

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 18

Emne: Forslag til støtte af det tværkommunale udviklingsprojekt
klikovand – klima, kommuner og vand

2 bilag

KLIOVAND - Lokale løsninger i et regionalt perspektiv

Rammeprojektbeskrivelse af 27. februar 2012

Projektperiode: 1. jan. 2012 - 31. december 2014

1. Baggrund og formål

Det tværkommunale udviklingsprojekt på vandområdet i hovedstadsregionen KLIOVAND (Klima – Kommuner - Vand) har baggrund i en af Region Hovedstaden arrangeret konference i maj 2008. Oplægget dengang var hvordan hovedstadsregionens kommuner på en koordineret måde kan håndtere de stigende udfordringer på vandområdet som følge af klimaændringerne.

Efterfølgende har der været et udviklingsforløb omkring kommunernes ansvar for håndtering af regn- og spildevand med vedtagelsen af Vandsektorloven (Lov nr. 469 af 12.06.2009) Loven gjorde det til et krav, at den kommunale vand- og spildevandsforsyning skal drives i kapitalselskabsform. Dette har givet anledning til drøftelser af ansvaret - og dermed også betalingen - for klimatilpasning mellem kommuner og de kommunalt ejede forsyningsselskaber. En problematik som endnu ikke synes helt afklaret og derfor er en del af formålet med KLIOVAND (herom senere).

1.1. KLIOVAND OG "Vand i urbane områder": Siden maj 2008 har der også været løbende drøftelser med det nationale projekt "Vand i Byer" (støttet af Rådet for Teknologi og Innovation (RTI)), herunder afklaring om grænsefladen mellem de to projekter. Kort fortalt handler "Vand i Byer" om at koble Cleantech virksomheder, kommuner og forsyningsselskaber sammen om innovative løsninger for håndtering af de øgede regnmængder, mens KLIOVAND mere handler om erfaringsudveksling kommuner og forsyningsselskaber imellem om bl.a. fortolkningen af love og bekendtgørelse for vandsektoren, kommunikation til borgere og virksomheder, kommunale beslutningsprocesser for klimatilpasning og spildevandsplaner samt behovet for kompetenceløft blandt medarbejdere i kommunerne og i forsyningsselskaberne. Partnerskabskredsen i "Vand i Byer" og KLIOVAND er dog til dels sammenfaldende, idet Albertslund Kommune, Allerød Kommune, Egedal Kommune, Gladsaxe Kommune, Københavns Kommune, Nordvand, Hvidovre Forsyning, Københavns Energi og Bornholms Forsyning er partnere i begge projekter.

1.2. KLIOVAND og Kommunalteknisk Forening: I november 2009 nåede kommuner og forsyningsselskaber en milepæl i udviklingsforløbet for KLIOVAND, idet det lykkedes at samle alle parter omkring en projektbeskrivelse¹ med en tilhørende kort udgave². På den baggrund blev KLIOVAND forankret i KTC (Kommunalteknisk Chefforening) med henvisning til vigtigheden af den kommunale forankring og det kommunale perspektiv. I KTC blev det besluttet, at Gladsaxe Kommune skulle påtage sig rollen som projektsekretariat for KLIOVAND.

1.3. KLIOVAND og Region Hovedstaden: Efter valget til Region Hovedstaden i november 2009 blev der oprettet et Miljø- og Klimaudvalg med bl.a. det formål at få udarbejdet en Klimastrategi for hovedstadsregionen i samarbejde med KKR Hovedstaden. KLIOVAND er i denne proces blevet lagt ind under Klimastrategiens spor om "En klimaberedt region". Derfor er det bl.a. i Klimastrategien blevet omtalt, at ét af succeskriterierne er, at "*Kommuner i hovedstadsregionen samarbejder via KLIOVAND med en eller*

¹ Baggrundsgruppen for Klima, Kommuner og Vand: Udviklings- og innovationsprojektet Klima – Kommuner – Vand. Lokale løsninger i et regionalt perspektiv med grænseoverskridende effekt. November 2009 – Oktober 2012. 2. udkast til projektbeskrivelse 24. november 2009).

² Region Hovedstaden og DTU: KLIOVAND. Klima, kommuner og vand. Lokale løsninger i et regionalt perspektiv med grænseoverskridende effekt. Sammenfattet projektbeskrivelse. December 2009.

flere nabokommuner om de konsekvenser af klimaforandringer, der går på tværs af kommunerne" (Klimastrategien, side 15). I tillæg hertil er der disponeret 2½ mio. kr. fra Region Hovedstaden til KLIKOVAND med et krav om, at kommuner og forsyningsselskaber tilsvarende medfinansierer KLIKOVAND med 2½ mio. kr.

1.4. KLIKOVAND, kommunerne og spildevandsforsyningsselskaberne.

Inden udgangen af 2013 skal kommunerne have udarbejdet handleplaner for klimatilpasning. Planen skal redegøre for, hvordan de enkelte kommuner vil håndtere bl.a. de voldsomme regnskyl. Kommunerne skal også udarbejde spildevandsplaner for eksisterende og planlagte spildevandshåndtering. Derudover skal kommunerne sikre overensstemmelse mellem de kommunale planer (Kommuneplanen, lokalplanerne, spildevandsplanen, klimatilpasningsplanen, m.fl.). Forsyningsselskaberne skal sikre, at grundejere kan aflede spildevand fra stueplan ved gravitation eller bekoste nødvendige foranstaltninger, så spildevand kan afledes. Det er også forsyningsselskabernes pligt at fremtidssikre spildevandets afledning i forhold til fx klimaforandringerne.

