opgjort som person- og køretøjskilometer, idet der tages hensyn til, at det gennemsnitlige antal personer per bil generelt er forskelligt for de enkelte turformål.

Tabel 1 Årligt person- og biltrafkarbejde på vejnettet i Region Hovedstaden (Kilde: OTM)

Køretøjstype/turformål	Personkm		Køretøjskm		Køretøjskm %	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030
Mio. kørte km per år						
Personbiler i alt	12.565	13.649	8.688	9.488	86%	88%
Pendling	4.239	4.215	3.164	3.137	31%	29%
Erhvervsture	1.178	1.180	942	939	9%	9%
Fritidsture	7.149	8.255	4.582	5.411	45%	50%
Varebiler	-	-	1.040	965	10%	9%
Lastbiler	-	-	360	344	4%	3%
I alt køretøjstrafik	12.565	13.649	10.088	10.796		

I perioden 2010-2030 vokser det årlige persontrafkarbejde på vejnettet i Region Hovedstaden med 9%, fra 12,6 til 13,6 mia. Til sammenligning stiger køretøjskilometerne med 7%, fra 10,1 til 10,8 mia. køretøjskilometer.

Figur 1 Personkilometer i personbil i Region Hovedstaden, fordelt på formål (Kilde: OTM)



Personbilerne udfører i 2030 88% af køretøjskilometerne, en stigning på 2% i forhold til 2010. Vare- og lastbilernes andel falder begge med 1% i samme periode, så deres sam-

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

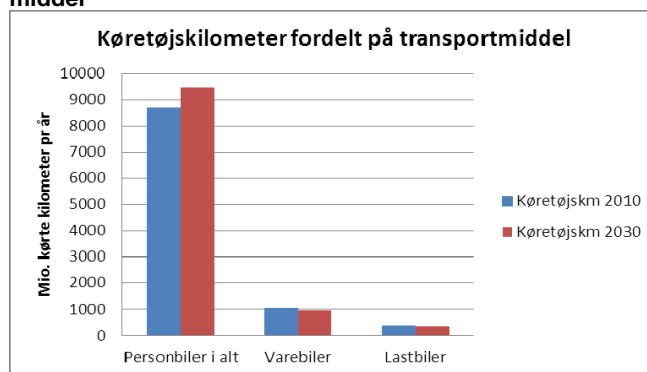
Bilag 3 - Side 6 af 20



lede andel udgør 12% i 2030. Det svarer til at personbilerne i 2030 kører 9,5 mia. køretøjskilometer, mens tallene for varebiler og lastbiler er henholdsvis 970 mio. og 350 mio.

For personbiler udgør fritidsture størstedelen af køretøjskilometerne med 45% i 2010 og pendling udgør 31%. Frem til 2030 stiger fritidsturenes andel til 50%, mens pendlingsturenes andel falder. I perioden ligger erhvervsturenes andel stabilt på 9%

Figur 2 Køretøjskilometer i personbil i Region Hovedstaden, fordelt på transportmiddel



Udviklingen i vejtrafikken på Øresundsbroen 2010-2013 er vist i Tabel 2

Tabel 2 Vejtrafik på Øresundsbroen 2010-2013

Vejtrafik Øresundsbroen								
År	2010	Andel	2011	Andel	2012	Andel	2013 jan - ma	Andel
Motorcykler	31.254	0%	29.672	0%	27.187	0%	5.230	0%
Biler	6.499.956	92%	6.375.075	91%	6.148.107	91%	2.304.072	91%
Varebiler	172.573	2%	180.655	3%	180.037	3%	52.900	2%
Busser	44.523	1%	44.651	1%	41.564	1%	14.757	1%
Lastbiler	328.295	5%	358.104	5%	368.921	6%	158.785	6%
I alt	7.076.601	100%	6.988.157	100%	6.765.816	100%	2.535.744	100%

Personbilerne dominerer klart vejtrafikken på broen med over 90% af trafikken og lastbiler står kun for 5-6%. Det er dog værd at bemærke at lastbiltrafikken øger støt fra 4,6% i 2010 til 6,3% i de første 5 måneder af 2013, imens biltrafikken falder, og også den totale trafik falder.

3.2 Banetrafik

3.2.1 Banetrafik gennem Region Hovedstaden

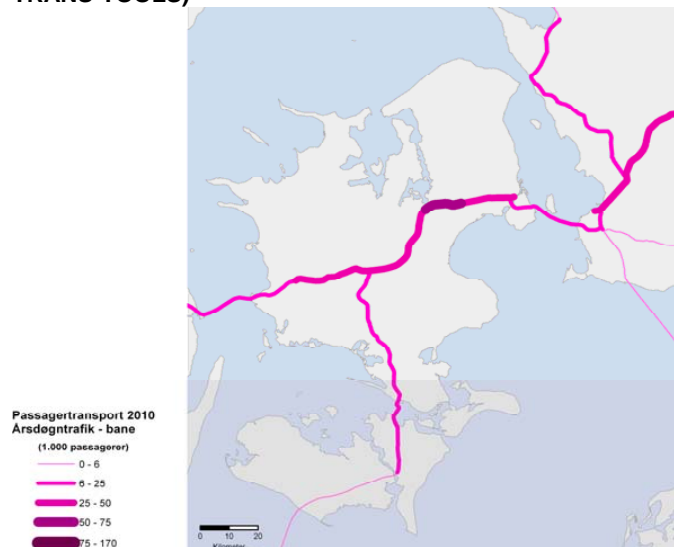
Nedenstående figurer viser udviklingen i passagertransport på bane.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 7 af 20



Figur 3 Passagertransport på bane gennem Region Hovedstaden 2010 (Kilde: TRANS-TOOLS)



Figur 4 Passagertransport på bane gennem Region Hovedstaden 2030 (Kilde: TRANS-TOOLS)



Som der kan ses ud af ovenstående kort, så forventes store stigninger i passagertrafikken på bane. Den nye forbindelse København-Ringsted står for en meget stor andel af trafikken i 2030. Derved aflastes forbindelsen via Roskilde, der også bruges for godstog.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 8 af 20



3.2.2 Banetrafik over Øresund

Udviklingen i banetrafik frem mod 2027 er vist i Tabel 3 og Figur 5. Tallene er hentet i Trafikplan for den statslige jernbane 2012-2027.

Tabel 3 Udvikling i antal banepassagerer på strækninger, 2010 og 2027 (mio.)

Banestrækninger: (Mio. rejser)			
Nationalt	2010	2027	Vækst
København H - Kastrup	12,4	18,4	+48%
Kastrup – Øresundsbroen	9,8	16,9	+72%
Helsingør – Nivå	6	7,1	+18%
Nivå – Østerport	9,1	10,8	+19%
Over grænser			
Øresundsbroen	9,8	16,9	+72%
Helsingør - Helsingborg	0,8	0,8	0%
Øresund i alt	10,7	17,7	+65%
Femern Bælt	0,3	1,5	+400%

Frem mod 2027 er der en vækst på 65% i antallet af banepassagerer over Øresund, denne vækst er koncentreret på Øresundsbroen og der er ingen vækst på HH – forbindelsen. Ud af trafikken på Øresund regner man med at 0,5 mio. rejser er transit Femern og 0,2 mio. er Bornholm rejser i 2027.

Figur 5 Udvikling i antal banepassagerer på strækninger, 2010 og 2027 (mio.)



Banetrafikken over Femern Bælt forventes at vokse fra 0,3 mio. til 1,5 mio. passagerer pr år frem mod 2027 og deraf vil 1 mio. af rejserne være til og fra Østdanmark. Banerejser i transit mellem Tyskland og Sverige, via Femern, forventes at ligge på knap 0,5 mio. rejser i 2027.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 9 af 20



3.3 Kollektiv trafik

3.3.1 Bus- og togkilometer

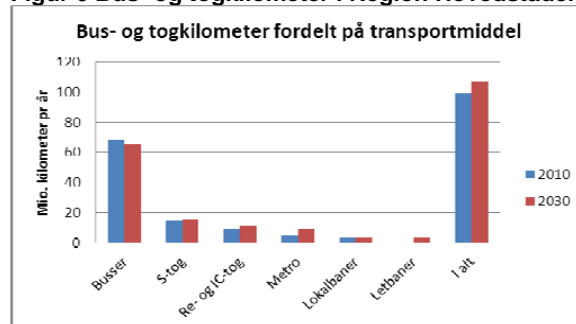
I et klimaperspektiv er det relevant at se på antallet af kørte bus- og togkilometer i regionen. I Tabel 4 vises dette for de enkelte kollektive transportmidler.

Tabel 4 Antal mio. kørte bus- og togkilometer i Region Hovedstaden per år, 2010 og 2030

Kollektivt transportmiddel	2010	2030	Ændring
Busser	68,2	65,8	-4%
S-tog	14,4	14,9	+4%
Re- og IC-tog	9,1	11,0	+21%
Metro	4,8	9,4	+97%
Lokalbaner	2,8	2,9	+4%
Letbaner	0,0	3,1	-
I alt	99,2	107,0	+8%

Fra 2010 til 2030 stiger det samlede antal bus- og togkilometer med 8%, fra 99 til 107 mio. kilometer.

Figur 6 Bus- og togkilometer i Region Hovedstaden, fordelt på transportmiddel

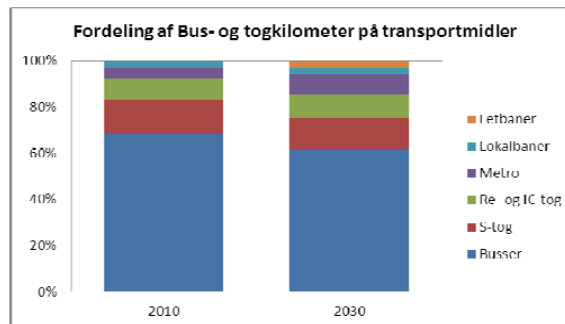


Det er busserne der kører langt størstedelen af disse kilometer, men antallet af kørte kilometer falder med næsten 3 mio. og andelen af de samlede kørte kilometer falder i perioden fra 69% til 61%. Det er primært metroen der løfter væksten i kørte kilometer, men også Letbane og Regional- og Intercitytog har stor vækst i perioden.

Figur 7 Fordeling af Bus- og togkilometer på transportmidler

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 10 af 20



3.3.2 Persontrafkarbejdet i den kollektive trafik

I Tabel 5 vises persontrafkarbejdet i den kollektive trafik, opgjort på de enkelte kollektive transportmidler, turformål og delområder.

Tabel 5 Persontrafkarbejdet i den kollektive trafik i Region Hovedstaden 2010 og 2030

Kollektivt transportmiddel	Mio. passagerkm per år									
	Pendling		Erhv. ture		Fritidsture		I alt		I alt pct.	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030	2010	2030	2010	2030
Busser	386	303	27	23	383	326	796	652	21%	16%
S-tog	735	658	44	49	549	558	1.329	1.265	34%	31%
Re- og IC-tog	716	676	113	135	532	564	1.361	1.374	35%	34%
Metro	110	253	19	46	135	322	265	620	7%	15%
Lokalbaner	67	49	2	2	45	44	114	95	3%	2%
Letbaner	0	40	0	4	0	33	0	76	0%	2%
I alt	2.014	1.979	206	259	1.644	1.845	3.864	4.083	100%	100%

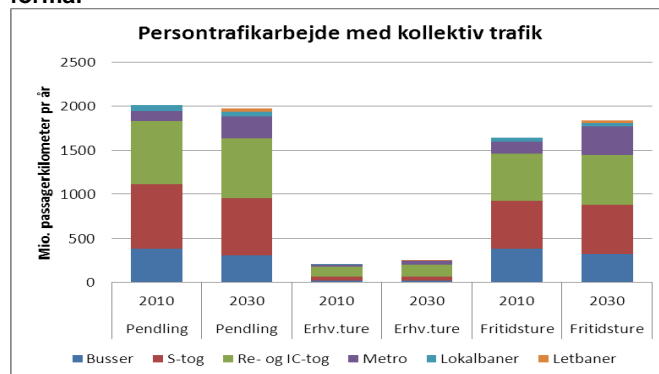
Imellem 2010 og 2030 stiger det samlede persontrafkarbejde fra 3,9 til 4,1 mia. passagerkilometer, en vækst på 6%. Denne vækst dækker over en stor vækst på 360 mio. passagerkilometer med metroen, koblet med relativt store fald for busser på 145 mio. og 65 mio. på S-tog. Derudover kommer letbanen ind med en andel på 2% i 2030, svarende til omkring 75 mio. passagerkilometer.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 11 af 20



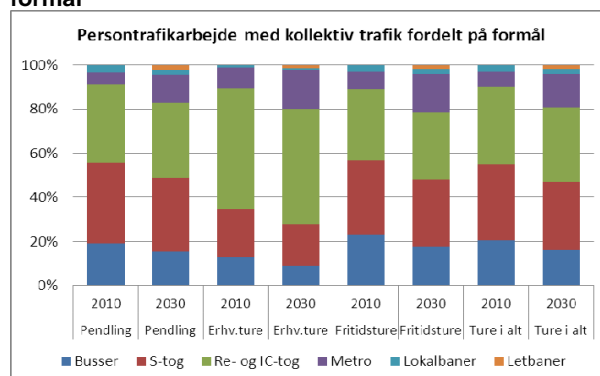
Figur 8 Persontrafkarbejde med kollektiv trafik i Region Hovedstaden, opdelt på formål



Pendlingen har den største andel af passagerkilometerne, sammenlignet med erhvervs- og fritidsture, men antallet falder svagt med 2% i perioden. Omvendt er der stor stigning i passagerkilometer for fritidsturene, der stiger med 12%. Erhvervsturene stiger også kraftigt, men deres andel i passagertrafkarbejdet er kun omkring 6%.

På tværs af de tre typer ture er metroen det kollektive transportmiddel med den største vækst i passagertrafkarbejde, den er på 130-140% i perioden. Samtidig har busserne det største fald, med 12-22%.

Figur 9 Persontrafkarbejde med kollektiv trafik i Region Hovedstaden, fordelt på formål



Samlet set har Regional- og Intercitytog den største andel af passagerkilometerne med ca. 35% i hele perioden, mens S-tog falder fra 34% til 31% frem til 2030. Busser har største fald i andel med 21% til 16% og metroen oplever den største stigning med vækst fra 7% til 15% i perioden.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 12 af 20



På tværs af turformålene er transportmiddelfordelingen mere eller mindre den samme når det gælder pendling og fritidsture, mens Erhvervsturene har en større andel af ture med Regional- og Intercitytog og en mindre andel med både bus og S-tog.

Tabel 6 Pendling - passagertrafkarbejde i den kollektive trafik i Region Hovedstaden 2010 og 2030

Pendling	Mio. passagerkm per år		
	2010	2030	Ændring
Busser	386	303	-22%
S-tog	735	658	-10%
Re- og IC-tog	716	676	-6%
Metro	110	253	+130%
Lokalbaner	67	49	-27%
Letbaner	0	40	-
I alt	2.014	1.979	-2%

Passagertrafkarbejdet ved pendlingen falder med 2% i perioden og det er fordelt med store fald på lokalbaner og busser, samt mindre fald på S-tog og Regional-og Intercitytog. Samtidigt stiger metroen og letbaner kraftigt.

Tabel 7 Fritidsture - passagertrafkarbejde i den kollektive trafik i Region Hovedstaden 2010 og 2030

Fritidsture	Mio. passagerkm per år		
	2010	2030	Ændring
Busser	383	326	-15%
S-tog	549	558	+2%
Re- og IC-tog	532	564	+6%
Metro	135	322	+138%
Lokalbaner	45	44	-4%
Letbaner	0	33	-
I alt	1.644	1.845	+12%

Passagertrafkarbejdet for fritidsture stiger med 12% i perioden, men ellers ligner udviklingen i fordelingen af passagertrafkarbejdet billedet fra pendlingen.

Tabel 8 Erhvervsture - passagertrafkarbejde i den kollektive trafik i Region Hovedstaden 2010 og 2030

Erhvervsture	Mio. passagerkm per år		
	2010	2030	Ændring
Busser	27	23	-12%
S-tog	44	49	+11%
Re- og IC-tog	113	135	+19%
Metro	-19	46	+137%
Lokalbaner	2	2	-10%
Letbaner	0	4	-
I alt	206	259	+26%

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 13 af 20



Erhvervsrejsernes passagertrafkarbejde stiger med 26% i perioden, det sker på baggrunden af væsentlig stigning i metroens passagertrafkarbejde på 137% og store stigninger for S-tog og Regional-og Intercitytog på hhv. 10% og 20%.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 14 af 20



4 Trafik- og transportarbejdet i Region Hovedstaden

Persontrafkarbejde

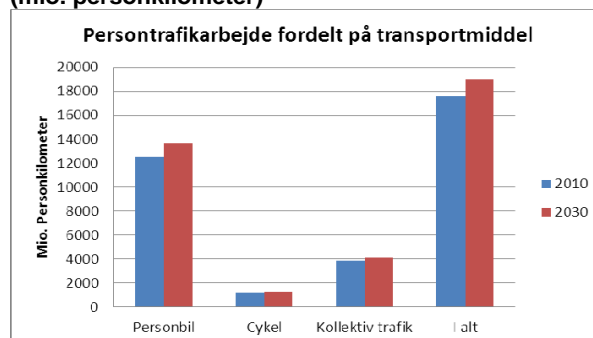
Udviklingen i persontrafkarbejdet mellem 2010 og 2030, fordelt på biltrafik, cykeltrafik og kollektiv trafik i Region Hovedstaden, fremgår af Tabel 9.