Det er i denne kontekst KLIKOVAND skal være platform for kommunernes og forsyningsselskabernes erfaringsudveksling om juridiske aspekter i lovgivningen på området, kommunikation med borgerne og virksomheder, beslutningsstøtte til at få hævet kvaliteten af diverse kommuneplaner, spildevandsplaner og handleplaner for klimatilpasning samt kompetenceafklaring.

2. Formål og Indsatsområder

Som beskrevet i Regionens Klimastrategi, så fører klimaændringer til *"flere ekstreme vejsituationer og stigende havniveau. Dette skal tænkes ind i vores byplanlægning, og når vi opfører bygninger og infrastruktur med lang levetid. En effektiv indsats skal gå på tværs af geografiske og administrative grænser, aktører, strategier, borgere og virksomheder"* (Klimastrategien, side 11).

Det er netop denne udfordring at planlægge og skabe fælles overblik over, hvor oversvømmelser kan forventes og få afstemt og fordelt ansvarsområder på tværs af kommuner og inden for kommunegrænsen mellem kommunen, forsyningsselskaber, virksomheder og borgere, som er formålet med KLIKOVAND.

Regionens Klimastrategi nævner bl.a. 1) behov for at skabe klarhed om det juridiske ansvar mellem kommuner og forsyningsselskaber, 2) behov for at borgere og virksomheder er oplyste om metoder til forebyggelse af oversvømmelser, 3) behov for mere detaljeret risikokortlægning for hovedstadsregionen, som grundlag for klimatilpasning samt 4) behov for kompetenceløft og nye uddannelser, der giver fagfolk viden om håndtering af klimatilpasning.

Det er disse nævnte behov KLIKOVAND adresserer i fire definerede indsatsområder:

2.1. Juridisk grundlag: Formålet med dette indsatsområde er, at undersøge den nuværende lovgivning og de forvaltningsmæssige rammer og pege på, om der er behov for eventuelle lovændringer for at klimatilpasningen på vandområdet kan udføres og koordineres optimalt blandt kommuner og kommunale forsyningsselskaber.

2.2. Kommunikation og erfaringsudveksling: Formålet med dette indsatsområde er, at indsamle og udvikle metoder og værktøjer for kommunikation med borgere, virksomheder, pressen og andre interessenter, herunder erfaringsudveksling partnerskabet imellem om brugen af disse metoder og værktøjer.

2.3. Beslutningsstøtte: Formålet med dette indsatsområde er, at indsamle, udvikle og afprøve metoder og værktøjer til proces- og kvalitetsstyring af beslutningsprocesser i forbindelse med ekstreme regnhændelser. Indsatsområdet omfatter såvel data og model baserede konsekvensberegningsmodeller (risikovurdering af klimaforandringerne) samt kvalifikation af grundlaget for den politiske beslutningsproces.

2.4. Kompetenceløft: Formålet med dette indsatsområde er, at overføre og forankre et kompetenceløft via konkrete uddannelsesforløb blandt projektets partnere og interessenter.

2.5. Udviklingsmål (overordnet målsætning) og projektmål (specifikke målsætninger): Således er udviklingsmålet, at *"Kommuner og kommunale forsyningsselskaber har de nødvendige forudsætninger for at kunne gennemføre regionalt koordinerede strategier for klimatilpasning individuelt og i fællesskab"*. Denne overordnede målsætning opnås via projektmålet, som er, at *"Kommuner og kommunale forsyningsselskaber kan foretage en effektiv og økonomisk klimatilpasning på vandområdet"*. Dette projektmål opnås gennem følgende specifikke målsætninger for de fire indsatsområder:

2.5.1. Juridisk grundlag: Det juridiske ansvar mellem kommuner og forsyningsselskaber er afklaret.

2.5.2. Kommunikation og Erfaringsudveksling: Processer, metoder og værktøjer til udarbejdelse og gennemførelse af strategier for kommunikation er erfaringsudvekslet og udviklet.

2.5.3. Beslutningsstøtte: Processer, metoder og værktøjer til såvel politisk som teknisk-faglig beslutningsstøtte er erfaringsudvekslet, og KLIKOVAND bidrager til at kvalificere de politiske beslutninger via udviklingen af visualiseret kortmateriale for klimaforandringer.

2.5.4. Kompetenceløft: Behovet for kompetenceløft er afklaret hos projektets partnere, og der er udviklet et kursus for klimatilpasning.

3. Hovedresultater

KLIKOVAND skal samle god praksis, koncepter og værktøjer til håndtering af klimatilpasning i byplanlægningen, herunder opførelse af nye eller udvidelse af eksisterende bebyggelser samt anlæg af nye eller renovering af eksisterende infrastruktur. Og hvis der er nødvendigt skal god praksis, koncepter og værktøjer tilpasses til hovedstadsregionens kommuner og forsyningsselskaber, der i muligt omfang selv tester god praksis.

3.1. Det juridiske grundlag er afklaret (Hovedresultat 1): Det er nødvendigt at etablere en ramme, så kommunerne og kommunale forsyningsselskaber kan regulere de udfordringer, de møder på det juridiske område. Området kan ikke behandles uden at se på Vandsektorloven ((Lov nr. 469 af 12.06.2009), EU-lovgivningen (fx. udbudsregler, europæiske klimamålsætninger) og anden international regulering af klimatilpasningen (fx. Kyoto-aftalen og andre FN-tiltag).

En national udfordring er bl.a., at Vandsektorloven sætter et prisloft over de takster kommunale forsyningsselskaber kan kræve for håndtering af regnvand - dette uagtet de stigende udfordringer med flere ekstreme vejr-situationer. Kommuner og Forsyningsselskaber i KLIKOVAND følger den allerede etablerede dialog mellem kommuner på den ene side i KL og Naturstyrelsen under Miljøministeriet, hvor Forsyningssekretariatet er forankret. Her kan det at tale med én stemme i KL vægte tungt, fordi KLIKOVANDs partnerskab tæller 25 af de i alt 98 kommuner i Danmark. Dialogen mellem KL og Naturstyrelsen har indtil videre resulteret i et forslag til lovændring omkring Vandsektorloven.³ Lovforslaget har netop afsluttet sin høringsperiode 16. feb. 2012. KLIKOVANDs partnerskab vil følge revisionen af lovforslaget med henblik på formidling af ny god praksis kommuner og forsyningsselskaber imellem. På EU-området er det Vandrammedirektivet som er i fokus samt en igangværende politisk proces om revision af udbudsregler. Denne politiske proces vil KLIKOVAND også følge og, hvis det virker formålstjenstligt, samlet gøre opmærksom på udfordringer for kommuner og forsyningsselskaber i forhold til effektiv klimatilpasning. Følgende spørgsmål skal derfor belyses:

³ Forslag til Lov om ændring af lov om Vandsektorens organisering og økonomiske forhold (j.nr. NST-4600-00017 (2. feb. 2012)

- Hvor slår lovgivningen ikke til, når kommunerne står med privatiseringen af den kommunale forsyning, lofterne over taksterne og kravene til klimatilpasning? Hvilket råderum har kommunerne og de kommunale forsyningsselskaber? Eller kunne have?
- Hvad er borgernes ret, og hvad er deres pligt, og hvordan opnår forvaltningerne både den nødvendige forståelse og adfærdsændring blandt borgerne? Hvordan kan et fælles administrationsgrundlag for klimatilpasning opbygges, så ikke alle bruger ressourcer på at udtænke det, for derefter at finde ud af, at der er regnet med forskellige forudsætninger? Hvordan kan klimatilpasningen planlægges bedst muligt på tværs af kommunegrænser? (EU's Vandrammedirektiv og Vandplaner).

Præcisering i forhold til tidligere KLIKOVAND projektbeskrivelser: På en workshop for samtlige kommuner og forsyningsselskaber 25. oktober 2011 præciserede deltagende, at der ikke er brug for en kortlægning af den eksisterende nationale og europæiske lovgivning, da sådanne oversigter allerede er udarbejdet. Desuden skal KLIKOVAND ikke agere på vegne af partnerskabet, men kvalificere og afstemme de enkelte partners dialog med ministerier og andre offentlige instanser. Dette indebærer, at hovedaktivitet 1 i Rammeprojektbeskrivelsen fra september 2011 udgår.⁴ Resterende aktiviteter er beskrevet under pkt. 6.3.

3.2. Kommunikation og Erfaringsudveksling (Hovedresultat 2): Kommuner og de kommunale forsyningsselskaber har en stor udfordring i at kommunikere med borgere, virksomheder, og andre interessenter, og i flere tilfælde skal de opnå en adfærdsændring. Der er et stort behov for at samle viden og udveksle erfaringer både internt blandt projektets parter og eksternt:

- Hvad findes der af metoder i Danmark og internationalt, så kommuner og forsyningsselskaber ikke skal opfinde den dybe tallerken hver gang?
- Hvem er kommunernes og forsyningsselskabernes interessenter i debatten om klimatilpasning – både internt og eksternt?
- Hvordan foretager kommuner og forsyningsvirksomheder den bedste borgerrettede kommunikation, og hvilke erfaringer har andre? Hvordan får KLIKOVAND partnerskabet borgerne til at handle i overensstemmelse med klimatilpasningsstrategier?
- Hvordan kommunikeres bedst internt i kommunerne i og på tværs af forvaltningsgrene?
- Hvordan kommunikeres og koordineres bedst med andre kommuner?
- Hvordan kommunikeres bedst med det politiske niveau?