Tabel 9 Årlig persontransport i Region Hovedstaden i mio. personkilometer

Transportmiddel	2010	2030	Ændring
Personbil	12.565	13.649	+8,6%
Cykel	1.152	1.313	+14,0%
Kollektiv trafik	3.864	4.083	+5,7%
I alt	17.581	19.045	8,3%
Procentuel fordeling	2010	2030	Ændring
Personbil	71%	72%	+0,2%
Cykel	7%	7%	+0,3%
Kollektiv trafik	22%	21%	-0,5%
I alt	100%	100%	-

I perioden 2010-2030 stiger det samlede årlige persontrafkarbejde med 8%, fra 17,6 til 19 mia. Det er personbilen der udfører langt størstedelen af persontrafkarbejdet og samtidigt står for hovedparten af væksten, med en vækst på over 1 mia. ture, men cykel og kollektiv har en samlet vækst på 380 mio. ture.

Figur 10 Persontrafkarbejde i Region Hovedstaden fordelt på transportmiddel (mio. personkilometer)



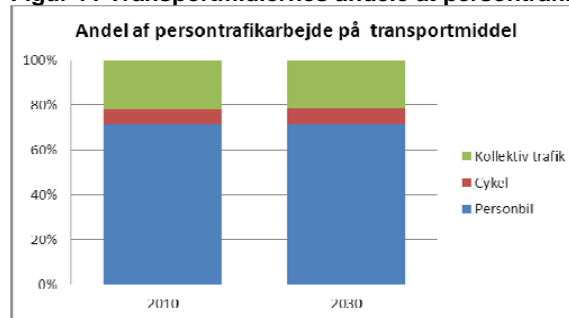
Der er ingen nævneværdig forandring i modalsplittet mellem transportmidlerne mellem 2010 og 2030. Modalsplit er fordelingen mellem de forskellige transportmåder.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 15 af 20



Figur 11 Transportmidlernes andele af persontrafikarbejdet i Region Hovedstaden



4.1.1 Tures relation til Region Hovedstaden

For at kunne vurdere omfanget af den interne persontrafik i regionen i forhold til den trafik, der krydser regionsgrænsen (herunder transittrafikken) er fordelingen af antallet af ture opgjort på basis af trafikmodelberegningen med OTM. Den opgjorte geografiske fordeling af personturene med henholdsvis bil, kollektive trafik og cykel, i relation til Region Hovedstaden fremgår af Tabel 10, Figur 12 og Figur 13

Tabel 10 Turenes relation til Region Hovedstaden - antal pr hverdag (1000)

Turrelation	Antal tusind ture per hverdag								
	Personbil			Koll. trafik			Cykel		
	2010	2030	Ændring	2010	2030	Ændring	2010	2030	Ændring
Interne ture i Region H	2.742	3.098	13%	755	854	13%	971	1.113	15%
Ture ind/ud af Region H	426	496	16%	145	197	36%	10	9	-10%
Transitture Region H	6	8	33%	1	13	1200%	0	0	
I alt	3.174	3.602	13%	901	1.064	18%	981	1.122	14%
	Personbil			Koll. trafik			Cykel		
	2010	2030	Ændring	2010	2030	Ændring	2010	2030	Ændring
Interne ture i Region H	86%	86%	-0,4%	84%	80%	-3,5%	99%	99%	0,2%
Ture ind/ud af Region H	13%	14%	0,3%	16%	19%	2,4%	1%	1%	-0,2%
Transitture Region H	0%	0%	0,0%	0%	1%	1,1%	0%	0%	0,0%
I alt	100%	100%		100%	100%		100%	100%	

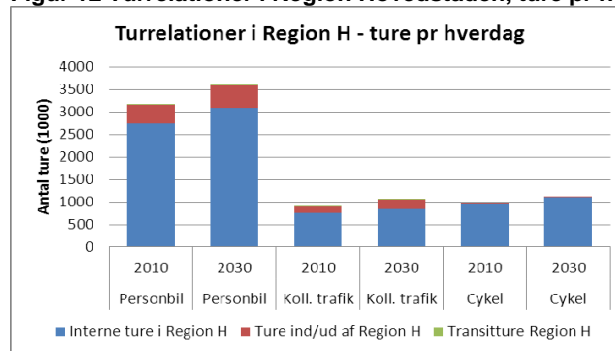
Antallet af ture stiger i perioden 2010-2030 fra ca. 5,1 mio. til 5,8 mio., svarende til en stigning på 14%. På tværs af transportmidlerne ligger over 80% af væksten (730.000 ture) i interne ture, mod 17% i ture ind og ud af Region Hovedstaden og godt 2% i transitture.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 16 af 20

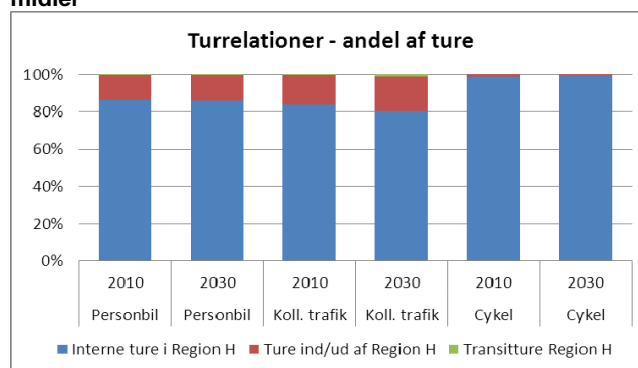


Figur 12 Turrelationer i Region Hovedstaden, ture pr hverdag (1000)



Personturene med bil stiger i perioden med 13%, svarende til 425.000 ture og for kollektive personture er væksten på 18%, svarende til 150.000 ture. For begge er det i de interne ture i Region Hovedstaden den største vækst sker. Væksten i personture på cykel er på 14%, svarende til 140.000 ture og der er kun vækst i de interne ture i Region H.

Figur 13 Turrelationer i Region Hovedstaden, andele af ture fordelt på transportmidler



De tre typer tures andele er generelt stabil i perioden, dog er der i de kollektive ture et mindre fald i de interne tures andel, som primært overflyttes til ture ind og ud af Region H. For både bil og kollektiv trafik er andelen af interne ture omkring 80-85%, mens den for cykel er 99%. Turene ind og ud af Region Hovedstaden udgør lige under 15% for biler og op mod 20% for kollektiv trafik. Desuden udgør transitturene under 1 procent af det samlede antal ture for de enkelte transportmidler.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 17 af 20



5 Godstransport

5.1 Godstransport på vej

Godstransporten på vej gennem Region Hovedstaden i hhv. 2010 og 2030 er vist i Figur 14 og Figur 15.

Figur 14 Godstransport på vej gennem Region Hovedstaden 2010 (Kilde: TRANS-TOOLS)



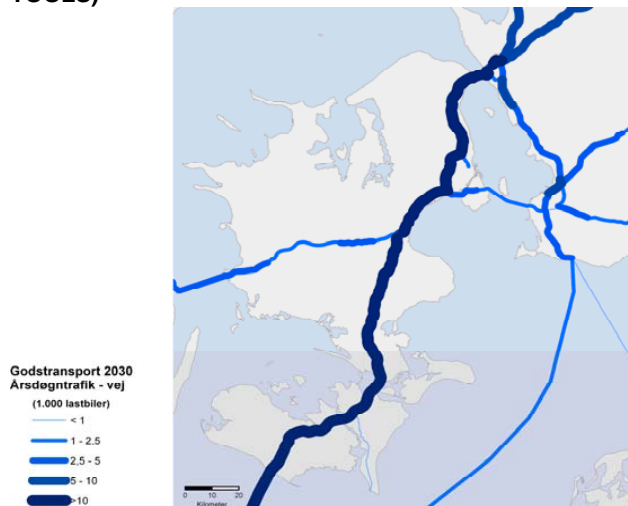
Godstransporten med lastbil går i 2010 primært over HH-forbindelsen og via Motorring 3 og Køge Bugt Motorvejen mod Rødby Havn og vejgodsandelen på Øresundsbroen er meget lille relativt. De største mængder vejgods transporteres i motorvejskorridorerne Motorring 3 og Køge Bugt motorvejen.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 18 af 20



Figur 15 Godstransport på vej gennem Region Hovedstaden 2030 (Kilde: TRANS-TOOLS)



I 2030 er billedet overordnet det samme, hovedkorridoren for vejgods er mellem HH-forbindelsen og Rødby Havn. Derudover er godsmængderene vokset generelt, men der er særlig storvækst i HH-Rødby korridoren.

5.2 Godstransport på bane

Hvis de nuværende udviklingstendenser fortsætter, kan banegodsvolumen stige med over 80% i perioden fra 2010 til 2027.¹

For transittrafikken, som står for den dominerende del, forventes 5,2% årlig vækst i årene frem til Femer forbindelsens åbning. Derefter forventes en samlet vækst på 31% fra åbningen og til 2027, hvor dobbeltsporet er udbygget i Tyskland.

Godstransporten på bane gennem Region Hovedstaden i hhv. 2010 og 2030 er vist i Figur 16 og Figur 17.

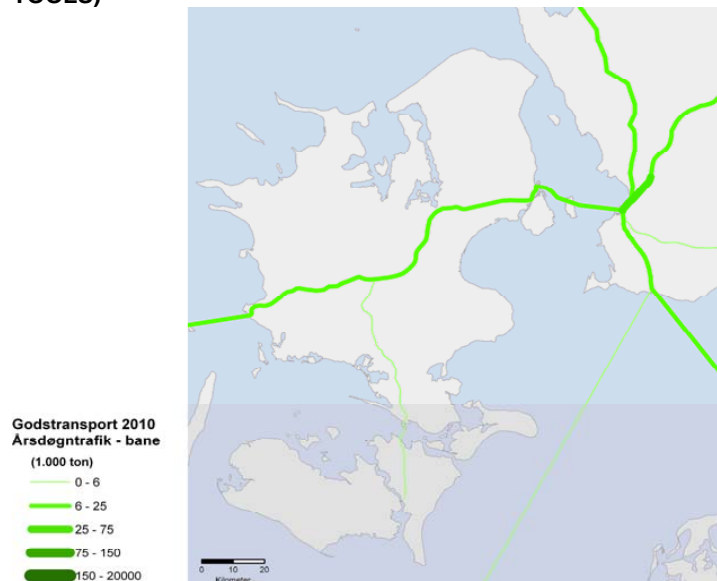
¹ Trafikplan for den statslige jernbane 2012-2027

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 19 af 20



Figur 16 Godstransport på bane gennem Region Hovedstaden 2010 (Kilde: TRANS-TOOLS)



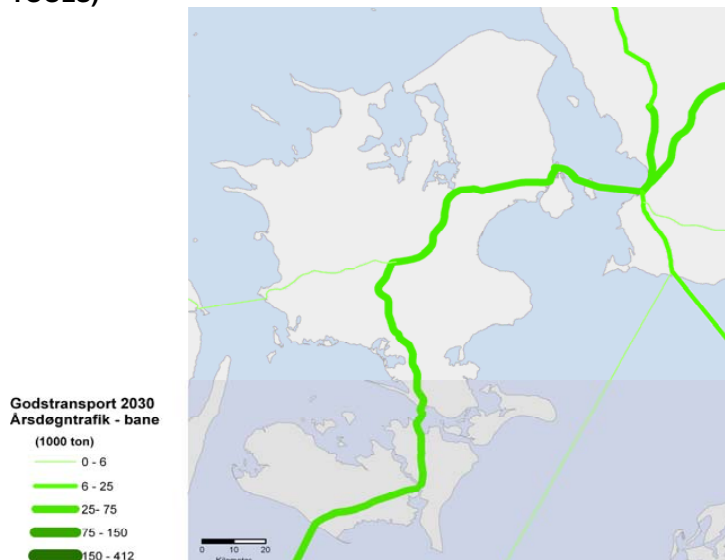
I 2010 går næsten alt gods på bane via Storebælt til grænsen ved Padborg. I 2030 forventes det at størstedelen af banegodset skifter til Femern Bælt. Samtidig er der en væsentlig vækst i godsmængderne på bane gennem Region Hovedstaden, mellem 2010 og 2030.

Punkt nr. 13 - Nye infrastrukturanalyser med regionalt sigte

Bilag 3 - Side 20 af 20



Figur 17 Godstransport på bane gennem Region Hovedstaden 2030 (Kilde: TRANS-TOOLS)



Kapacitet godstog

Kystbanen har maks. 1 dagligt godstog fra nu og frem til 2027.

Øresundsbroen kapacitet øger fra 38 godstog daglig i 2011 (total for begge retninger) til 84 godstog i 2027, en vækst på 121%.

I tons ville dette betyde en øgning fra ca. 7 mio. tons til 18 mio. tons og den allerstørste del er transittrafik via Femern.

Transittrafikken var 5,985 mio. tons i 2010 og steg til 6,956 tons i 2011, svarende til en vækst på 16%. Det resterende er international kørsel til og fra Danmark.

Transportarbejdet i transittrafikken var 1,9 milliarder tonkm i 2011 og 2,2 i 2012 (+18%), hvilket betyder at togene havde mere gods.

Punkt nr. 14 - Melodi Grand Prix 2014

Bilag 1 - Side 1 af 3

29-08-2013



Rådhuset
Rådhuspladsen
1599 København V
("Kommunen")

og

REGION HOVEDSTADEN
Regionsgården
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
("Regionen")

bekræfter hermed overfor

DANMARKS RADIO
DR Byen
Emil Holms Kanal 20
0999 København C
("DR")

følgende i forbindelse med afholdelsen af Eurovision Song Contest 2014 i København i maj 2014 ("ESC 2014"):

Vi er bekendt med den mellem DR og [projektselskab] indgåede Værtsby og Venue aftale af den [dato] 2013 med tilhørende bilag ("Aftalen"), hvorefter [projektselskab] overfor DR har påtaget sig de i Aftalen påhvilende opgaver og øvrige forpligtelser i forbindelse med afholdelsen af ESC 2014.

Kommunen og Regionen finder det både naturligt og værdifuldt, at ESC 2014 afholdes i København, hvorfor vi støtter op om [Projektselskabets] deltagelse i ESC 2014 på de aftalte vilkår.

Kommunen og Regionen vil medvirke til at sikre, at ESC 2014 afvikles så effektivt, smidigt og effektivt som muligt og med et tv mæssigt ambitionsniveau på linie med ESC 2013.

Kommunen og Regionen er bevidste om, at der er udfordringer og risici forbundet med afvikling af ESC 2014 i København, da den af [Projektselskabet] valgte lokation på Refshaleøen er en uafprøvet lokation i forhold til et arrangement af ESC's størrelse.

Punkt nr. 14 - Melodi Grand Prix 2014

Bilag 1 - Side 2 af 3

29-08-2013

Kommunen og Regionen er i forlængelse heraf enige om, at Kommunen og Regionen med relevante samarbejdspartnere vil støtte [projektselskabets] forpligtelse til at levere rammerne for ESC 2014 på linie med ESC 2013. I forlængelse heraf vil DR levere en tv produktion, der indfrier parternes ambitioner herom.

Udover den økonomiske støtte, som blandt andre Kommunen og Regionen yder til [*Projektselskabet*], og som DR er bekendt med, vil Kommunen og Regionen bestræbe sig på i videst muligt omfang at være med til at tilvejebringe de bedst mulige forhold for afholdelsen af ESC 2014, herunder ved anvendelse af de betydelige erfaringer, som Kommunen og Regionen tidligere har opnået i forbindelse med afvikling af andre store internationale events i hovedstadsområdet, for eksempel MTV, klimatopmøde osv.

Kommunen har i forbindelse med Aftalens indgåelse taget initiativ til nedsættelsen af det i Aftalen omtalte præsidium, bestående af Kommunens overborgmester, Regionsrådets formand, DR's Mediedirektør og [projektselskabs] bestyrelsesformand, med henblik på at præsidiets skal overse implementeringen af ESC 2014 og sikre en effektiv og rettidig dialog mellem de involverede parter i forhold til løsning af eventuelt større eller kritiske problemstillinger, som måtte opstå i forhold til afviklingen af ESC 2014.

Kommunen er opmærksom på, at Fonden Wonderful Copenhagen ("WoCo"), som ejer den samlede selskabskapital i det til formålet etablerede [projektselskab], har påtaget sig for [projektselskab]s regning og risiko at udføre eller lade udføre de opgaver, som efter Aftalen påhviler [projektselskab].

WoCo er stiftet i 1992 af blandt andre Kommunen med det formål generelt at [om WoCo's formål]. Kommunen og Region har siden etableringen af WoCo løbende – direkte og indirekte – støttet WoCo økonomisk i form af såvel flerårige aftaler om finansiering af WoCo's løbende drift som konkret støtte til en række store events og andre arrangementer, som har været afholdt i København eller hovedstadsregionen, og som WoCo har været arrangør [eller medarrangør] af. Kommunen og Region er repræsenteret i WoCo's bestyrelse.

Kommunen og Regionen har, også på baggrund af erfaring med WoCo fra tidligere tilsvarende arrangementer, fuld tillid til WoCo's ledelse og til WoCo's evne til at håndtere de opgaver og forpligtelser, som følger af Aftalen

Det kan oplyses, at Kommunen tidligere – blandt andet efter realiseringen af store events og andre arrangementer, hvor der ofte ikke på forhånd kan have et entydigt overblik over den endelige økonomi forbundet med sådanne projekter – efter en konkret vurdering har bevilget supplerende finansiel støtte til projekter.

Efter ønske fra DR lægger Kommunen op til, at der i budget 2014 indsættes følgende formulering:

"Parterne bekræfter den støtteerklæring, Københavns Kommune har givet til DR, hvoraf fremgår, at Københavns Kommune i videst muligt omfang vil bestræbe sig på at være med til at tilvejebringe de bedst mulige forhold for afholdelsen af ESC 2014.