3.3. Beslutningsstøtte (Hovedresultat 3): Kommunerne påpeger et behov for, at de mange udfordringer på klimaområdet bliver håndteret på tværs af kommuner, da vand jo bevæger sig på tværs af kommunegrænser. Der er i den forbindelse et stort behov for at inddrage det politiske niveau, og kunne planlægge mere langsigtet. Der er også en udfordring at udvikle metoder og modeller, der håndterer både drikkevand og spildevand:

- Hvordan får forvaltninger og anden administration det politiske niveau til at tale sammen på tværs af kommunegrænser, så nødvendige beslutninger prioriteres til at blive koordineret? Dette set i forhold til, at kommuner og forsyningsselskaber er faseforskudt i fremskridt med hensyn til klimastrategier etc.
- Hvilket scenarium skal regionens kommuner beskytte sig imod?
- Hvordan kobler kommuner og forsyningsselskaber model og metoder med fx kommuneplanlægning, lokalplanlægning, byggetilladelser og anlæg af veje?
- Hvordan håndterer kommuner og forsyningsselskaber i givet fald neutral spildevandsudledning?

⁴ Det tværkommunale udviklingsprojekt KLIKOVAND - "Lokale løsninger i et regionalt perspektiv med grænseoverskridende effekt", Rammeprojektbeskrivelse, september 2011.

- Med henblik på at gøre det politiske niveau mere beslutningsdygtig, hvordan laver kommuner og forsyningsselskaber beregninger, der kan fastsætte økonomiske konsekvenser for status og ved klimatiltag?

3.4. Kompetenceløft (Hovedresultat 4): For at møde mange af de ovennævnte udfordringer, og selv kunne håndtere dem, har kommuner, de kommunale forsyningsselskaber, politikere, videninstitutioner, branche- og interesseorganisationer, samt borgere og erhvervsliv, behov for et kompetenceløft. Det er selvsagt ikke klart for alle, hvad klimatilpasningen kræver af dem, og der er derfor et behov for at klæde alle aktører og interessenter på til at håndtere klimapasning, kommunikere om klimatilpasning, og forstå klimatilpasning og dens udfordringer. F.eks. har kommunernes anlægs- og beredskabsfolk behov for en større indsigt i, hvordan regnvand opfører sig, og hvordan det afledes bedst muligt:

- Hvordan håndteres pressen, de øvrige myndigheder og hvordan krisekommunikeres bedst muligt, når der sker oversvømmelser?
- Hvordan sættes den enkelte enhed i kommunen og i forsyningsselskabet i stand til at håndtere kommunikationen?

4. KLIKOVAND partnerskab.

KLIKOVAND samler 25 kommuner i Region Hovedstaden samt 20 forsyningsselskaber med ansvar for håndtering af regn- og spildevand. De 25 kommuner er: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje Taastrup, Hørsholm, København, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Vallensbæk. De 20 forsyningsselskaber er: Albertslund Forsyning, Allerød Forsyning, Ballerup Forsyning, Bornholm Forsyning, Egedal Forsyning, Frederiksberg Forsyning, Fredensborg Forsyning, Frederikssund Forsyning, Furesø Spildevand, Halsnæs Forsyning, Herlev Kloak, Hillerød Forsyning, Hvidovre Forsyning, Hørsholm Forsyning, KE, Lyngby-Taarbæk Forsyning, Nordvand, Rudersdal Forsyning, Rødovre Vand, Vallensbæk Forsyning.

5. KLIKOVAND organisering

5.1. Styringsgruppen: KLIKOVANDs øverste besluttende organ er en overordnet Styringsgruppe bestående af 1 repræsentant fra ledelsesniveau fra alle projektets partnere, dvs. i alt 45 personer. Styringsgruppen har det overordnede faglige og økonomiske ansvar for projektets forløb og resultater. KLIKOVANDs statusrapporter og afsluttende rapport skal godkendes i Styringsgruppen. Region Hovedstaden har mulighed for at udpege en person til Styringsgruppen. Gladsaxe Kommune er formand for Styringsgruppen.

5.2. Forretningsudvalget (styregruppen): Styringsgruppen tager også stilling til alle ændringer af projektets aktiviteter. Styringsgruppen vælger et forretningsudvalg, kaldet styregruppen, som består af 4 kommunale direktører på teknik, klima og/eller miljøområdet samt 3 direktører i de kommunale forsyningsselskaber. Region Hovedstaden har mulighed for at udpege en person til forretningsudvalget (styregruppen). Gladsaxe Kommune er formand for styregruppen.

5.3. Projektledelse: Til at varetage den daglige projektledelse udpeger Gladsaxe Kommune en projektleder. Projektledelsen understøttes af en projektledergruppe med repræsentanter fra 3 kommuner samt projektledere for KLIKOVANDs 4 indsatsområder. Projektledelsen referer til forretningsudvalget (styregruppen).

5.4. Følgegruppe: Forretningsudvalget (styregruppen) kan til enhver tid vælge at etablere én eller flere følgegrupper bestående af repræsentanter fra ministerier, styrelser, forskningsinstitutioner, kommuneforeninger, GTS-institutter samt andre interesseorganisationer. Følgegruppens arbejde skal være nedskrevet i et kommissorium godkendt af forretningsudvalget (styregruppen).

6. KLIKOVAND aktiviteter.

Kommuner og Forsyningsselskabers beslutning om KLIKOVANDS aktiviteter er et resultat af en langstrakt proces fra maj 2008 og frem til 2012.