Endelig er parterne enige om, at Københavns Kommune skal nedsætte en kommunal myndighedstaskforce, som skal bistå med hjælp og rådgivning til planlægningen og afviklingen af ESC 2014 i forhold til alle givne kommunale myndighedsforhold. Taskeforcen vil bl.a. yde

Punkt nr. 14 - Melodi Grand Prix 2014

Bilag 1 - Side 3 af 3

29-08-2013

rådgivning og hjælp i forhold til indhentning af de nødvendige tilladelser samt sikre en rettidig koordinering i forhold til eventuelt bygge- og gravearbejde mv. i kommunalt og privat regi"

Kommunen og Regionen ser frem til at være med til at skabe rammerne for en unik og velfungerende ESC 2014 til glæde og stolthed for hovedstadsområdet og hele det øvrige Danmark.

For Københavns Kommune:


København, den 31.08.2013



Frank Jensen
Overborgmester

For Region Hovedstaden:

Hillerød, den 31.8.2013



Vibeke Storm Rasmussen
Regionsrådsformand

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Fra: Nina Berrig <nina.berrig@regionh.dk>

Dato: 4. sep. 2013 10.46.52 CEST

Til: Vibeke Storm Rasmussen <Vibeke.Storm.Rasmussen@regionh.dk>, Hjalte Aaberg <hjalte.aaberg@regionh.dk>, Marina Hoffmann <marina.hoffmann@regionh.dk>

Cc: Nina Korn <nina.korn@regionh.dk>, Vera Qvistgaard <vera.qvistgaard@regionh.dk>, Per Tærsebøl (BY) <per11@helsingor.dk>

Emne: Ønske om sag på kommende Regionsrådsmøde.

Kære Vibeke, Hjalte og Marina,

Som varslet i mandags, vil jeg gerne - på vegne af den konservative Regionsrådsgruppe - bede om at sagen "Implementering af et enstrenget og visiteret akutsystem" kommer på igen, med henblik på at få afklaret/belyst de uafklarede punkter, som var ved sagens sidste behandling i Regionsrådet i august måned.

Vi er som konservative meget utrygge ved om bemanning, og nødvendige faciliteter er på plads, når akuttelefonen åbner den 1.1.2014 og den nuværende lægevagt lukker.

Følgende spørgsmål ønskes besvaret:

Hvordan forholder Sundhedsstyrelsen sig til den nye ordning?

Hvordan bliver finansiering? Får kommunerne en merudgift?

Er den lægelige bemanning på plads? Er den almene medicinske kompetence sikret?

Hvilke uddannelses krav stilles til sygeplejersker i 1813?

Ekspeditionstider ved 1813 – svarer de til de ekspeditionstider vi i dag har i lægevagten? De forventede ekspeditionstider ønskes nævnt.

Skal 1813 også tage sig af akutbehandling i dagtiden? - Altså også til egen læge?

Er der forskel på tilbuddet i dagtid og vagttid?

Der er et ønske om restriktiv ordination af antibiotika – hvordan løses det?

Patienter i akutmodtagelsen – hvordan bliver vente faciliteterne?

Med venlig hilsen

Nina B.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Sundhedsstyrelsen

Danish Health and Medicines Authority

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Rådgivning vedr. etablering af enstrenget og visiteret akut system i vagttid i Region Hovedstaden

5. september 2013

Region Hovedstaden har den 20. august 2013 fremsendt orientering om etablering af enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden, herunder *Enstrenget og visiteret akutsystem – retningslinjer og principper, august 2013* til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen opfatter det fremsendte som en delplan til regionens sundhedsplan.

Sagsnr. 4-1413-50/1/

Reference BEM

T 7222 7815

E fobs@sst.dk

Ifølge sundhedslovens § 206 stk. 2 skal regionerne indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen under udarbejdelse af sundhedsplaner. Sundhedsstyrelsen skal derudover bemærke, at sundhedsplaner skal vurderes af sundhedskoordinationsudvalget jf. bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Sundhedsstyrelsen tager i sin rådgivning udgangspunkt i sundhedsloven og de politiske målsætninger bag denne, samt rapporterne *'Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen'* (Sundhedsstyrelsen, 2007), *Kvaliteten i den danske lægevagtsordning* (Sundhedsstyrelsen, 2009), og *Vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem* (Udvalget om det præhospitale akutberedskab, 2010).

Sundhedsstyrelsen har tidligere ydet rådgivning til Region Hovedstadens sundhedsplan fra 2012, samt til nogle af regionens forskellige delplaner, herunder forslag til hospitalsplan og psykiatriplan den 13. maj 2011 og 25. maj 2012, og skal henvise til disse svar i deres helhed. Sundhedsstyrelsen har således i brev af 22. marts 2013 ydet rådgivning til Region Hovedstadens sundhedsplan for 2013. Planen var helt overordnet beskrevet, og Sundhedsstyrelsens svar tilsvarende overordnet.

Nedenfor følger Sundhedsstyrelsens rådgivning til delplanen om etablering af enstrenget og visiteret akutsystem i vagttid. Sundhedsstyrelsen lægger i sin rådgivning særligt vægt på at sikre kvalitet i den type ydelser, der skal leveres, herunder at sikre de fornødne kompetencer, samt at sikre sammenhæng i patientforløb.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at Region Hovedstaden pr. 1. januar 2014 planlægger at indføre en enstrenget og visiteret adgang til sygehusvæsenet, men bemærker samtidig, at der fortsat planlægges med en tostrenget visitation i dagtiden. Det fremgår således, at akutmodtagelserne/-klinikkerne også i dagtid bliver visiterede, men at der er en tostrenget visitation med indgang både fra al-

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Denmark

T +45 72 22 74 00

E sst@sst.dk

www.sst.dk

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

men praksis og fra akuttelefonen. Det fremgår ikke af den fremsendte delplan, hvordan arbejdsdelingen mellem almen praksis og akuttelefonen planlægges, og hvordan samarbejdet mellem disse to, samt akutmodtagelser/-klinikker og kommuner skal fungere i dagtid. Sundhedsstyrelsen bemærker samtidig, at akuttelefonen i dagtid kun er bemandet med sygeplejersker. Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt, at der etableres en enstrenget og visiteret model både i dagtid og vagttid, og at de to modeller er sammenhængende

Sundhedsstyrelsen skal derudover bemærke, at det i informationen til borgerne bør tydeliggøres, hvilken arbejdsdeling der er i dagtid henholdsvis vagttid, herunder at den sundhedsfaglige bemanding af akuttelefonen i dagtiden er anderledes end i vagttid.

Region Hovedstaden vil fremover integrere lægevagten i det øvrige akutsystem. Den nuværende lægevagt er en del af det borgernære sundhedstilbud og varetager udredning og behandling af akutte almenmedicinske problemstillinger i vagten og i weekenden. De kommende akutmodtagelser/-klinikker vil derfor skulle udvides, således at de udover sygehusbehandling også kan varetage disse almenmedicinske problemstillinger. Sundhedsstyrelsen forventer i den forbindelse - mhp. at sikre, at borgerne ikke stilles ringere end hidtil - at de kommende akutmodtagelser/-klinikker bemannes med læger og sygeplejersker med de fornødne kompetencer i forhold til udredning og behandling af akutte almenmedicinske problemstillinger. Derudover bør der sikres det nødvendige udstyr til at varetage dette. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at speciallæger i almen medicin og andre læger med viden og erfaring fra almen praksis i dagtiden generelt har den fornødne uddannelse til at varetage akutte almenmedicinske problemstillinger.

I den forbindelse skal Sundhedsstyrelsen også bemærke, at telefonvisitation opfattes som den vanskeligste del af den nuværende lægevagt, idet henvendelserne kommer fra ikke-kendte borgere, hvor de fleste henvender sig med almindelige sygdomme, men hvor nogle har mere alvorlige sygdomme. Sundhedsstyrelsen finder det derfor afgørende for kvaliteten af den fremtidige akuttelefon, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til vurdering af almenmedicinske henvendelser fra borgere. Sundhedsstyrelsen skal derudover bemærke, at den lægelige bemanding af akuttelefonen bør omfatte læger med almenmedicinske kompetencer.

Der er i disse år fokus på at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. I den forbindelse er der behov for at sikre et sammenhængende akutsystem på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Kommunerne udvikler akutte rehabiliterings- og plejetilbud, og der arbejdes på et stadigt bedre samarbejde i det borgernære sundhedsvæsen, herunder særligt samarbejdet mellem kommunernes plejetilbud og almen praksis. Ligeledes oprustes almen praksis til at varetage nye akutte opgaver.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at den nære organisatoriske, personale- og lokalemæssige sammenhæng i akutmodtagelser/-klinikker mellem sygehusbehandling og borgernær behandling kan udgøre en risiko for, at lægen hyppigere vælger at indlægge patienten i stedet for at henvise til alternative mulighe-

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

der i kommunerne og/eller almen praksis. Ligeledes kan der være en risiko for et uhensigtsmæssigt større forbrug af diagnostiske undersøgelser, når tilgængeligheden for disse er større. Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse opfordre til, at der sker en løbende opfølgning i forhold til brug af indlæggelser og diagnostiske undersøgelser m.m., og at der om nødvendigt sker tiltag med henblik på at modvirke en uhensigtsmæssig udvikling.

Sundhedsstyrelsen skal bemærke, at arbejdsdelingen og samarbejdet mellem Region Hovedstadens akutsystem og de øvrige aktører, herunder særligt kommunerne og almen praksis, hensigtsmæssigt kan fastlægges i en samarbejdsaftale i regi af sundhedsaftalerne. I den forbindelse bør der også sikres de nødvendige aftaler i forhold til kommunikationen mellem de forskellige aktører.

I den fremtidige akutmodtagelse vil der skulle håndteres både patienter, der er visiteret til sygehusbehandling, og borgere, som modtager et borgernært sundhedstilbud. Sundhedsstyrelsen ser en risiko for, at den enkelte borger kan have svært ved at vurdere, hvornår de modtager eller er indlagt til sygehusbehandling, og hvornår de ikke gør samt, hvilke konsekvenser for ydelserne og det videre behandlingsforløb, det har. Regionen kan hensigtsmæssigt tage højde for dette i forbindelse med indretningen af akutmodtagelserne og i forbindelse med information til borgerne.

Det fremgår af retningslinjerne, at akuttelefonen vil kunne henvise direkte til specialespecifik modtageafdeling samt til indlæggelse på specificeret afdeling. Sundhedsstyrelsen skal dertil bemærke, at dette generelt bør begrænses til udvalgte og særlige patientkategorier, hvor direkte visitation til specialafdeling er det mest effektive og hensigtsmæssige behandlingsniveau, så specialafdelinger kan bevare fokus på de patienter, som har behov for sygehusbehandling.

Region Hovedstaden har fastsat servicemål for ventetid i akuttelefonen, men har ikke tilsvarende fastsat servicemål for ventetid på vurdering og behandling i akutmodtagelser/-klinikker eller ved hjemmebesøg. Sundhedsstyrelsen forventer i den forbindelse, at regionen sikrer en bemanding af både akuttelefon og akutmodtagelser/-klinikker, som tager højde for variationen i antal henvendelser. Samtidig bør det sikres, at spidsbelastninger i akutmodtagelsen i forhold til patienter, der er henvist til indlæggelse, ikke medfører uhensigtsmæssig lang ventetid for borgere, der modtager et borgernært tilbud.

Region Hovedstaden beskriver, at håndtering af henvendelser til akuttelefonen vil ske ved hjælp af et beslutningsstøtteværktøj. Sundhedsstyrelsen finder dette positivt, og skal samtidig gøre opmærksom på, at udredning og behandling af patienter i akutmodtagelser/-klinikker og ved hjemmebesøg bør ske i henhold til kliniske retningslinjer.

Der bør ske en løbende opfølgning på ændringerne i akutsystemet, herunder på både kvalitet og aktivitet, samt på samarbejdet med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Registreringer af almen medicinsk behandling kan i den forbindelse hensigtsmæssigt ske ved brug af International Classification of Primary Care (ICPC), som er udarbejdet til at registrere almenmedicinske henvendelser. En systematisk ICPC-kodning af almenmedicinske henvendelser vil kunne give

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

kvalificeret viden om, hvilke henvendelsesårsager borgerne kommer med og vil kunne anvendes til både kvalitetssikring og planlægning.

Derudover bør der være fokus på registrering af utilsigtede hændelser samt at sikre løbende opfølgning på og læring af disse.

Sundhedsstyrelsen står gerne til rådighed for en uddybning af ovenstående.

|

Med venlig hilsen

Søren Brostrøm
Enhedschef
Sygehuse og Beredskab

Jette Jul Bruun
Enhedschef
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

DAGSORDEN

ORDINÆRT REGIONSRÅDSMØDE

REGIONSRÅDSMØDE

MØDETIDSPUNKT

20-08-2013 17:00

MØDESTED

REGIONSRÅDSSALEN

MEDLEMMER

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Abbas Raza
Andreas Røpke
Anne Ehrenreich
Arly Eskildsen
Bent Larsen
Birgit Tystrup
Birgitte Kjøller Pedersen
Charlotte Fischer
Danni Olsen
Ellen Thrane
Finn Rudaizky
Flemming Pless
Hanne Andersen
Hans Toft
Henrik Thorup
Jannie Hjerpe
Karin Dubin
Karin Helweg-Larsen
Karsten Skawbo-Jensen
Kenneth Kristensen Berth
Kirsten Lee
Knud Andersen
Lars Gaardhøj
Leila Lindén
Lene Kaspersen
Lise Müller
Lise Rask
Maja Holt Højgaard
Marianne Stendell
Michael Lange
Nina Berrig
Ole Søbæk
Per Roswall
Per Seerup Knudsen
Per Tærsebøl
Peter Kay Mortensen
Steen Olesen
Susanne Langer
Thor Grønlykke
Vibeke Storm Rasmussen
Niels Borre

**Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem
Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget
akutsystem**
INDHOLDSLISTE

4.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

4. IMPLEMENTERING AF ENSTRENGET OG VISITERET AKUTSYSTEM

PUNKTET BEHANDLET TIDLIGERE

Forretningsudvalget den 13. august 2013, sag nr. 5

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at regionsrådet tager administrationens planlagte udmøntning af regionsrådets beslutning den 12. marts 2013 til efterretning,
2. at regionsrådet godkender, at det fremtidige servicemål for Akuttefonen 1813 sættes til, at 90 % af opkaldene skal være besvaret indenfor 3 minutter og at alle opkald besvares indenfor 10 minutter, og
3. at regionsrådet godkender, at driftsudgiften ved indførelse af et enstrenget og visiteret akutsystem i 2014 på 140 mio. kr. og 137 mio. kr. fra 2015 og frem finansieres af midler afsat i Budgetforslag 2014-2017 på sundhedsvæsenets konto for fælles driftsudgifter.

RESUME

Regionsrådet besluttede på mødet den 12. marts 2013, at der med virkning fra 1. januar 2014 skal ske en organisatorisk og fysisk samordning af den overenskomstbestemte lægevagt med regionens øvrige akutte tilbud. Samtidig hermed skal regionen indføre en visiteret adgang til akutmodtagelser/-klinikker.

Samordningen af lægevagtsordningen med det øvrige akutsystem betyder, at der i Region Hovedstaden vil være én indgang for alle akutte patienter i vagttid via Akuttefonen 1813, som kan visitere til akutte lægebesøg i hjemmet. Lægevagtens konsultationsopgaver ved personligt fremmøde integreres i regionens akutmodtagelser og akutklinikker med det formål, at borgerne oplever at modtage behandling i ét samlet system ud fra deres behov, uanset om de henvender sig akut med en skade eller medicinsk sygdom i vagttid.

Som udmøntning af regionsrådets beslutning har administrationen udarbejdet en rapport, der angiver de nærmere retningslinjer og principper for den fremtidige opgaveløsning på området, og som danner grundlag for implementeringen af den nye organisering pr. 1. januar 2014.

SAGSFREMSTILLING

Rådgivning og visitation via 1813

Lægevagtens telefonkonsultation og opgaven med akutte lægebesøg varetages organisatorisk af Den Præhospitale Virksomhed. Borgerne visiteres til akutmodtagelser og akutklinikker via forudgående henvendelse til Akuttefonen 1813. Borgerne vil fremover kun skulle huske to telefonnumre, nemlig 112 ved akut livstruende sygdom og tilskadekomst, og 1813 til alt andet, herunder generel sundhedsfaglig rådgivning og visitation til relevante akuttillbud. Aktiviteten på akuttefonen forventes at stige fra ca. 160.000 opkald om året til ca. 1,2 mio. opkald årligt.

Det vil fortsat i udgangspunktet være en sygeplejerske, der tager telefonen på 1813. Ved behov for lægefaglig konsultation eller efter ønske fra borgeren stilles der i vagttiden videre til en læge. Lægerne, der ansættes på 1813, forudsættes bl.a. at have bred erfaring i diagnostik, udredning og behandlingstiltag indenfor de store specialer samt indgående erfaring med direkte patientkontakt.

1813 oplyser ved henvisning til akutmodtagelse/-klinik borgeren om den forventede ventetid og vil som en ny forbedret service også oplyse om den anbefalede mødetid, hvilket gør, at borgeren kan afvikle noget af ventetiden hjemme. Hvis 1813 skønner, at der er behov for en hurtig vurdering udenom køen, instrueres borgeren om snarest muligt at henvende sig på akutmodtagelsen/-klinikken.

Servicemål

Servicemålet for besvarelse af opkald til akuttefonen foreslås fastsat til, at 90 % af opkaldene skal være besvaret indenfor 3 minutter og således at ingen venter mere end 10 minutter. Med dette servicemål sikres fortsat hurtig svartid på 1813 og en serviceforbedring for den store gruppe borgere, som i dag ringer til

Side 4 af 7

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrengt akutsystem

Det nuværende servicemål for akuttelefonen er, at 90 % af opkaldene skal være besvaret indenfor 2 minutter, mens det for lægevagten i Region Hovedstaden er, at patienterne bør have kortest mulig ventetid, og at de oplyses om, hvilket nummer de er i køen. Opgørelse af svartiden for lægevagten i Region Hovedstaden viser, at 79 % kommer igennem inden for 3 minutter.

Behandlingen i akutmodtagelserne og akutklinikkerne

Lægevagten's konsultationsopgaver ved personligt fremmøde integreres i regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Rigshospitalets traumecenter vil ikke varetage funktionen. Målet er, at borgerne oplever at modtage behandling i ét samlet system ud fra deres behov, uanset om de henvender sig akut med en skade eller medicinsk sygdom i vagttid.

Behandlingen af akutte patienter med alment medicinske sygdomme i vagttid tilstræbes varetaget af læger med almenmedicinske kompetencer, som ansættes på hospitalerne. Ved ændret behandlingsbehov kan inddrages andre - evt. mere specialiserede kompetencer i behandlingsindsatsen, idet der forudsættes et udstrakt samarbejde mellem de forskellige behandlere i akutfunktionerne.

Behandling af selvhenvendere

Pr. 1. januar 2014 vil adgangen til akutmodtagelser og akutklinikker være visiteret via akuttelefonen 1813. Såfremt der alligevel dukker selvhenvendere op i akutmodtagelser/-klinikker vil disse borgere fortsat blive modtaget og behandlet ud fra deres hastegrad. Selvhenvenderne vil blive oplyst om fordelene ved at ringe til 1813 først, således at ventetiden kan starte allerede fra dette tidspunkt - og hjemmefra.

Tekniske løsninger (IT)

Etableringen af et enstrengt og visiteret akutsystem kræver en række udbygninger af de eksisterende it- og telefoniløsninger i Den Præhospitale Virksomhed og på hospitalerne. Udbygningerne skal sikre håndtering af det øgede antal opkald til 1813, dokumentation af sundhedsydelse, visitering samt beregning og oplysning om forventede ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker. De grundlæggende IT-funktionaliteter til registrering og visitering fra akuttelefonen vil være klar til 1. januar 2014, men det forventes, at funktioner om automatisk ventetidsberegning og automatisk overførelse af journaloplysninger fra akuttelefonen til hospitalerne først vil være klar i løbet af 2014. I en overgangsperiode forventes derfor behov for flere ressourcer til manuelle registreringer i akutmodtagelserne/-klinikkerne.

Regionsrådet behandlede på sit møde den 14. maj 2013 en henvendelse fra Lene Kaspersen (C) vedr. enstrengt akutsystem. Tre af spørgsmålene var besvaret i mødesagen.

Regionsrådet besluttede at de øvrige spørgsmål skulle besvares i forbindelse med regionsrådets behandling i august måned af etableringen af et enstrengt akutberedskab. De udestående spørgsmål er besvaret i vedlagte bilag.

KOMMUNIKATION

Det kræver en massiv kommunikation at få borgerne til at ændre adfærd, således at de ringer til akuttelefonen før besøg på en akutmodtagelse/-klinik, da borgerne i mange år har været vant til at kunne henvende sig direkte. Endvidere skal borgerne oplyses om, at de fra 1. januar 2014 skal henvende sig til akuttelefonen, hvis de har behov for behandling af alment medicinske sygdomme uden for egen læges åbningstid.

Det er derfor væsentligt, at borgerne kender akuttelefonens nye funktioner, indarbejder 1813-telefonnummeret i hukommelsen og forvandler denne viden til handling ved akut skade eller sygdom.

Derfor planlægges en informationskampagne for at sikre, at borgere, kommuner m.v. har kendskab til det nye enstrengede og visiterede akutsystem. Kampagnen forventes afviklet fra ultimo november 2013 til februar 2014. Kampagnen skal bl.a. sikre, at:

- 1 Borgerne har kendskab til akuttelefonen og kan huske telefonnummeret
- 1 Borgerne ved, at de skal ringe 1813, når de ønsker hjælp uden for egen læges åbningstid

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

- Borgerne ved, at de skal ringe 1813, når de vil på en akutmodtagelse / akutklinik
- Borgerne ved, hvornår de skal ringe 1813 – så der ikke opstår tvivl om, hvornår man skal ringe 112.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Praksisområdets udgifter til den nuværende lægevagtsordning udgør i 2014-niveau ca. 155 mio. kr.

Indførelsen af et enstrenget og visiteret akutsystem forudsættes i Budgetforslag for 2014-2017 at medføre en reduceret driftsudgift på 15 mio. kr. Budgettet under praksisområdet er således reduceret med 155 mio. kr., mens 140 mio. kr. er afsat på sundhedsvæsenets konto for fælles driftsudgifter til senere udmøntning til den fremtidige løsning. Beløbet svarer til de forventede årlige merdriftsudgifter i 2014 til de funktioner, der skal overtage de tidligere opgaver hos lægevagten og visiteret adgang. Beløbet falder til ca. 137 mio. kr. fra 2015 og frem, idet der i 2014 er afsat 3 mio. kr. i engangsudgifter til anskaffelse af it-software.

Årlige driftsudgifter (Mio. kr.)	2014	2015 og frem
Lønudgifter	116	116
Øvrige driftsudgifter	21	21
Anskaffelse af it-software	3	-
I alt	140	137

Lønudgifter vedrører:

- Bemanning til de udvidede opgaver på Akuttelefonen 1813,
- Bemanning af de kørende hjemmebesøg og
- Integration af de nuværende lægevagtskonsultationer i akutmodtagelser og akutklinikker.

Udgifterne er på nuværende tidspunkt budgetteret på en række forskellige forudsætninger om aflønning mv., idet det bemærkes, at der endnu udestår afklaring herom. Lønudgifterne vil senere skulle fordeles til Den Præhospitale virksomhed samt hospitalerne, når der foreligger et endeligt afklaret budgetteringsgrundlag.

De øvrige driftsudgifter vedrører blandt andet udgifter til kørselsordningen med hjemmebesøg, forbindsstoffer, udgifter til IT-drift mv. Der er derudover afsat 3 mio. kr. til anskaffelse af it-software, som afholdes i 2014.

Beløbet er en del af den samlede etableringsudgift på i alt 18 mio. kr. hvoraf 15 mio. kr., der afholdes i 2013, er afsat i 2. økonomirapport 2013, mens de nævnte 3 mio. kr. til it-software afholdes i 2014. Beløbet kan afholdes uden at belaste den forudsatte mindredrift på 15 mio. kr. i budgetforslaget for 2014, jf. ovenfor.

Etableringsudgifter (Mio. kr.)	2013	2014
udgifter til løn og uddannelse	5	-
Udgifter til IT mv	9	3
Etableringsudgifter i alt	15	3

Etableringsudgifterne omfatter dels udgifter til løn og uddannelse af personale i etableringsperioden. Derudover indgår udvikling og indkøb af den IT-mæssige understøttelse af det enstrengede og visiterede akutsystem, dels i Den Præhospitale Virksomhed og dels på akutmodtagelser og akutklinikker. Derudover indgår erhvervelse af hjertestartere til de kørende hjemmebesøg samt udgifter til ændring af vejledende skiltning på akutmodtagelser og akutklinikker.

Det kan derudover nævnes, at der i 2. økonomirapport 2013 og budgetforslaget for 2014 er i alt 10 mio. kr. (fordelt med 5 mio. kr. i hvert af årene) til gennemførelse af informationskampagne i forbindelse med indførelse af et enstrenget og visiteret akutsystem.

Det forudsættes, at den nærmere udmøntning af driftsudgifterne på de 140 mio. kr. i 2014 foretages i

Side 6 af 7

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

forbindelse med 1. økonomirapport 2014.

DIREKTØRGODKENDELSE

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales med tilføjelse af et supplerende pkt. 4 i indstillingen om, at Kvalitetsudvalget følger udviklingen med implementering af det enstrengede og visiterede akutsystem.

O (2) meddelte, at de vil stemme imod ved sagens behandling i regionsrådet.

C (2) meddelte, at de vil tilkendegive deres stilling til sagen ved regionsrådets behandling.

Birgitte Kjølner Pedersen (F) og Michael Lange (V) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Der var omdelt notat af 20. august 2013 vedr. kommunal medfinansiering. Nina Berrig (C) fremsatte forslag om, at sagen udsættes.

Regionsrådets formand satte C's forslag under afstemning.

For stemte: C (6) og O (4), i alt 10.

Imod stemte: A (12), B (3), F (6), V (6), Ø (1), Andreas Røpke (ufp), Karin Helweg-Larsen (ufp), i alt 30.

Undlod at stemme: 0.

I alt 40.

Regionsrådets formand satte herefter forretningsudvalgets indstilling under afstemning.

For stemte: A (12), B (3), F (6), V (6), Ø (1), Andreas Røpke (Ufp), Karin Helweg-Larsen (Ufp), i alt 30.

Imod stemte: C (6) og O (4), i alt 10.

Undlod at stemme: 0.

I alt 40.

Forretningsudvalgets indstilling var herefter tiltrådt. Regionsrådet noterer sig, at der er rettet henvendelse til Sundhedsministeriet med henblik på, at kommunerne kan holdes skadesløse for de økonomiske konsekvenser af omlægningen.

Jannie Hjerpe (F) deltog ikke i afstemningen.

Karin Dubin (A), Maja Holt Højgaard (A), Per Seerup Knudsen (A), Abbas Razvi (B), Lene Kaspersen (C), Ole Søbæk (C), Ellen Thrane (F), Lise Müller (F), Niels Borre (F) og Finn Rudaizky (O) deltog ikke i sagens behandling.

JOURNALNUMMER

13002308

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Bilag - Udkast til rapport om visiteret og enstrenget akutsystem i Region Hovedstaden (26-6-2013)

② 2. Notat af 6/8-2013 - Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) om etablering af enstrenget

③ 3. Notat af 20/8-2013 - Et-strengt akutsystem og kommunal medfinansiering

**Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem
Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget
akutsystem**

Region Hovedstaden

Enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden
August 2013

REGION

Enstrenget og visiteret akutsystem

Retningslinjer og principper
August 2013

Region Hovedstaden

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Indholdsfortegnelse

1. Enstrenget og visiteret akutsystem	3
2. Akuttelefonen 1813	4
2.1 Forventet aktivitet.....	4
2.2 Bemanding	4
2.3 Servicemål for besvarelse af opkald	5
2.4 Beslutningsstøtteværktøj	6
2.5 Rådgivnings- og visitationsmuligheder	7
2.5.1 Visitation til akutmodtagelse/-klinik	7
2.5.2 Forventet ventetid.....	7
2.5.3 Henvisning af akutte skader fra praksis til behandling på akutmodtagelse eller akutklinik	8
2.5.4 Visitation til lægebesøg	8
2.5.5 Lægebesøg på Bornholm	8
2.6 Dokumentation og registrering	10
2.7 Fysiske rammer.....	10
3. Akutmodtagelser og akutklinikker	11
3.1 Forventet aktivitet.....	11
3.2 Ankomst og registrering	12
3.3 Kommunikation	12
3.4 Venteområde.....	12
3.5 Behandling	12
3.6 Journalføring	13
3.6.1 Journalnotat.....	13
3.7 Bemanding	13
3.8 Organisation	13
3.9 Fysiske rammer.....	13
3.10 Håndtering af selvhenvendere	14
3.10.1 Kommunikation	14
4. IT og telefoni.....	15
4.1 Telefonsystem	15
4.2 It-understøttelse af Akuttelefonen 1813.....	15
4.2.1 1813 dokumentation – telefonlæge og kørende læge	15
4.2.2 Visitation og ventetidsoplysning.....	16
4.3 It-understøttelse i akutmodtagelse og akutklinik.....	16
4.3.1 Ankomst og modtagelse i akutmodtagelse og akutklinik	16
4.3.2 Dokumentation af konsultation.....	17
5. Økonomi.....	18
 BILAG - Notat om forventet aktivitet på Akuttelefonen 1813 og i akutmodtagelser/- klinikker	 19

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

1. Enstrenget og visiteret akutsystem

Borgere i Region Hovedstaden, der har behov for hjælp i tilfælde af sygdom eller skade, skal have let adgang til kompetent døgndækkende akutbetjening.

Det har siden vedtagelsen af de sundhedspolitiske hensigtserklæringer i forbindelse med regionens dannelse og Hospitalsplan 2007 været et mål, at regionens akutsystem skal være enstrenget, og at sammenlægning af akutmodtagelser/-klinikker og lægevagt skal indtænkes.

Regionsrådet besluttede på den baggrund på mødet den 12. marts 2013, at der med virkning fra 1. januar 2014 skal ske en organisatorisk og fysisk samordning af den overenskomstbestemte lægevagt med regionens øvrige akutte tilbud. Samtidig hermed skal regionen indføre en visiteret adgang til akutmodtagelse-/klinikker.

I overensstemmelse med anbefalingen fra regeringens udvalg om det præhospitale akutberedskab etablerer regionen hermed en entydig og visiteret adgang til akutsystemet, hvor lægevagtordningen samordnes med det øvrige akutsystem. Der er således i Region Hovedstaden kun én indgang for alle akutte patienter i vagttid.

Integreringen af lægevagten med regionens øvrige akutsystem indebærer:

- At lægevagts telefonkonsultation integreres i Akuttelefonen 1813, ved at der udover sygeplejersker også ansættes læger til at besvare de opkald, der kræver en lægelig vurdering.
- At akuttelefonen kan tilbyde akutte læge besøg i hjemmet, visitere til indlæggelse på hospital, henvise til akutmodtagelse-/klinikker, sundhedshuse og udskrive lægemidler (via lægerne).
- At lægevagts konsultationsopgaver ved personligt fremmøde integreres i akutmodtagelserne, akutklinikkerne, Sundhedshuset Helsingør og evt. kommende sundhedshuse.

Alt præhospitalt akutarbejde fra 112, akuthelikoptere, akutlægebiler, ambulancer med og uden paramediciner, psykiatrisk akutberedskab, liggende sygetransport samt rådgivning og visitationshjælp via akuttelefonen 1813 og lægevagtsopgaver med telefonkonsultation, hjemmebesøg mv. er herefter samlet i Den Præhospitale Virksomhed (DPV).

Denne rapport beskriver de nærmere retningslinjer og principper for den fremtidige opgaveløsning på området, som danner grundlag for implementeringen af den nye organisering pr. 1. januar 2014.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

2. Akuttelefonen 1813

Lægevagtens telefonkonsultation og opgaven med hjemmebesøg varetages organisatorisk af Den Præhospitale Virksomhed. Borgerne visiteres til akutmodtagelser og akutklinikker via forudgående henvendelse til 1813.

Sundhedskort & 1813

Telefonnummeret til 1813 skal, på lige fod med nummeret til egen læge, fremgå af borgernes sundhedskort.

Borgerne vil fremover kun skulle huske to telefonnumre, nemlig 112 ved akut livstruende sygdom og tilskadekomst, og 1813 til alt andet, herunder generel sundhedsfaglig rådgivning og visitation til relevante akuttilbud.

Uden for egen læges åbningstider er borgernes primære indgang til sundhedsvæsnet således Akuttelefonen 1813.

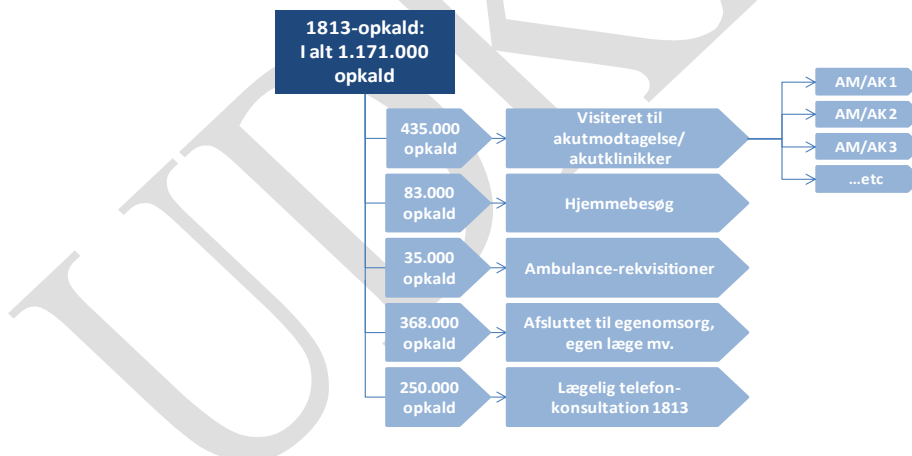
I dagtid skal borgerne uændret i tilfælde af akut sygdom og mindre skader rette henvendelse til egen læge.

2.1 Forventet aktivitet

Aktiviteten på akuttelefonen vil stige fra ca. 160.000 opkald om året til ca. 1,2 mio. opkald årligt.

Nedenstående figur illustrerer, hvorledes det samlede estimerede antal opkald til 1813 forventes at fordele sig på afledt opgavetype:

Figur 1



Som bilag vedlægges notat, der beskriver forudsætningerne for beregningen af den fremadrettede aktivitet på Akuttelefonen 1813 og de enkelte akutmodtagelser og akutklinikker.