6.1. KLIKOVAND og tidligere projektbeskrivelser: Den oprindelige projektbeskrivelse af 24. nov. 2009⁵ beskriver KLIKOVAND med en samlet budgetramme på 10 mio. kr. I denne omtalte projektplan indgår igangsættelse af innovative pilotforsøg i op til 5 kommuner i Hovedstadsregionen på baggrund af erfaringsudveksling internationalt og kommunerne imellem om hvordan konkrete tiltag for borger- og virksomhedsrettet kommunikation kan tilrettelægges og monitoreres i forhold til gældende praksis. Det er imidlertid ikke muligt at beskrive indhold og forventninger til resultatskabelse i disse 5 pilotforsøg førend dialog og erfaringsudveksling får sat en konkret handlingsplan. Ambitionen om at igangsætte de omtalte 5 pilotforsøg er dog ingenlunde opgivet. KLIKOVAND partnerskabet har fortsat som ambition at rejse midler til at gennemføre de 5 pilotforsøg via statslige eller europæiske puljer. Pilotforsøgene er estimeret til et budget på 5 mio. kr.

6.2. KLIKOVAND projektledelse: Projektledelse dækker dels Gladsaxe Kommunes almindelige varetægelse af projektadministrationen, herunder etablering af Styringsgruppe, forretningsudvalg (styregruppe) og evt. følgegrupper samt kommunikation med Region Hovedstaden. Desuden dækker projektledelse udgifter til grafisk profil og design, præsentationsmateriale, hosting af web-site, revision, og kørsel. Budgetudgifter er specificeret i Annex 1 og Annex 2.

6.2.1. Projektledelse leverancer: Styringsgruppe, forretningsudvalg og projektledelse er etableret. KLIKOVAND udarbejder i projektperioden i 4 statusrapporter inkl. perioderegnskaber samt én afsluttende rapport inkl. projektrejskab. Statusrapporter og -regnskaber skal godkendes i forretningsudvalget. Afsluttende rapport og regnskab skal godkendes af både forretningsudvalg og Styringsgruppe. KLIKOVANDs grafisk profil og design, herunder logo, er udarbejdet inden 1. kvartal 2012. Perioderegnskab og endeligt regnskab skal godkendes af registreret eller statsautoriseret revisor. Desuden er der adgang til al information om KLIKOVAND på: <http://www.klikovand.dk>.

Leverancerne er opsummeret i nedenstående tabel:

Aktivitet	2012	2013	2014
1. Projektledelse	Styringsgruppe og forretningsudvalg etableret. Projektledelse etableret pr. 1. feb.		
2. Statusrapporter	1. statusrapport pr. 1. april	2. statusrapport pr. 31. dec. 2012	3. statusrapport pr. 31. dec. 2013 4. statusrapport pr. 31. dec. 2014
3. Afsluttende rapport			Afsluttende rapport og projektrejskab pr. 31. dec. 2014
4. Grafisk profil og design	Grafisk profil og design udarbejdet senest 31. marts.		

⁵ Baggrundsgruppen for Klima, Kommuner og Vand: Udviklings- og innovationsprojektet Klima – Kommuner – Vand. Lokale løsninger i et regionalt perspektiv med grænseoverskridende effekt. November 2009 – Oktober 2012. 2. udkast til projektbeskrivelse 24. november 2009).

Relevans Klimastrategien: Projektledelsen er relevant for Region Hovedstadens Klimastrategi anbefaling om, at KLIKOVAND bidrager til at realisere Klimastrategiens mål og succeskriterier, herunder en opfordring til at alle kommuner tilslutter sig KLIKOVAND.

6.3. Det juridiske grundlag

Identifikation af oplevede juridiske udfordringer i kommuner og forsyningsselskaber på området for spildevandshåndtering. Dette vil ske i form af møder og dialog med de enkelte kommuner og forsyningsselskaber. Konklusioner fra møder og dialog samles i et notat. Dette notat viderebearbejdes med henblik på at finde praktiske løsninger på de juridiske udfordringer. Det kan være i form af formidling af god praksis fra en kommune, fra udenlandske erfaringer eller det kan være i form af tilknyttet juridisk ekspertise.

Som en del af undersøgelsen om oplevede juridiske udfordringer identificeres national og international lovgivning, som har betydning for kommuner og forsyningsselskabers håndtering af ekstremt vejr i form af øgede regnmængder. Som udgangspunkt er det bekendt, at det ikke alene Vandsektorloven (Lov nr. 469 af 12.06.2009), der har betydning og sætter rammer for kommuner og forsyningsselskabers tilpasning til klimaændringer. Love og bekendtgørelser, som Betalingsloven (LBK nr. 633 af 07.06.2010), Planloven (LBK nr. 937 af 24.09.2009), Selskabsloven (LBK nr. 470 af 12.06.2009), Vandløbsloven (LBK nr. 927 af 24.09.2009), Tilslutningsbekendtgørelsen (Bek. nr. 31 af 29.01.2008) samt fx EU's udbudsdirektiv (2004/18/EF) og Vandrammedirektiv (Direktiv 2000/60/EF) skal kommuner og forsyningsselskaber også forholde sig til, når klimatilpasning skal planlægges og udøves.

KLIKOVAND skal identificere europæiske lande eller regioner, der er sammenlignelige med hovedstadsregionen, set i forhold til klima og vand, geografi og økonomi. De udvalgte lande eller regioner analyseres i forhold til deres nationale lovgivning og samspil med EU-lovgivning. Formålet er, at få igangsat international erfaringsudveksling og inspiration til nye måder at løse klimaudfordringen. Arbejdet danner samtidig optakt til studietur omtalt under 2. indsatsområde nedenfor.