2.2 Bemanding

Der ansættes flere sygeplejersker til at besvare de øgede antal opkald på akuttelefonen. Endvidere ansættes læger, som varetager de opkald i vagttid,

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

hvor der er behov for en lægelig vurdering og til at varetage opgaven med besøg i borgerens hjem.

Det vil fremover som i dag være en erfaren sygeplejerske med efteruddannelse i sundhedsfaglig telefonisk kommunikation og visitation, der besvarer borgerens opkald på 1813.

Antallet af sygeplejerskeårsværk vil stige fra ca. 25 aktuelt til ca. 77 efter udvidelsen af normeringen på akuttelefonen. Der ansættes ca. 18 lægeårsværk til telefonkonsultationerne og ca. 24 lægeårsværk til hjemmebesøgene. Lægerne og sygeplejerskerne skal have undervisning i Region Hovedstadens opbygning af forskellige sundhedstilbud.

Har borgeren behov for lægefaglig telefonkonsultation fx receptudskrivelse, særlige visitationsforhold eller specielt komplicerede faglige problemstillinger, konfererer sygeplejersken med en læge eller lægen kan overtage samtalen. Dette svarer til løsningen på 112, hvor sygeplejersker og AMK-lægen samarbejder om opkaldene. Derudover vil borgeren, hvis denne specifikt beder om at tale med en læge, få mulighed for dette.

I forhold til læger, som bemander Akuttelefonen 1813, og som udfører hjemmebesøg i vagttid forudsættes bl.a. følgende kvalifikationer:

- Bred erfaring i diagnostik, udredning og behandlingstiltag indenfor de store specialer.
- Erfaring med at rådgive og vejlede på individniveau.
- Indgående erfaring med direkte patientkontakt, herunder evt. telefonisk kontakt.
- Kan anvende elektroniske dokumentationssystemer.
- Evt. erfaring fra regelmæssig lægevagtskørsel eller telefonisk lægevagt .

2.3 Servicemål for besvarelse af opkald

Det nuværende servicemål for Akuttelefonen 1813 er, at 90 % af opkaldene skal være besvaret indenfor 2 minutter.

Seneste opgørelse for akuttelefonen viser, at den mediane besvarelsestid er 8 sekunder, og 90 % af alle opkald er besvaret indenfor 55 sekunder.

Det aktuelle servicemål for lægevagten i Region Hovedstaden er, at patienterne bør have kortest mulig ventetid, og at de oplyses om, hvilket nummer de er i køen.

Svartiderne for lægevagten i Region Hovedstaden er ifølge ”Årsberetning for lægevagten maj 2012”, at 63 % kommer igennem indenfor 1 minut, 73 % indenfor 2 minutter og 79 % inden for 3 minutter, 83 % inden for 4 minutter, og 92 % indenfor 8 minutter.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Som det fremgår af nedenstående oversigt, varierer servicemålet for regionernes lægevagts telefonkonsultationer.

Oversigt 1 - Servicemål for lægevagts telefonkonsultationer i de fem regioner

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Ventetid i telefonen	Det bør tilstræbes, at patienterne har kortest mulig ventetid, og at de oplyses om, hvilket nummer de er i køen	90 % af alle telefoniske henvendelser besvares inden 5 minutter	Fastlæggelse af servicemål for Region Nordjylland er under forhandling	80 % af alle telefoniske henvendelser besvares inden 5 minutter	80 % af opkaldene besvares indenfor 0-2 minutter 85 % → 2-3 minutter 90 % → 3-5 minutter

¹⁵ Oplysningerne vedr. servicemål er indhentet fra de gældende lægevagtsaftaler fra 2007.

Det forudsættes, at det fremtidige servicemål for akuttelefonen i Region Hovedstaden sættes til, at 90 % af opkaldene skal være besvaret indenfor 3 minutter. Med dette servicemål sikres fortsat hurtig svartid på 1813 og en serviceforbedring for den store gruppe borgere, som i dag ringer til lægevagten.

2.4 Beslutningsstøtteværktøj

1813 vurderer ud fra borgerens aktuelle behov, hvilke sundhedsfaglige tiltag, der er behov for, og hvor i sundhedsvæsenet problemet løses bedst og hurtigst.

Til brug for denne visitation har Den Præhospitale Virksomhed udviklet et beslutningsstøtteværktøj, der samtidig fungerer som dokumentation for beslutningen. Beslutningsstøtteværktøjet er udviklet med inspiration fra Region Skånes sundhedstelefon og ”Dansk Indeks for akuthjælp”. Anvendelsen af beslutningsstøtteværktøjet er med til at sikre patientsikkerheden, idet der systematisk spørges til borgerens sygdomshistorie, ved inddragelse af vitale parametre, og at der ydes sundhedsfaglig rådgivning ud fra et opdateret fagligt vidensgrundlag.

Det eksisterende beslutningsstøtteværktøj til sundhedsfaglig rådgivning på 1813 videreudvikles, så det passer til den enstrengede akutvisitation, herunder udbygning til brug for lægelig telefonkonsultation. Der vil endvidere være særlig fokus på at udspecificere kravene til udfaldsrummet omkring visitation til akutmodtagelse/akutklinik samt lægebesøg i hjemmet. Der vil løbende foregå en evaluering og monitorering af beslutningsstøtteværktøjet.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

2.5 Rådgivnings- og visitationsmuligheder

Akuttelefonen 1813 træffer på baggrund af de telefonisk indhentede oplysninger og ved hjælp af beslutningsstøtteværktøjet beslutning om, hvilken ydelse borgeren skal tilbydes:

- Telefonisk rådgivning om egen omsorg.
- Telefonisk rådgivning med udstedelse af recept.
- Opfordring til at henvende sig til egen læge i normal åbningstid.
- Omgående rekvirering af ambulance og eventuelt akutlægebil.
- Visitation til lægebesøg i hjemmet.
- Henvi sning til en specifik akutmodtagelse/akutklinik baseret på behandlingsbehov og aktuelle ventetider.
- Henvi sning til tandlægevagt.
- Henvi sning direkte til specialespecifik modtageafdeling (fx børnemodtagelse, gynækologisk-obstetrisk afd. m.v.).
- Henvi sning til indlæggelse på specificeret afdeling.
- Henvi sning til psykiatrisk telefonvisitation eller psykiatrisk akutberedskab (psykiatrisk udrykningstjeneste).

2.5.1 Visitation til akutmodtagelse/-klinik

Borgere, som Akuttelefonen 1813 henviser til videre vurdering og/eller behandling på akutmodtagelse / akutklinik, visiteres til:

- Et behandlerspor, som er beregnet til mindre skader og akut almen medicinsk behandling i vagttid på lige fod med den akutte behandling, som de praktiserende læger kan tilbyde i dagtiden.

Patienten tildeles som en ny service et kønummer / fremmødetid ud fra estimeret ventetid, jf. afsnit 2.5.2.

- Et 'vurderingsspor', hvor 1813 skønner, at der er behov for en hurtig vurdering af behandlingsbehov uden om køfunktionen.

Patienten instrueres derfor om at henvende sig snarest muligt på akutmodtagelsen/-klinikken. Triagen på akutmodtagelsen/-klinikken vil fastlægge, om der er behov for hastende behandling eller om patienten kan placeres i behandlersporet.

Såfremt patienten har behov for liggende transport, arrangeres dette af 1813. Siddende transport arrangeres af Central Visitationsenhed.

2.5.2 Forventet ventetid

Ved henvisning til behandling i akutmodtagelse eller akutklinik vil borgeren af akuttelefonen få oplyst et ca. tidsrum for, hvornår de kan forvente at blive behandlet.

Køfunktion & SMS

Der er en køfunktion på akuttelefonen, der fortæller, hvilket nummer borgeren er i køen. Ved mere end 10 i kø kan borgeren vælge at ringe senere, vente i telefonen eller indtaste telefonnummer, hvorefter akuttelefonen ringer tilbage indenfor 1 time. Der er desuden en SMS-funktion for døve.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Ordningen er en serviceforbedring, idet den gør det muligt for borgerne at afvikle noget af ventetiden i eget hjem.

Borgerne har derfor også en tilskyndelse til at benytte 1813 ved behov for akut hjælp.

Ved spidsbelastninger kan der fortsat forekomme ventetid for patienter med mindre alvorlige sygdomme og skader, da de patienter, der ud fra den sundhedsfaglige vurdering har de mest alvorlige tilstande, altid behandles først.

2.5.3 Henvisning af akutte skader fra praksis til behandling på akutmodtagelse eller akutklinik

Patienter med akutte skader, som ikke kan behandles i praksis i dagtid, kan alment praktiserende læge fortsat henvise direkte til akutmodtagelse/-klinik, uden at ringe til Akuttelefonen 1813 først.

Visitationen fra alment praktiserende læge kan også ske via 1813, hvorved der vil opnås den fordel, at borgeren bliver indplaceret i køen og dermed kan få mulighed for at vente hjemmefra. Henvendelse kan eventuelt ske ved sekretær i almen praksis eller af patienten selv.

Ved behov for indlæggelse kontakter alment praktiserende læge uændret CVI.

2.5.4 Visitation til lægebesøg

Borgerne vil også fremover have mulighed for at modtage akutte lægebesøg i hjemmet.

1813s visitation til lægebesøg i hjemmet, herunder også hospice, plejehjem og lignende, sker i de tilfælde hvor sygdommens karakter ud fra en sundhedsfaglig vurdering viser indikation for lægekonsultation, og hvor borgeren kun med betydelig helbredsmæssig gene kan bringes til eller ved egen hjælp kan komme i akutmodtagelse/-akutklinik. Dertil kommer aflæggelse af uopsættelige besøg i forbindelse med dødsfald.

Ved dødsfald kan lægen fremadrettet, hvor dette er forbundet med store ulemper for de pårørende at afvente besøg fra egen læge, undtagelsesvis udfylde dødsattestens første side. Såfremt afdøde har et indopereret elektronisk implantat der skal fjernes, skal dette foregå i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

2.5.5 Lægebesøg på Bornholm

På Bornholm kan den nye akutlægebil komme i spil til akutte hjemmebesøg. Til disse besøg kan akutlægebilen bemannes med de læger med almenmedicinske kompetencer, som ansættes til varetagelse af konsultation i akutmodtagelsen.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Lægerne anvendes primært til besøg af patienter i eget hjem i aften timerne.

Antallet af hjemmebesøg på Bornholm har været meget begrænset. I 2012 var der således kun 166 besøg.

Dertil kommer, at akutlægebilen bemannes med sygeplejersker, som har mulighed for telemedicinsk konference med AMK / 1813 som lægelig backup.

Ved mere akutte tilstande sendes akutlægebilen, som i resten af regionen. Til de meget få akutte hjemmebesøg om natten i forbindelse med tvangsindlæggelser. mv., søges en løsning med fx beredskabsvagt.

UDKAST

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

2.6 Dokumentation og registrering

Resultatet af 1813s rådgivning og visitation af borgeren registreres i it-systemet Logis Cad. Når der visiteres fra 1813 til en akutmodtagelse/-klinik, sendes en elektronisk henvisning fra LocisCad til Grønt System, jf. kapitel 4.

Derudover medsendes oplysninger om borgerens placering i køen og 1813s journalnotater. Herved opnås et enstrenget dokumentationssystem, der mindsker dobbeltregistreringer og fejl.

Der sendes endvidere ved ydelse af lægelig telefonkonsultation automatisk journalnotat fra 1813 til egen læge. Journalnotatet sendes som MedCom korrespondancemeddelelse.

2.7 Fysiske rammer

Den Præhospitale Virksomhed udbygger virksomheden i Ballerup med henblik på at samle AMK-Vagtcentralen og enstrenget akutsystem. Lokalerne er indflytningsklar primo december 2013. En samlet storrumsløsning muliggør udnyttelse af synergieffekter mellem nye og eksisterende funktioner.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

3. Akutmodtagelser og akutklinikker

Akutmodtagelserne og akutklinikkerne er udgangspunktet for diagnostik og behandling af akut sygdom og mindre skader uden for egen læges åbningstid.

Lægevagtens konsultationsopgaver ved personligt fremmøde integreres derfor pr. 1. januar 2014 i regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Dog vil funktionen ikke blive varetaget på Rigshospitalet.

Borgerne vil opleve, at de modtager behandling i ét samlet system ud fra deres behov, uanset om de henvender sig akut med en skade eller medicinsk sygdom i vagttid.

Akutte tilbud til somatiske patienter

Akutmodtagelserne på Hillerød, Herlev, Hvidovre, Bispebjerg, og Bornholm hospitaler er visiterede og har døgnåbent for modtagelse af alle akut syge og tilskadekomne patienter, da en bred vifte af lægelige specialer er til stede på akuthospitalerne, og derfor kan tilkaldes ved behov.

TraumeCenter og Akutmodtagelse er beliggende på Rigshospitalet. Her behandles kun svært tilskadekomne patienter, der ankommer med ambulance eller helikopter, samt visiterede skadepatienter.

Akutklinikkerne på Glostrup, Amager, Gentofte, Frederikssund og Frederiksberg hospitaler samt Sundhedshuset Helsingør har åbent for visiterede behandling af akutte skader og sygdom i tidsrummet 7.00-22.00.

Akutklinikkerne på hospitalerne har døgnåbent for indlæggelse af visiterede medicinske patienter. Gentofte og Glostrup hospitaler har endvidere døgnbemandede intensivafdelinger og specialfunktioner, som er døgnåbne for visiterede indlæggelser.

3.1 Forventet aktivitet

Det er ikke muligt at opgøre aktiviteten fordelt på de enkelte lægevagtskonsultationer, da PLO-Hovedstaden ikke opgør dette.

Det er forventningen, at der årligt totalt vil blive henvist ca. 235.000 patienter til akut almen medicinsk behandling uden for egen læges åbningstid.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Registrering

Patienter registreres ved, at deres sundhedskort scannes ved brug af en kortlæser, hvorefter henvisning og journalnotat fra 1813 kan ses på personalets skærme.

3.2 Ankomst og registrering

Ved ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik bydes patienten velkommen. Patienten registreres og oplyses om, hvorvidt de skal tage plads i venterummet eller de først skal have udført triage

Patienter, som er henvist til behandlersporet, triageres ikke ved ankomst på akutmodtagelse eller akutklinik, da de allerede via 1813 har fået tid til behandling.

Patienter med behov for vurdering triageres med henblik på at sikre, at de patienter, der har de mest alvorlige tilstande, behandles først.

3.3 Kommunikation

Region Hovedstaden har som servicemål, at 90 pct. af alle patienter skal have modtaget information om ventetid, herunder udviklingen i ventetiden. Servicemålet skal løbende monitoreres.

Der er derfor udarbejdet fælles regionale retningslinjer for patientkommunikation, herunder brug af infoskærme. Retningslinjerne har været afprøvet i et pilotprojekt på Herlev og Hvidovre hospitaler.

Retningslinjerne skal sikre ensartet information om ventetid, og forklaring på hvorfor der ved spidsbelastninger kan forekomme ventetid for patienter med mindre alvorlig sygdom og skader.

Det er vigtigt, at kommunikationen med patienterne forgår i overensstemmelse med regionens guide for patientkommunikation i akutmodtagelser/-klinikker.

3.4 Venteområde

Patienterne i akutmodtagelserne og akutklinikkerne venter i integrerede faciliteter, hvor der vil være sundhedsfagligt personale til stede i tilfælde af, at der sker en forværring i patienternes tilstand. Herved skabes tryghed og patientsikkerhed for alle akutte patienter.

3.5 Behandling

Der vil i vagttid i akutmodtagelserne/-klinikkerne være læge med almenmedicinske kompetencer, der selvstændigt kan udrede og behandle de hyppigst forekomne tilstande.

Ved ændret behandlingsbehov kan inddrages andre (evt. mere specialiserede) kompetencer i behandlingsindsatsen, idet det forudsættes, at der er et udstrakt samarbejde på tværs af de forskellige behandlerspor i akutfunktionerne.

De enkelte hospitaler skal udarbejde lokale retningslinjer for samarbejdet, herunder speciallæge tilsyn, diagnostik og sygeplejefaglig bistand mv.

Forventet ventetid & behandlingsstart

Behandlingsstart registreres med henblik på beregning af den forventede ventetid.

Registreringen sker elektronisk fx scanning af patientens sundhedskort i undersøgelses- og behandlingsrummet eller ved at scanne streghkode på patientjournalen.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Kendskab til retningslinjerne skal indgå i introduktionsforløbet for det personale, der indgår i undersøgelser og behandling i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

3.6 Journalføring

Krav til journalføring i akutmodtagelserne/-klinikkerne vil nærmere blive fastlagt med henblik på at sikre ensartet kvalitet og øget patientsikkerhed i det enstrengede akutsystem.

Oplysningerne i journalen vil være elektronisk tilgængelige for det øvrige personale i akutmodtagelser og akutklinikker, hvilket understøtter øget integration af den akutte behandling i vagttid.

3.6.1 Journalnotat

Ved afsluttet behandling i akutmodtagelsen/-klinikken sendes journalnotat automatisk til patientens egen læge.

Elektronisk skema til journalføring

Der udarbejdes et elektronisk skema til journalføring, der skal understøtte systematisering af de faglige ydelser, registrering og det individuelle lægefaglige skøn.

3.7 Bemanding

Behandlingen af akutte patienter med alment medicinske sygdomme i vagttid tilstræbes varetaget af læger med almenmedicinske kompetencer, gerne med erfaring fra praksissektoren.

Lægen skal selvstændigt kunne udrede, vurdere hvornår der er behov for at inddrage speciallæger i grenspecialerne og færdigbehandle de hyppigst forekomne alment medicinske tilstande.

Med henblik på at varetage de nye opgaver i akutmodtagelserne/-klinikkerne ansættes ca. 26 lægeårsværk og ca. 17 sygeplejerske-/lægesekretærårsværk.

3.8 Organisation

Lægerne med alment medicinske kompetencer ansættes på hospitalerne og indgår således som en integreret del af hospitalernes organisation og ledelsesmæssige system.

Hermed opnås optimal kvalitet og arbejdsdeling, idet der drages nytte af de alment medicinske kompetencer i samspil med de øvrige faglige kompetencer og udstyr i akutmodtagelsen/-klinikken.

3.9 Fysiske rammer

Konsultationslokalerne for patienter med alment medicinske sygdomme skal være forsynet med de nødvendige moderne faciliteter.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

For at opnå optimal synergieffekt af integration af denne patientgruppe i akutmodtagelser og akutklinikker skal konsultationslokalerne placeres i fysisk sammenhæng med de øvrige undersøgelses- og behandlingsrum i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

3.10 Håndtering af selvhenvendere

Hvis patienter henvender sig uden at ringe først, eller møder op på en anden akutmodtagelse eller akutklinik end de er henvist til af 1813, vil de fortsat blive modtaget, få foretaget en sundhedsfaglig vurdering af hastegraden af deres behandlingsbehov og få tilbudt behandling i henhold hertil.

Patienten vil blive oplyst om fordelene ved fremadrettet at ringe først. Dels at de ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil blive tilbudt den rette behandling på det rette sted, dels at deres ventetid vil kunne starte ved visitation fra 1813 og dermed inden ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik.

3.10.1 Kommunikation

Der gennemføres en informationskampagne med henblik på at sikre, at borgere, kommuner m.v. har kendskab til det nye enstrengede og visiterede akutsystem i Region Hovedstaden.

Udviklingen i antallet af selvhenvendere på akutmodtagelser og akutklinikker vil løbende blive monitoreret med henblik på at kunne følge udviklingen og evaluere informationskampagnen.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

4.IT og telefoni

Etableringen af et enstrenget og visiteret akutsystem kræver en række udbygninger af de eksisterende it- og telefoniløsninger i Den Præhospitale Virksomhed og på hospitalerne. Udbygningerne skal sikre håndtering af det øgede antal opkald til 1813, dokumentation af sundhedsydelse, visitering samt beregning og oplysning om forventede ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker.

De grundlæggende IT-funktionaliteter til registrering og visitering fra 1813 vil være på plads til 1. januar 2014, mens de mere avancerede funktionaliteter implementeres i løbet af 2014.

4.1 Telefonisystem

Det eksisterende 1813 call-center udbygges, således at det kan håndtere den forventede stigning i antallet af opkald på akuttelefonen.

4.2 It-understøttelse af Akuttelefonen 1813

Det it-system, som allerede i dag benyttes på Akuttelefonen 1813 (LogisCAD), udvides og videreudvikles, således at den understøtter dokumentation af lægelig telefonkonsultation og lægebesøg. Endvidere udnyttes den allerede eksisterende synergieffekt mellem systemerne for Akuttelefonen 1813 og 112 med tilhørende logistiksystem inkl. LogisCAD, således at også hjemmebesøg kan disponeres fra samme sted.

4.2.1 1813 dokumentation – telefonlæge og kørende læge

Både telefonlæger og kørende læger skal dokumentere i LogisCAD (herefter benævnt 1813-systemet) i et nyoprettet område. Der er fuld adgang til 1813-personalets notater, beslutningsstøtte og historik, hvis borgeren tidligere har været i kontakt med 1813.

Visning eller registrering af medicinoplysninger sker i første omgang i FMK online og på længere sigt direkte i 1813-systemet gennem en integration til FMK. Den fungerer allerede i dag og er uafhængig af det igangværende FMK-projekt i Region Hovedstaden.

For kørende læger er der mulighed for midlertidigt at arbejde offline, hvis ikke der er forbindelse fra PC til server. Når forbindelsen automatisk genetableres, synkroniseres informationerne med LogisCAD.

Der etableres integrationer fra 1813-systemet til de systemer, som skal modtage eller hente oplysninger vedrørende den lægelige konsultation:

- Adgang til ydernummer-register og patienttilknytning via den Nationale Serviceplatform (NSP), som også faciliterer adgangen til FMK.
- Indberetning til Landspatientregister (LPR) for afregning og publicering på sundhed.dk via integration til Grønt System,.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

- Indberetning af influenzalignende symptomer til Statens Seruminstitut.
- Advisering af egen læge (journalnotat).

4.2.2 Visitation og ventetidsoplysning

1813-medarbejderen ser den aktuelle ventetid på de respektive akutmodtagelser og -klinikker i 1813-systemet og oplyser på det grundlag borgeren om den forventede ventetid og anbefalede mødetid.

1813-systemet rummer allerede i dag oplysning om ventetider, men de er aktuelt baseret på, at personalet i akutmodtagelser og akutklinikker løbende monitorerer og manuelt indberetter ventetiderne i 1813-systemet.

I 2014 beregnes ventetiden automatisk som en funktion af antallet af henviste og tidstro registrering af tidspunkt for ankomst og behandlingsstart i akutmodtagelse/-klinik.

Løsningen understøtter direkte henvisning til en bestemt akutmodtagelse/-klinik og placering af borgeren i køen for det pågældende sted.

4.3 It-understøttelse i akutmodtagelse og akutklinik

4.3.1 Ankomst og modtagelse i akutmodtagelse og akutklinik

Til brug for ventetidsberegningen placeres infostandere/kortlæsere i alle akutmodtagelser og akutklinikker.

Patienten registreres ved ankomst af det modtagende personale, som scanner patientens sundhedskort.

Personalet får på deres skærme oplyst, om patienten er henvist til behandlerspor eller vurderingsspor.

Derudover placeres kort- eller stregkodelæsere ved undersøgelses/-behandlingsrum til automatisk registrering af behandlingsstart.

Det modtagende personale i akutmodtagelsen/-klinikken får en oversigt i Grønt System/Opus Notat over, hvilke patienter der er visiteret fra 1813 og deres placering i køen, herunder eventuelt patienter, som er visiteret til vurderingsspor.

Oplysninger udveksles gennem integrationer mellem 1813-systemet og hospitalssystemerne:

- I 1813-systemet dannes en henvisning, som sendes elektronisk til Grønt System. Henvisningen indeholder navn og adresseoplysninger, diagnosekode, anamnese og lokationsnummer,
- Oplysninger til brug for ventetidsberegningen overføres elektronisk fra enten infostandere/kortlæsere eller Grønt System til 1813-systemet.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

4.3.2 Dokumentation af konsultation

Konsultationen i akutmodtagelsen/-klinikken dokumenteres i elektronisk skema til journalføring, som afspejler den vedtagne registrerings- og dokumentationspraksis og hjælper brugeren igennem så hurtigt og smidigt som muligt, jf. afsnit 3.6.

Medicinoplysninger læses og registreres i FMK Online, da det vil spare tid i forhold til at skulle gå over i hospitalernes medicinmodul (EPM), og da der ikke er noget krav om at benytte EPM, så længe patienten ikke er indlagt.

Ved behov for ekstra ydelser – fx røntgen eller blodprøvesvar – bestiller lægen ydelserne i Grønt System/Opus. Alternativt – hvis det kan vente til en anden dag – udarbejdes en henvisning i GS!åben/Opus.

Der indberettes til LPR og sendes besked til praktiserende læge gennem de allerede eksisterende snitflader fra Grønt System.

UDKAST

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

5. Økonomi

De årlige driftsudgifter ved etablering af et enstrenget og visiteret akutsystem i Den Præhospitale Virksomhed og på hospitalerne vurderes at kunne rummes inden for 140,4 mio. kr. i 2014 faldende til 137,0 mio. kr. i 2015 og frem. Heraf udgør lønudgifterne skønsmæssigt 116,3 mio. kr. og øvrige driftsudgifter ca. 20,8 mio. kr.

Årlige driftsudgifter	2014	2015 og frem
Lønudgifter	116,3	116,3
Øvrige driftsudgifter	20,8	20,8
Tidsforskydning mv	3,4	-
I alt	140,4	137,0

Lønudgifter vedrører den aktuelle opgørelse af udgifterne til:

- Bemanding til de udvidede opgaver vedrørende 1813 inkl. lægelige telefonkonsultationer (Den Præhospitale Virksomhed),
- Bemanding af de kørende hjemmebesøg (Den Præhospitale Virksomhed) samt
- Integration af de nuværende lægevagtskonsultationer i akutmodtagelser og akutklinikker (hospitalerne).

De øvrige driftsudgifter vedrører blandt andet udgifter til kørselsordningen hjemmebesøg, forbindsstoffer, udgifter til IT-mæssig understøttelse mv.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

BILAG – ”Notat om forventet aktivitet på Akuttelefonen 1813 og i akutmodtagelser/- klinikker”

Dette notat redegør for de volumenmæssige forudsætninger i forbindelse med integrationen af den overenskomstbestemte lægevagt med Region Hovedstadens øvrige akutte tilbud.

Med henblik på at estimere den samlede volumen i antallet af henvendelser til akuttelefonen, er aktiviteten i 2012 for henholdsvis lægevagtydelser, uvisiteret aktivitet i akutmodtagelser og akutklinikker samt nuværende opkaldsmønster til akuttelefonen, opgjort.

I 2012 udgjorde den samlede aktivitet:

	Antal
Lægevagtsopkald	811.312
Akuttelefonen - helårsniveau	159.536
S-kontakter AM/AK 2012*	274.066
I alt	1.244.914

** ikke ambulanceindbragte patienter er estimeret til 80% af alle s-kontakter*

Ovenstående danner således udgangspunkt for forventningen til den fremtidige opkaldsvolumen.

Estimeret opkaldsvolumen

Den samlede opgavevolumen er estimeret ud fra, at antallet af opkald til lægevagten og akuttelefonens nuværende antal opkald forventes uændret.

Derudover er det forudsat, at det samlede antal skadestuekontakter, som ikke er indbragt med ambulance, udgør den andel, der fremadrettet skal indgå i den visiterede adgang. I 2012 udgjorde ikke-ambulanceindbragte skadestuekontakter 274.066.

	Antal
S-kontakter AM/AK 2012	274.066
- Andel visiteret via 1813 i 2012	-25.526
- Andel fortsatte selvhenvendere	-49.332
Visiteres til AM/AK fra 1813	199.208

Antallet af ikke-ambulance indbragte skadestuekontakter er herefter korrigeret for den andel som 1813 i dag allerede visiterer til akutmodtagelserne og akutklinikkerne, svarende til 16 %. Derudover er der korrigeret for en estimeret andel af kontakter, som fortsat vil henvende sig til akutmodtagelserne og akutklinikkerne uden forudgående kontakt til 1813, svarende til 15-20 %. Sidstnævnte er estimeret på baggrund af erfaringer for nuværende niveau i Region Sjælland.

I estimeringen af opkaldsvolumen er der ikke korrigeret for de S-kontakter, som er henvist til akutmodtagelser og akutklinikkerne via den nuværende lægevagtsordning, idet det ud fra det eksisterende datagrundlag ikke er

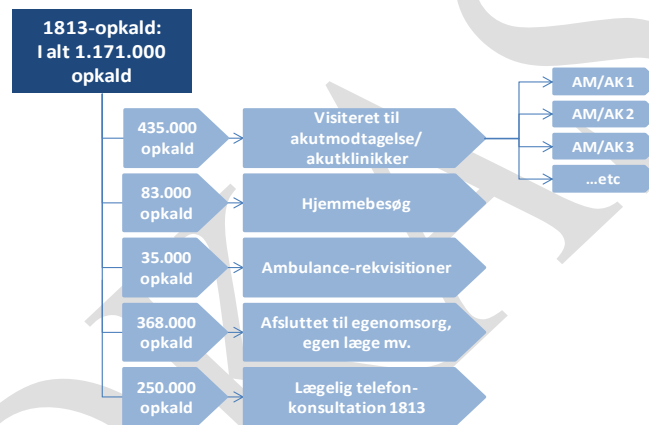
Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

muligt at opgøre lægevagts henvisningsmønster. Andelen vurderes dog som relativt begrænset.

Den Præhospitale Virksomhed har på baggrund af ovenstående foretaget en estimering af den samlede volumen i antallet af henvendelser til 1813 samt de afledte effekter på patientstrømme og typer af henvendelser, svarende til i alt 1.171.000 opkald.

	Antal opkald
Lægevagtsopkald	811.000
Akuttelefonen	160.000
Visiteret adgang	200.000
i alt	1.171.000

Nedenstående figur illustrerer, hvorledes det samlede estimerede antal opkald til 1813 forventes at fordele sig på afledt opgavetype:



Nedenfor er forudsætningerne i ovenstående figur nærmere beskrevet.

Visiteres til akutmodtagelser og akutklinikker

Af de forudsatte 1,2 mio. opkald til akuttelefonen er det forudsat, at ca. 37 % af opkaldene, svarende til 435.000 opkald vil medføre visitation til akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

Antallet er estimeret ud fra det nuværende niveau for lægevagtskonsultationer, som forventes at fortsætte på et relativt uændret niveau, svarende til 235.000 opkald.

Hertil kommer antallet af ikke-ambulanceindbragte S-kontakter i akutmodtagelserne og akutklinikkerne, korrigeret for den procentandel, som akuttelefonen i dag allerede henviser hertil, samt for en skønnet andel af S-kontakter, som må forventes fortsat at møde op på akutmodtagelserne og akutklinikkerne uden forudgående kontakt med 1813, trods indførelse af visiteret adgang.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Det forventede antal opkald, som visiteres til akutmodtagelserne og akutklinikkerne - som følge af visiteret adgang - udgør således ca. 200.000 opkald.

Aktivitet i Akutmodtagelser og akutklinikker som følge af integrering lægevagts konsultationsopgaver ved personligt fremmøde

Det forudsættes, at besøgene varetages på alle akutmodtagelserne og akutklinikkerne, fraset på Rigshospitalet.

Med henblik på at estimere det antal besøg, som fremadrettet integreres i akutmodtagelserne og akutklinikkerne, er der foretaget en opgørelse af den nuværende aktivitet i de PLO drevne lægevagtskonsultationer.

I det eksisterende datagrundlag for lægevagtsydelse er det ikke muligt at identificere, hvor i regionen de faktiske lægevagtskonsultationer finder sted. Opgørelsen er derfor foretaget på baggrund af patientens bopælskommune og fordelt til hospitalerne efter optageområder.

Ved denne fordeling er der risiko for, at aktiviteten særligt på Bornholm undervurderes, idet der ved denne metode ikke tages højde for væksten i befolkning i sommerperioderne. Derfor er der foretaget en analyse, hvor fordelingen af lægevagtskonsultationer efter bopælskommune er sammenlignet med en fordeling efter andelen og månedsfordelingen af S-kontakter i akutklinikken. Sammenligningen giver ikke umiddelbart anledning til ændringer i fordelingen baseret på bopælskommune.

Endvidere er der i fordelingen af aktivitet til akutmodtagelserne og akutklinikkerne taget højde for effekterne af mindre ændringer i åbningstiderne. Det betyder, at den aktivitet, der falder udenfor den fremadrettede åbningstid på akutklinikkerne, er tilført akutmodtagelsen indenfor eget planområde. For Bornholm er der dog ikke foretaget omfordeling til andet hospital.

Opgørelsen af den samlede forventede aktivitet i akutmodtagelserne og akutklinikkerne som følge af integrering af lægevagts konsultationsopgaver fremgår nedenfor:

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Planområde	Hospital	Antal besøg
Bornholm	Bornholm	5.539
Byen	Bispebjerg	35.170
	Frederiksberg	13.311
Midt	Gentofte	19.651
	Herlev	38.979
Nord	Frederikssund	9.673
	Helsingør	16.316
	Hillerød	17.346
Syd	Amager	23.677
	Glostrup	24.099
	Hvidovre	31.239
i alt		235.000

Visiteres til hjemmebesøg

Af de 1,2 mio. opkald til akuttelefonen forventes de 83.000 visiteret til et hjemmebesøg, svarende til ca. 7 % af opkaldene.

Forudsætningen om 83.000 hjemmebesøg tager udgangspunkt i det nuværende niveau for vagtlægens hjemmebesøg og forventes uændret ved implementeringen af et enstrenget akutsystem.

Visiteres til ambulance

Af de 1,2 mio. opkald til akuttelefonen forventes ca. 35.000 af opkaldene at have behov for ambulancehjælp, evt. akutlægebil.

Forudsætningen baserer sig på det nuværende niveau for visitation til 112 via 1813 svarer til ca. 3 % af de nuværende opkald. Det er således forudsat, at dette niveau forbliver uændret ved indførelse af et enstrenget akutsystem.

Afsluttes telefonisk af 1813

Det forventes, at langt hovedparten af opkald, hvor der er behov for visitation til akutmodtagelse/akutklinik og/eller lægebesøg i hjemmet kan visiteres af de visiterende sygeplejersker i 1813.

Andelen af opkald, der ikke visiteres til akutmodtagelse/akutklinik, hjemmebesøg eller medfører en 112-rekvisition, udgør herefter 53 % af den samlede opkaldsvolumen, svarende til 618.000 opkald.

Afsluttes telefonisk til egenomsorg og andre udfald

Baseret på erfaringer for de nuværende opkalds udfaldsmønstre på akuttelefonen forventes ca. 30 % af den samlede opkaldsvolumen til akuttelefonen, svarende til i alt 368.000 opkald, afsluttet telefonisk af en sygeplejerske ved 1813. Enten til egenomsorg efter sundhedsfaglig rådgivning eller med råd om at kontakte egen læge, tandlæge eller anden sundhedsfaglig ekspertise.