Leverancerne er opsummeret i nedenstående tabel:

Aktivitet	2012
1. Kortlægning af oplevede juridiske udfordringer på området for spildevandshåndtering.	1. juni.: Sammenfattende notat om oplevede juridiske udfordringer.
2. Praktiske løsninger af oplevede juridiske udfordringer på området for spildevandshåndtering.	1. sept.: Sammenfattende notat om praktiske løsninger for oplevede juridiske udfordringer.
3. På baggrund af identifikation af lovgivning, der har betydning for klimatilpasning.	1. okt.: Juridisk responsum med forslag til styrkelse af den danske lovgivning på området med fokus på kommuners og de kommunale forsyningsselskabers ansvar og kompetencer og rollefordelingen mellem kommuner, borgere og virksomheder.
4. Identifikation af europæiske lande og regioner, der er sammenlignelige med hovedstadsregionen inden for håndtering af ekstremt regnvejr.	1. nov.: Notat der beskriver, hvordan et land eller region håndterer klimatilpasning for regnvand i forhold til national og EU lovgivning.

Alle notater, responsum m.m. vil blive tilgængeligt fra KLIKOVANDs hjemmeside. Der reserveres midler i budget til at tilknytte ekstern ekspertise til kortlægning og juridisk vurdering af oplevede udfordringer, da denne ekspertise ikke formodes at være blandt medarbejdere i kommuner og forsyningsselskaber. Desuden reserveres der midler i budget til identifikation af europæiske erfaringer med håndtering af regnvand.

Relevans Klimastrategien: Den indledende behovsaflarung af oplevede juridiske udfordringer vil medvirke til at understøtte de udfordringer, der i Regionens Klimastrategi skitseres som barrierer for samfundsøkonomiske optimale løsninger. Det juridiske responsum understøtter Klimastrategiens påpegnung af den komplekse opgave med at håndtere klimatilpasning imellem myndigheder, erhvervsliv og borgere, og at det handler om at få skabt klarhed om fordeling af ansvarsområderne.

6.4. Kommunikation og erfaringsudveksling

Indledningsvist skal kommuner og forsyningsselskaber indbyrdes afklare behovet for erfaringsudveksling, herunder om i hvilken grad det handler om behovet for erfaringsudveksling internt mellem kommuner og forsyningsselskaber, i forhold til andre kommuner samt internationale erfaring for håndtering af klimatilpasning. Afklaringen skal også forholde sig til de faglige områder for erfaringsudvekslingen. Dette vil ske i form af møder og dialog med de enkelte kommuner og forsyningsselskaber. Konklusioner fra møder og dialog samles i et notat.

På baggrund af afklaring om behovet for erfaringsudveksling kortlægges eksisterende danske og europæiske erfaringer for kommunikation, der tilgodeser det udtalte behov. Herefter udarbejdes en samlet kommunikationsplan for erfaringsudveksling.

Afslutningsvist gennemføres en studietur til en relevant europæisk region. Projektlederen for kommunikation samarbejder om tilrettelæggelse af studieturen i samarbejde med den overordnede projektleder for KLIKOVAND. Op til 15 personer kan deltage i studieturen, der gennemføres i foråret 2013.

Leverancerne er opsummeret i nedenstående tabel:

Aktivitet	2012-2013
1. Kortlægning af behov for erfaringsudveksling.	1. juni 2012: Sammenfattende notat
2. Danske og europæiske erfaringer med kommunikation til kommuner og forsyningsselskaber	1. feb. 2013: Sammenfattende notat
3. Kommunikationsplan	1. marts 2013.: Samlet kommunikationsplan for erfaringsudveksling, herunder stillingtagen til brug af hjemmesider, møder, workshops, konferencer, sociale medier, studietur m.m.
4. Studietur	Maj 2013: Gennemførelse af studietur til udvalgt europæisk region

Alle notater vil blive tilgængeligt fra KLIKOVANDs hjemmeside. Der reserveres midler i budget til gennemførelse af studieturen samt analyser af de danske og europæiske erfaringer med kommunikation om klimatilpasning, herunder udarbejdelsen af en kommunikationsplan for KLIKOVAND.

Relevans Klimastrategien: Indsatsen for erfaringsudveksling understøtter generelt Klimastrategiens mål om, at klimatilpasning bliver koordineret mellem kommuner i og uden for regionen og mellem naboregioner. KLIKOVANDs hjemmeside vil derudover kunne understøtte succeskriteriet i den regionale klimastrategi om at kunne oplyse borgere og virksomheder om metoder til forebyggelse af oversvømmelser.

6.5. Beslutningsstøtte

Indledningsvist skal kommuner og forsyningsselskaber foretage en samlet behovsaflarung for beslutningsstøtte hos politikere, forsyninger, forvaltning, borgere og virksomheder. Der udarbejdes et oplæg til behovsaflarung for beslutningsstøtte, der afstemmes med udvalgte repræsentanter for politikere, forvaltning, borgere og virksomheder udenfor projektets partnerkreds. Herefter udarbejdes der et samlet forslag til behovsaflarung i relation til beslutningsstøtte.