Forudsætningen om 30 % af de samlede opkald til 1813, som afsluttes telefonisk forudsættes således uændret.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Lægelig telefonkonsultation ved 1813

Af de i alt forudsatte 1,2 mio. opkald til akuttelefonen er det forudsat, at der for ca. 20 % af opkaldene, er behov for lægelig telefonisk vurdering og rådgivning uden for egen læges almindelige åbningstid, herunder receptudskrivning. Antallet af opkald, hvor der forventes et behov for lægelig rådgivning udgør således 250.000 opkald, eller 40 % af det samlede antal opkald, som afsluttes telefonisk via 1813 og ca. 30 % af de samlede antal opkald til den nuværende lægevagtsordning.

Forudsætningerne for lægelige telefonkonsultationer baserer sig på et skøn, da der på nuværende tidspunkt ikke forefindes entydig ydelsesregistrering som kan anvendes som udgangspunkt for et faktisk niveau.

På baggrund af en undersøgelse af kontakt- og sygdomsmønster af lægevagten i Region Midt vurderes det dog, at ca. 30 % af henvendelserne burde have kontaktet egen læge i stedet. Disse opkald forudsættes således håndteret af sygeplejerskerne i akuttelefonen. Dertil kommer, at en vis andel af de nuværende telefonkonsultationer i lægevagts vurderes at kunne blive håndteret af sygeplejerske ved 1813.

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem



Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet

Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon + 45 38 66 60 00

Direkte 38666019

Web www.regionh.dk

Journal nr.: XXX

Ref.: Rikke Skaaning Andersen

Dato: 6. august 2013

NOTAT

Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) om etablering af enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden

Regionsrådsmedlem Lene Kaspersen bad den 23. april 2013 om at få en sag sat på regionsrådets dagsorden om enstrenget og visiteret akutsystem. Det fremgik af Lene Kaspersens henvendelse, at der efter et møde i Samarbejdsudvalget med praksissektoren var ”nogle uafklarede spørgsmål, som kan have interesse for hele regionsrådet:

- Hvor mange sygeplejersker og hvor mange læger skal der ansættes i 1813?
- Hvordan vil man sikre kompetente sygeplejersker i 1813, når de ikke er uddannet til diagnosticering og behandling?
- Hvordan vil man sikre almene medicinske kompetencer i akuttelefonen?
- Hvis man ikke vil ansætte almene medicinere i disse funktioner, hvordan vil man så sikre, at de pågældende læger får almene medicinske kompetencer?
- Fra 1. januar bliver 1813 visiterende – er man sikker på, at der ikke sker fejlagtige afvisninger?
- Og hvis en familie bliver afvist i 1813, og mener situationen er alvorlig, kan de så tage til akutfunktionen uden at blive afvist igen, fordi de skulle ringe først?”

Regionsrådet behandlede Lene Kaspersens henvendelse på mødet den 14. maj 2013, sag nr. 29. I mødesagen besvaredes spørgsmål b, e og f.

Regionsrådet tiltrådte indstillingen om:

”at nærværende besvarelse af de af Lene Kaspersen stillede spørgsmål tages til efterretning, samt at besvarelse af de øvrige spørgsmål sker i forbindelse med regionsrådets behandling i august måned af etableringen af et enstrenget akutberedskab i Region Hovedstaden.”

I nærværende notat besvares derfor i det følgende spørgsmål a, c og d.

Ad spørgsmål a) ”Hvor mange sygeplejersker og hvor mange læger skal der ansættes i 1813?”

Punkt nr. 16 - Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for enstrenget akutsystem

Antallet af sygeplejerskeårsværk vil stige fra ca. 25 aktuelt til ca. 77 efter udvidelsen af normeringen på akuttelefonen. Der ansættes ca. 18 lægeårsværk til telefonkonsultationerne og ca. 24 lægeårsværk til hjemmebesøgene.

Ad spørgsmål c) ”Hvordan vil man sikre almene medicinske kompetencer i akuttelefonen?”

Der ansættes speciallæger med almenmedicinske kompetencer.

Ad spørgsmål d) ”Hvis man ikke vil ansætte almene medicinere i disse funktioner, hvordan vil man så sikre, at de pågældende læger får almene medicinske kompetencer?”

Jf. ovenstående søges stillingerne besat med speciallæger med almenmedicinske kompetencer. Læger der ansættes forudsættes bl.a. at have bred erfaring i diagnostik, udredning og behandlingstiltag indenfor de store specialer. Herudover er erfaring fra regelmæssig lægevagtskørsel eller telefonisk lægevagt en fordel.

Der henvises herudover til rapport om retningslinjer og principper for enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden.

Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 1 - Side 1 af 2

Forretningsudvalget den 17. september 2013.

Generel orientering fra Ledelsen.

Forslag til ny administrativ organisering i regionen

Koncerndirektionen har 4. september sendt forslag til ny administrativ organisering i høring i MED-organisationen. De nuværende administrative 9 stabsfunktioner og virksomhederne IMT (it, medico og Telefoni) samt virksomheden HR- og Uddannelse bliver fra 1. januar 2014 samlet i centre og et sekretariat – Center for Sundhed, Center for Økonomi, Center for Region Udvikling, Center for HR og Center for Kommunikation samt Sekretariatet.

Forslaget skal skabe større og mere fagligt baserede enheder i administrationen og en mere effektiv organisation. Forslaget rummer tiltag som skal sikre:

- 1) en kvalitets forbedring i betjening af såvel politisk som administrativt niveau,
- 2) en fladere og slankere organisation, samt
- 3) overvinde de uhensigtsmæssigheder den hidtidige opdeling mellem stabs- og støttefunktioner har skabt, herunder dobbeltarbejde og snitfladeproblemer.

De enkelte centre vil fremover varetage både stabs-, støtte- og koordineringsfunktionerne på de enkelte områder. Således samles den faglige ekspertise, samtidig med at der fordres bedre tværgående arbejde mellem centrene for at få en optimal opgaveløsning. Centerdirektørerne vil få reference til koncerndirektionen.

Forslaget skal endvidere give færre ledelsesfora og en forenklet mødestruktur i regionens ledelse, der kan bidrage til en tættere kommunikation mellem ledelse og medarbejdere og mellem hospitaler, centre og koncerndirektion.

Forslaget er nu sendt i høring i MED-organisationen. Organisationsændringen følger regionens personalepolitiske principper således, at medarbejdere og ledere i udgangspunktet følger deres opgave, og der forventes ikke afskedigelser som følge af planen.

Til forretningsudvalget og regionsrådets møde i oktober vil der blive forelagt en beslutningssag om de nye administrative centre og den nye stillingsstruktur.

For at realisere organisationsændringen og etablere de nye centre pr. 1. januar, vil der i september og oktober ske internt opslag af to stillinger som direktør for henholdsvis Center for Sundhed og Center for HR, mens to stillinger som direktør for henholdsvis Center for Økonomi og Center for Regional udvikling vil blive sendt i eksternt opslag.

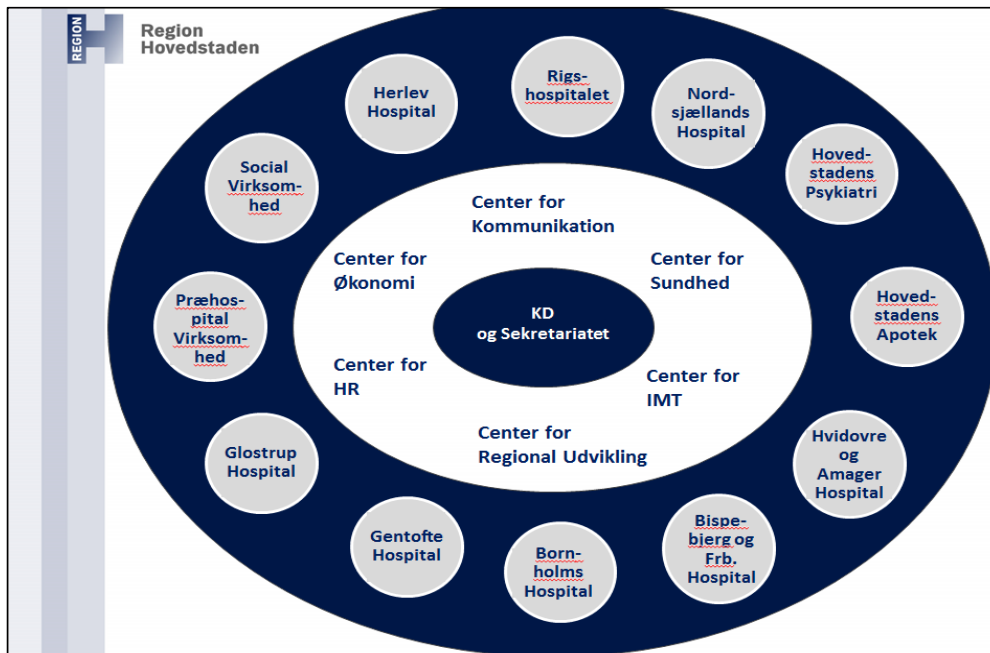
Med gennemførelse af forslaget opnås der en varig rationaliseringsgevinst på 10 mio. kr.

./ det nye organisationsdiagram.

Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 1 - Side 2 af 2

Det nye organisationsdiagram pr. 1. januar 2014:



Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 1 af 12

It, Medico og Telefoni

Overordnet status på drift og udvikling Juli 2013

REGION

Overordnet status på drift og udvikling

Juli 2013

It, Medico og Telefoni

Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 2 af 12

Overordnet status på drift og udvikling Jul 2013

Indholdsfortegnelse

1	BASISDRIFT	3
1.1	Svartider på top 11-systemer	3
1.2	Strømkapacitet	3
1.3	Storagekapacitet	4
2	HÅNDBTERING AF HENVENDELSER	5
2.1	Antal registrerede sager	5
2.2	Håndtering af telefoniske henvendelser i Servicedesk	5
2.3	Håndtering af telefoniske henvendelser i Klinisk Programhjælp	6
3	STØRRE AKTIVITETER	7
3.1	Driftshandleplanen	7
3.2	Effektiv Systemadgang (ESA)	7
3.3	Sundhedsplatformen	8
3.4	Forankringsgruppe for it, medico og telefoni i byggerierne (FIMT)	8
3.5	Medico Apparaturregistreringssystem (MARS)	9
3.6	Fælles Medicin Kort (FMK)	9
3.7	Fælles røntgeninformationssystem (RIS) og fælles billedarkiv (PACS)	9
3.8	Indsats for forbedring af sagsbehandling i IMT Servicedesk	
	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.	

Dette er 6. afrapportering vedrørende udviklingen i driften, sagshåndteringen, væsentligste aktiviteter samt driftsforbedrende tiltag og udviklingstiltag for It, Medico og Telefoni i Region Hovedstaden. Terminologien i rapporten følger "ITIL", der er en international best practice for levering af it-services.

IMT er dannet ved sammenlægning af it-enheder med forskelle i systemunderstøttelse, dataregistrering og arbejdsgange, hvorfor datagrundlaget for rapporten ikke i alle tilfælde er fuldt dækkende og retvisende. IMT arbejder løbende på at konsolidere og forbedre datagrundlaget med henblik på at sikre højere kvalitet i rapporteringerne.

Direktionen IMT

Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 3 af 12

1 BASISDRIFT

1.1 Svartider på top 11-systemer

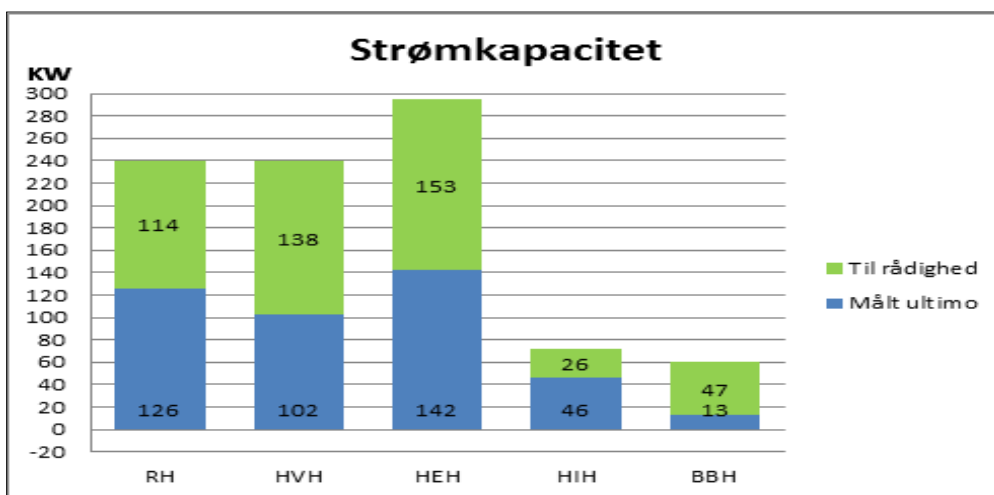
Svartider på top 11-systemer er pt. de mest retvisende målinger i forhold til brugernes oplevelse af systemerne. Det skal bemærkes, at målingerne foretages i krydsfeltet på de enkelte virksomheder og derfor ikke omfatter de forsinkelser, der måtte opstå lokalt i processen fra krydsfeltet til brugerens pc (det kan være forsinkelser i lokal kabling, lokalt netværksudstyr, gamle pc'er mv.).

Svartider på udvalgte top 11-systemer for maj til juli 2013 er af hensyn til præsentationens format vedlagt som bilag (Bilag 1). Svartid er den ventetid, der er på en specifik handling i systemet – eksempelvis den tid der går, fra brugeren har indtastet sit password, til systemet er tilgængeligt (svartid på login). I rapporteringen er der fastlagt tærskler for datatunge handlinger (15 sek.) og standardhandling (3 sek.), og tabellerne viser, hvor stor en andel af målingerne, der lever op til tærskelværdierne (grøn = over 95 %; gul = 90-95 %; rød = under 90 %).

Der bemærkes igen en positiv udvikling i svartid på login for EPM3. Forbedringen skyldes et selvstændigt driftsinitiativ og konsolideringsaktiviteter i regi af Driftshandleplanen. Driftsinitiativet blev implementeret januar og har betydet, at login for EPM3 er mere end halveret fra ca. 30 sekunder i januar 2013 til ca. 11 sekunder i juli 2013. Der arbejdes med yderligere performanceforbedringer, der forventes idriftsat i produktion i løbet af de kommende måneder. Svartidsmålingerne for Blodinfo (Blod) viser en negativ udvikling i svartiderne for CPR-søgning i juni og juli, hvor mindre end 90 % af målingerne lever op til tærskelværdierne. Blodinfo2 er i proces med at blive implementeret, og der er en klar forventning om, at implementeringen vil forbedre svartiden markant. Blodinfo2 forventes endeligt implementeret medio september 2013.

1.2 Strømkapacitet

Figuren viser forbrugt og ledig strømkapacitet på regionens tre primære og to sekundære datacentre ultimo juli 2013. Alle datacenterne lever op til målsætningen om en udnyttelse af strømkapaciteten på maks. 90 %. I regi af Driftshandleplanen blev kapaciteten på HVH i juni udvidet med et nyt moderne serverrum etableret som en del af datacenteret på HVH. Dermed er kapacitetsproblemet på HVH løst, ligesom der dermed er skabt den fornødne plads og kapacitet til diverse konsolideringstiltag samt til den nye Sundhedsplatform og regionens it-vækst i øvrigt.



Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 4 af 12

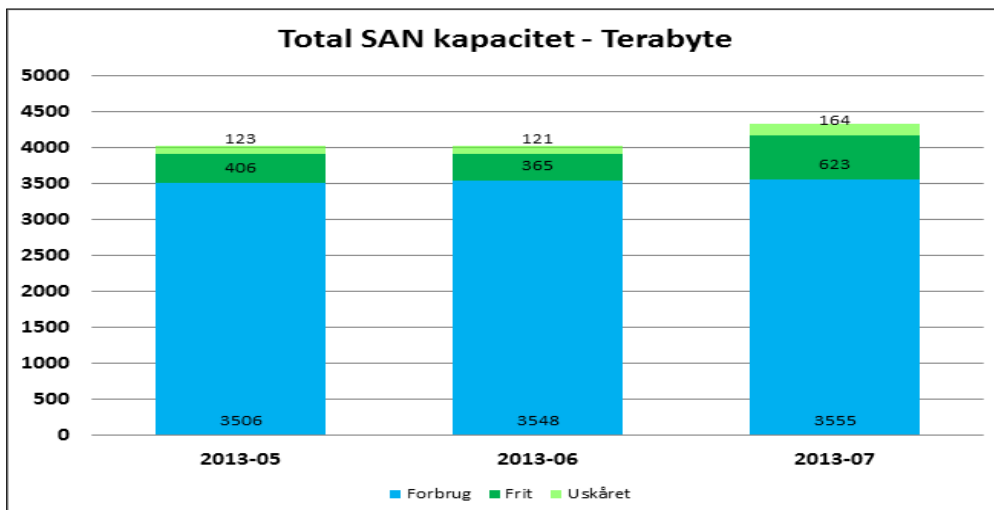
Overordnet status på IT og udvikling Jul 2013

1.3 Storagekapacitet

I regi af bl.a. Driftshandleplanen pågår der aktuelt en række konsoliderings- og effektiviseringsinitiativer vedrørende storage. Konsolideringen skal bidrage til at optimere anvendelsen af storage og sikre kapacitet til det generelt stigende storageforbrug.