KLIKOVAND partnerskabet udarbejder herefter mulige strategier og strukturer for et samlet beslutningsstøttesystem på grundlag af danske og udenlandske erfaringer indhentet under 1 og 2. indsatsområde. De mulige strategier drøftes i KLIKOVAND partnerskabet med henblik på et endeligt samlet forslag til mulige strategier og strukturer for opbygning af beslutningsstøttesystemer. dette skal ske med baggrund i en sidste afstemning af strategien omfattende politikere, forsyninger, forvaltning, borgere og virksomheder.

Som en del af beslutningsstøtten sammenstiller KLIKOVAND - og udvikler i begrænset omfang - løbende risikokort og samler hvad der forefindes af tilgængelige detaljerede risikokortlægninger for hovedstadsregionen, som kan danne grundlag for klimatilpasningsplaner og tilpasningsindsatsen. Sammen med Region Hovedstaden vil KLIKOVAND søge at gå i dialog med Staten om udarbejdelse af en mere detaljeret risikovurdering for regionen.

Leverancerne er opsummeret i nedenstående tabel:

Aktivitet	2012-2014
1. Kortlægning af behovsaflarung for erfaringsudveksling.	1. april: Sammenfattende notat
2. Strategi for opbygning af et beslutningsstøttesystem for politikere, forvaltning, borgere og virksomheder	1. juni: Strategi for beslutningsstøtte
3. Sammenstilling af kortmateriale for risikovurdering som grundlag for klimatilpasning	1. marts 2012 - 31. dec. 2014
4. Dialog med Staten sammen med Region Hovedstaden	1. maj 2012 - 31. dec. 2014: Målsætning om udarbejdelse af detaljeret kortmateriale for risikovurdering

Alle notater vil blive tilgængeligt fra KLIKOVANDs hjemmeside. Der reserveres midler i budget til løbende sammenstilling og udvikling af kortmateriale til risikovurdering af oversvømmelser som grundlag for klimatilpasning.

Relevans Klimastrategien: Beslutningsstøtte som indsatsområde understøtter Klimastrategiens målsætninger om en detaljeret risikokortlægning som et første skridt på vejen til en fælles kvalificeret klimaindsats på tværs af kommunegrænser. Risikokortlægningen vil danne overblik over de regnmængder, der vil ramme regionen samt betydningen af stigningen i havniveau. På dette grundlag kan der tages mere kvalificerede beslutninger.

6.6. Kompetenceløft

Indledningsvist skal de oplevede behov for kompetenceløft kortlægges hos medarbejdere i kommuner og forsyningsselskaber med tilknytning til klimatilpasning og håndtering af regnvand. Kortlægningen skal både indeholde spørgsmål om teknisk-faglige forhold samt kommunikation og pressehåndtering. Tilsvarende skal KLIKOVAND i dialog med et repræsentativt udsnit af virksomheder, borgere og andre interessenter, der påvirkes af klimaforandringer og særligt oversvømmelser efter regnvejr. Dette skal ske med henblik på at identificere oplevede behov for kompetenceløft i kommunernes og forsyningsselskabernes brugergruppe.

De 2 behovsaflæringer for kompetenceløft sammenstilles i et notat med henblik på samlet identifikation af behovet for kompetenceløft blandt medarbejdere i kommuner og forsyningsselskaber.

Det sammenstillede notat af både medarbejdernes og brugernes oplevelse af behov for kompetenceløft danner baggrund for udviklingen af mål og strategiplan for kompetenceløft. Som en del af mål og strategiplanen udvikles et katalog over eksisterende uddannelser og kurser i klimatilpasning og kommunikation.

Formentlig er der ikke udbudte kurser på markedet for klimatilpasning, som dækker alle identificerede behov for kompetenceløft i kommuner og forsyningsselskaber. Sideløbende med kortlægning af kompetencebehov og udviklingen af mål og strategiplan, indledes derfor et samarbejde med en relevant uddannelsesinstitution om kursusudvikling for medarbejdere i kommuner og forsyningsselskaber. Kurset kan både have teknisk-faglig karakter eller være kommunikationsorienteret. Dette afhænger af de efterspurgte behov i mål og strategiplanen.

Leverancerne er opsummeret i nedenstående tabel:

Aktivitet	2013-2014
1. Kortlægning af oplevede behov for kompetenceløft blandt medarbejdere i kommuner og forsyningsselskaber Kortlægning af oplevede behov for kompetenceløft blandt kommuners og forsyningsselskabers brugergruppe (borgere, virksomheder...)	1. dec. 2013: Sammenfattende notat
2. Mål og strategiplan for kompetenceløft	1. februar 2014: Mål og strategiplan foreligger
3. Kursus for klimatilpasning: Udvikling af kursus sammen med relevant uddannelsesinstitution	1. maj. 2014: Kursus udviklet

Alle notater vil blive tilgængeligt fra KLIKOVANDs hjemmeside Der reserveres midler i budget til, at ekstern konsulent står for udviklingen af mål og strategiplan for kompetenceløft. Desuden reserveres der midler til kursusudvikling.