Region Hovedstaden har en samlet storagekapacitet på ca. 4.400 TB fordelt på forskellige lagre i de tre datacentre. Den totale SAN kapacitet fordeles på 44 lagre på flere lagringsenheder. Driften af lagringsenhederne til PACS og ESA håndteres af leverandørerne Agfa og NNIT. Nedenstående graf viser udviklingen i regionens samlede anvendte og ledige lagringskapacitet.

Det bemærkes, at der fra maj til juli er skabt øget lagringskapacitet. Det er vurderingen, at denne vil stige yderligere i løbet af 2013, når en række lagre konsolideres og flyttes ind på datacenter-nettet. Forbedringen er sket i regi af storageprojektet og datacenterprojektet, som begge er aktiviteter under Driftshandleplanen.



Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 5 af 12

2 HÅNDBETINGNING AF HENVENDELSER

Den fælles IMT Servicedesk, der åbnede den 1. december 2012, skal bl.a. sikre en forbedret og ensartet service af brugerne i regionen. Via den fælles IMT Servicedesk kan brugerne trykke sig videre og blive stillet om til enten Servicedesk eller Klinisk Programhjælp, der håndterer spørgsmål vedrørende brugen af de kliniske it-systemer (OPUS/GS, EPM, ORBIT og MIRSK).

Servicedesken er IMT's primære kontaktoverflade til brugerne og modtager hver uge flere tusinde opkald. Tabellerne nedenfor viser udviklingen i nøgletal for henholdsvis Servicedesk og Klinisk Programhjælp. Indførelsen af et nyt sagsstyringssystem (forventeligt 4. kvartal 2013) forventes desuden at bidrage til en bedre opfølgning på kvaliteten af den telefoniske betjening af brugerne.

Efter en periode med kritik af ventetiden i Servicedesk fra hospitaler og klinikere iværksatte IMT i april 2013 en række yderligere indsats, der sikrer fokus på Servicedesken og dens sammenhæng til den øvrige del af organisationen. Indsatsen betyder, at der er tilført flere ressourcer til at besvare henvendelser, og at der er sat øget fokus på at forbedre processerne omkring Servicedeskens arbejde. Der er herudover sat fokus på initiativer omkring forbedring af brugeradministrationen, selvbetjening samt sagsløsning for at forbedre svar- og løsningsstider. Helt konkret skal indsatsen sikre, at 75 % af alle opkald besvares inden for 5 minutter samt sikre bedre løsningsstider for sagsbehandlingen generelt.

Som målingerne nedenfor bl.a. viser, har indsatsen givet resultater. IMT Servicedesk opfylder nu en række af de servicemål, der er aftalt i den fælles Serviceaftale og servicekatalog. Den gennemsnitlige ventetid i telefonen er således nedbragt fra over 10 minutter i april til ca. 2 minutter i juli, hvilket bl.a. betyder, at opkald der ikke besvares er faldet fra ca. 45 % til under 10 %. Antallet af besvarede opkald inden for fem minutter er steget fra ca. 45 % til ca. 85 %. Derudover har indsatsen medført, at antallet af åbne sager er nedbragt fra ca. 6.500 til ca. 3.500 i samme periode.

2.1 Antal registrerede sager

Nedenstående tabel viser det totale antal registrerede sager, der håndteres af IMT og eksterne leverandører i perioden november 2012 til ultimo juli 2013.

2012		2013						
Nov	Dec	Jan	Feb	Marts	April	Maj	Juni	Juli
19.054	13.865	20.925	20.397	19.372	19.383	21.677	19.813	19.022

2.2 Håndtering af telefoniske henvendelser i Servicedesk

Antallet af kald til Servicedesk er faldende fra maj til juli. Erfaringsmæssigt skyldes de færre kald i juli afholdelse af ferie. Der ses en generel sammenhæng mellem faldet i antal opkald samt antal af afbrudte kald. Der bemærkes dog en markant positiv udvikling i antallet af afbrudte opkald og i den gennemsnitlige ventetid. Andelen af afbrudte kald for perioden er således det lavest registrerede for IMT Servicedesk. Ligeledes er den maksimale ventetid også faldet markant til det lavest registrerede niveau for IMT Servicedesk.

Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 6 af 12

Overblik over status på IT og udvikling Jul 2013

Måleparametre	2012		2013						
	Nov	Dec	Jan	Feb	Marts	April	Maj	Juni	Juli
Antal opkald	28.276	19.174	32.203	22.456	21.801	19.829	18.222	16.863	16.203
Gennemsnitlig ventetid	00:04:17	00:03:47	00:05:21	00:05:51	00:07:07	00:05:49	0:02:06	0:01:10	00:01:02
Max ventetid	1:37:19	1:59:19	01:50:17	01:53:59	01:29:09	00:54:09	0:45:22	0:48:06	00:29:47
Antal afbrudte opkald	7.445	7.844	16.587	10.476	9.924	7.931	2.374	1.678	2.107
Afbrudte opkald i %	21 %	29 %	34 %	32 %	31 %	36 %	12 %	9 %	12 %

2.3 Håndtering af telefoniske henvendelser i Klinisk Programhjælp

Antallet af kald til Klinisk Programhjælp er relativt stabilt ligesom den maksimale ventetid. Den gennemsnitlige ventetid er igen faldet og er den lavest registrerede for Klinisk Programhjælp. Andelen af afbrudte opkald ligger relativt stabilt.

Måleparametre	2012		2013						
	Nov	Dec	Jan	Feb	Marts	April	Maj	Juni	Juli
Antal opkald	3.821	3.094	4.110	3.665	3.626	3.721	3.958	4.207	2.522
Gennemsnitlig ventetid	0:01:16	0:01:25	00:01:28	00:01:28	00:01:17	00:01:40	0:01:28	0:01:40	0:01:05
Maksimal ventetid	0:24:40	0:19:23	00:16:32	00:23:35	00:19:28	00:21:28	0:33:34	0:23:56	0:21:28
Antal afbrudte opkald	468	419	333	393	425	456	495	835	306
Afbrudte opkald i %	11 %	12 %	7 %	10 %	10 %	11 %	11 %	17 %	11 %

Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 7 af 12

Serverens status på drift og udvikling Jul 2013

3 STØRRE AKTIVITETER

3.1 Driftshandleplanen

Driftshandleplanen blev etableret i januar 2012 og er planlagt til at forløbe hen over en årrække. Handleplanens formål er at forbedre it-infrastrukturen med henblik på mærkbar forbedret driftsstabilitet for hele regionen, samt at sikre, at regionens it-infrastruktur er gearet til at håndtere den nye sundhedsplatform og regionens it-vækst i øvrigt. Skemaet giver en kort status på udvalgte projekter.

Projekt	Status
LAN <i>Omlægning af det kablede netværk i regionen</i>	Projektet er af KD/UD blevet bevilget ekstra midler af to omgange i 2013 mhp. fremskyndelse af investeringer i Regionens kablede netværk. Aktuelt er i alt ca. 35 % af de samlede planlagte omlægnings gennemført. Ultimo 2013 forventes yderligere 20 % af de samlede planlagte omlægnings gennemført.
WAN <i>Konsolidering af netværket mellem hospitalerne, virksomhederne og datacentre</i>	Projektet afsluttes ultimo september og har bl.a. fjernet en række sårbarheder i netværket, etableret redundans på kritiske komponenter og medført en 10-dobling af kapaciteten.
WLAN <i>Udbygning af det trådløse netværk i regionen</i>	Regionen har vedtaget en Mobility-strategi, som bl.a. medfører en væsentlig udbygning af regionens trådløse netværk. IMT er i gang med at afdække tilstanden af de trådløse netværk på udvalgte lokationer mhp. at lægge en samlet plan for udbygningen i hele regionen. Det forventes, at forbedringerne snart påbegyndes flere steder i regionen.
STORAGE <i>Etablering af ny storage-løsning</i>	Ny storage-løsning er ved at blive etableret og testet. Migrering til den nye løsning gennemføres frem mod udgangen af 2014. Løsningen vil give et veldokumenteret storage-system samt bidrage til øget driftsstabilitet.
DATACENTER <i>Sikring af forsyningsikkerhed (strøm, køl mv) og kapacitet, samt konsolidering af bl.a. servere.</i>	I juni blev der etableret et nyt moderne serverrum på HVH, hvilket har fjernet kapacitetsproblemer. Der er endvidere skabt den fornødne plads og kapacitet til diverse konsolideringstiltag samt til den nye Sundhedsplatform og regionens it-vækst i øvrigt. Sammen med de 550 servere, der blev omlagt i 2012, vil der i starten af 2014 være omlagt et sted mellem 900 og 950 servere. Dette skal ses ud af en samlet population på ca. 1.800 servere. Dvs. en omlægningsgrad på ca. 50 %. Af de omlagte servere er status ultimo juli, at ca. 790 er nedtaget, hvilket giver en estimeret strømbesparelse på 2 mio. kWh. pr. år. De resterende servere foreslås omlagt i femte fase af projektet, som planlægges at forløbe i 2014. En del af de resterende servere er nye servere, nogle håndteres af andre projekter, og nogle af dem er allerede placeret korrekt. Det er derfor ikke alle af de resterende ca. 900 servere, som vil skulle konsolideres. Scopet for projektet omfatter udelukkende servere i maskinstuerne.
UDRULNING AF NYE PC'ERE	Der er i 1. halvår leveret 8.000 nye pc'er til udrulning i regionen. Målet er at udrulle mindst 10.000 nye pc'er i år. Målet er på sigt at sikre, at regionens pc'er maksimalt er 4 år gamle.
STANDARD PC <i>Udrulning af standard-løsning PC med Win7, Office2010 mv. i regionen.</i>	Pilotudrulning på Regionsgården er netop afsluttet med positivt resultat. Udrulningen i resten af regionen forløber forventeligt til ultimo 2014.

Antal og aldersfordeling af regionens pc'ere

IMT har en målsætning om, at regionens pc'er maksimalt er 4 år, da dette vil skabe en bedre brugeroplevelse og bidrage til at sikre færre nedbrud. IMT arbejder på at udbedre en fejl i scaningsværktøjer, Licensewatch, der anvendes til at opgøre aldersfordelingen for pc'er. Derfor er nyeste data og tal for pc'er ikke medtaget i denne rapportering. Der arbejdes på en løsning, og IMT forventer en afklaring af problemet inden næste rapportering.

3.2 Effektiv Systemadgang (ESA)

Formålet med Effektiv Systemadgang er at give klinikere nemmere, hurtigere, og mere fleksibel adgang til de vigtigste kliniske it-systemer. Løsningen sikrer bl.a. single sign-on til systemerne samt "fortsæt-hvor-du-slap" funktionalitet. Projektet er afsluttet den 30. juni 2013.

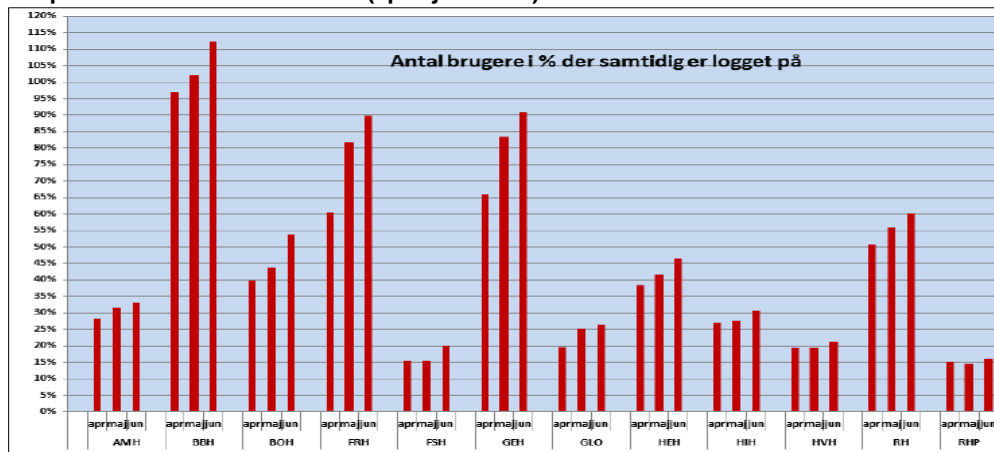
Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 8 af 12

Overordnet status på IT og IT-tilknytning Jul 2013

25.000 kliniske brugere har siden januar 2013 haft adgang til ESA. Det overordnede formål er dermed nået med ESA i det omfang at brugerne anvender løsningen. Projektet har et succeskriterium, der indebærer en brugeranvendelse på 80 % på det enkelte hospital. Kriteriet er opfyldt for 3 ud af 12 virksomheder (BBH, FRH og GEH). Det betyder, at der er brugere, som har adgang til systemet, men ikke anvender det. Grafen nedenfor viser dog en lille positiv tendens i brugeranvendelsen på hospitalerne. Arbejdet med yderligere ESA optimeringstiltag og øget brugeranvendelse fortsættes og knyttes i sidste halvår af 2013 til implementering af andre projekter og udbredelsen af tynde klienter.

Hospitalsvis anvendelse af ESA (april-juni 2013)*



* BBH har en anvendelsesgrad over 100 %. Det skyldes, der er flere, som anvender løsningen end estimeret på baggrund af regionens nøgletal.

3.3 Sundhedsplatformen

Anskaffelse af en ny fælles sundhedsplatform for Region Hovedstaden og Region Sjælland forløber planmæssigt. Sundhedsplatformen vil afløse en stor del af de systemer, som i dag udgør Region Hovedstadens H-EPJ. Efter grundig dialog med tilbudsgivere, det sundhedsfaglige personale og it-ressourcer fra begge regioner blev kravspecifikationen i juni overhændet til de tre tilbudsgivere:

- Cerner / CGI (tidligere Logica)
- Epic / NNIT
- IBM / Systematic

Projektet er således gået ind i tilbudsfasen, og leverandørernes tilbud er modtaget den 19. august 2013. Herefter forløber en seks ugers vurderingsfase, som afsluttes med en indstilling til valg af leverandør af Sundhedsplatformen medio oktober med forventet kontraktindgåelse den 20. december 2013.

3.4 Forankringsgruppe for it, medico og telefoni i byggerierne (FIMT)

Arbejdet i FIMT forløber planmæssigt og har indtil videre tjent sit formål, som forum for tværgående koordinering byggerierne og IMT imellem. Siden sidste FU-rapport i april er følgende værd at bemærke:

- Arbejdet med at opfylde den fremsatte leveranceplan for 2013 forløber planmæssigt. Dog med enkelte forsinkelser, der primært skyldes et ønske om at få belyst de samlede økonomiske implikationer for såvel byggerier som for Region H som helhed.
- IMT er – på foranledning af FIMT – i dialog med Region Midt omkring mulig deltagelse i en option på et udbud, der skal bane vejen for en it-infrastruktur for at kunne spore personer og genstande på fremtidens hospitaler. FIMT og IMT forventer at komme med en overordnet anbefaling af, hvorvidt Region H bør gøre brug af optionen i løbet af 2013.

Punkt nr. 17 - Generel orientering fra ledelsen

Bilag 2 - Side 9 af 12

Overordnet status på drift og udvikling Jul 2013

3.5 Medico Apparatregistreringssystem (MARS)

It-systemet MARS skal sikre en ensartet registrering af de ca. 70.000 stk. medicoteknisk apparatur og danne basis for den daglige support samt dokumentation af anskaffelser, økonomi, vedligehold og kvalitetsaktiviteter. Projektet omfatter bl.a. en sammenlægning af 10 databaser fra fem eksisterende systemer. Konvertering af data har dog, som varslet i sidste orientering, været en større udfordring end forventet grundet datakvalitet og datadiversitet. Der er derfor godkendt en ny tidsplan, der betyder at samtlige hospitaler forventes koblet på MARS medio december 2013 med adgang for apparaturansvarlige i de kliniske afdelinger.

3.6 Fælles Medicin Kort (FMK)

Region Hovedstadens FMK-modul (Fælles Medicin Kort) blev lukket i april 2012 grundet identifikation af flere fejl. Projektet er blevet reformuleret og reorganiseret og har nu til formål at forbedre FMK inden for områderne patientsikkerhed, performance og brugervenlighed, med det mål at bringe FMK i anvendelse i regionen igen.

For at imødekomme kravet om højere grad af kvalitetssikring (og dermed højere patientsikkerhed), er der etableret et testspor i projektet, der har specificeret krav til de centrale testmiljøer og testdata. I koordination med de øvrige regioner er der leveret en række fællesregionale krav til de centrale test- og undervisningsmiljøer. Region H har i juli modtaget en ny version af FMK fra IBM til afsluttende test. Under forudsætning af, at kvaliteten i leverancen er tilfredsstillende, kan pilotimplementering af FMK begyndes ultimo november på BOH og på de øvrige fire pilotimplementeringsafdelinger primo januar 2014. Implementeringen i den resterende del af regionen vil være afsluttet senest ved udgangen af første kvartal 2014, såfremt pilotimplementeringerne forløber planmæssigt.

3.7 Fælles røntgeninformationssystem (RIS) og fælles billedarkiv (PACS)

Projektet vedr. det fælles røntgeninformationssystem (RIS) og fælles billedarkiv (PACS) er under stort pres, da de nuværende systemer er meget belastede, hvilket betyder langsom billedfremhentning fra databasen. Som følge heraf og grundet den parallelle drift går migrering af billeder meget langsomt. Fremdriften er yderligere truet af en række forhold. For det første har Agfa meddelt, de ikke kan levere færdigtestet RIS til den planlagte udrulning i domæne 1 (tidl. H:S) i september. Ny tidsplan er 1. kvartal 2014, hvilket medfører tilsvarende forsinkelse i udrulning af næste domæne (tidl. Københavns Amt). For det andet er der yderligere opdaget en fejl i den kliniske PACS viewer. Der er fundet en løsning, som implementeres snarest.