Relevans Klimastrategien: KLIKOVANDs tiltag til at identificere behov for kompetenceløft understøtter Klimastrategien ved, at man efterfølgende kan lave en målrettet opgradering af kompetencer i kommuner og hos kommunale forsyningsselskaber, så kommuner og kommunale forsyningsselskaber fremover har de nødvendige forudsætninger for at kunne implementere og gennemføre tværkommunalt koordinerede strategier og aktiviteter for klimatilpasning. Også behovet for nye uddannelser i klimatilpasning er nævnt i Klimastrategien. Her vil behovsaflæringer for kompetencebrister i kommuner og forsyningsselskaber kunne pege på, hvilke nye uddannelser, der er brug for i klimatilpasning.

7. KLIKOVAND budget.

KLIKOVANDs budget er inkluderet som Annex 1 og 2. Nedenfor en hovedoversigt for KLIKOVAND fordelt på aktiviteter.

Aktivitetspost	DKR
1. Projektledelse	689.830
2. Juridisk spor	882.830
3. Kommunikation & Erfaringsudveksling	1.367.830
4. Beslutningsstøtte	897.380
5. Kompetenceløft	1.114.130
I alt	5.000.000

8. KLIKOVAND Tids- og mødeplan

KLIKOVAND tidsplan er inkluderet som Annex 3 og Annex 4.

9. Opsummering

KLIKOVAND skal således betragtes som platform for opfyldelse af flere af mål og succeskriterierne under Spor 1 i Region Hovedstadens Klimastrategi.

- 1)** at få skabt lovmæssig klarhed om fordelingen af ansvarsområder for håndtering af ekstreme regnskyl og stigning i havniveau, hvilket også vil understøtte de lovmæssige udfordringer, der i Klimastrategien skitseres som barrierer for samfundsøkonomiske optimale løsninger.
- 2)** Klimastrategiens mål om, at klimatilpasning bliver koordineret mellem kommuner i og uden for regionen og mellem naboregioner samt succeskriteriet om, at kommunerne bliver bedre til at oplyse borgere og virksomheder om metoder til forebyggelse af oversvømmelser.
- 3)** at kommunerne medvirker i regionens dialog med Staten om en mere detaljeret risikokortlægning af oversvømmelser ved regnskyl og stigende havniveau som en fælles kvalificeret klimaindsats på tværs af kommunegrænser. Forbedret risikokortlægning vil kvalificerede beslutninger om nødvendige klimatilpasningstiltag.
- 4)** identifikation af behovet for kompetenceløft blandt medarbejdere i kommuner og forsyningsselskaber med arbejdsopgaver inden for klimatilpasning, herunder at kommuner og forsyningsselskaber medvirker til at udvikle nye uddannelser i klimatilpasning.

Annex 1: Budget fordelt på finansieringsposter

Budgetpost	Timer	Pris (DKR)	Aktivitet	2012	2013	2014	Total
Fastansatte medarbejdere i kommuner							
Projektledelse, medarbej. kommuner	117,40	450	1	167.610	167.610	167.610	
Juridisk spor, medarbej. kommuner	117,40	450	2	167.610	167.610	167.610	
Kommunikation & Erfaringsudveksling, medarbej. kommuner	117,40	450	3	167.610	167.610	167.610	
Beslutningsstøtte, medarbej. kommuner	117,40	450	4	167.610	167.610	167.610	
Kompetenceløft, medarbej. kommuner	117,40	450	5	167.610	167.610	167.610	
I alt							2.514.150
Kommunikation							-
Grafisk identitet, logo m.m.			1	20.000	-	-	20.000
Præsentationsmateriale, udv. & tryk			1	35.000	-	35.000	70.000
Website, hosting & grafisk design			1	25.000	-	-	25.000
Website, partnerskabets brug (måling)			3	-	-	25.000	25.000
Internationale erfaringer, idekatalog, tryk			3	-	15.000	-	15.000
Klimaforandringer, visualiseret kortmateriale			4	44.850	9.383	5.317	59.550
Katalog, kompetenceløft, Tryk			5	-	-	12.000	12.000
I alt							226.550
Rejser & Ophold							-
Gladsaxe Kommune, kørsel			1,2,3,4,5	20.000	20.000	20.000	60.000
1 studietur, DK, 15 personer, 1 overnatning			3		22.000		22.000
1 studietur, DK, 15 personer, bospisning			3		25.000		25.000
Studieturforberedelse, rejser m.m.			3		25.000		25.000
1 studietur, 12 personer, flyrejse, ophold m.m.			3	-	90.000	-	90.000
I alt							222.000
Møder & workshops							-
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			2	25.000	15.000		40.000
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			3	20.000	15.000		35.000
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			4		15.000	20.000	35.000
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			5		15.000	20.000	35.000
8 Workshops m/virksomheder & interessenter			5			24.000	24.000
I alt							169.000
Eksterne tjenester							-

SAG 4 BILAG 1

Sammenstilling, lovudfordringer			2	250.000			250.000
Kortlægning, lovgivning, konsulent			2	90.000			90.000
Identifikation, Internationale erfaringer			3	160.000	125.000		285.000
Kortlægning, Nationale & internationale erfaringer			3	118.766	37.234	27.000	183.000
Kommunikationsstrategi, udarbejdelse			3		160.000		160.000
Klimaudfordringer, Visualiseret kortmateriale			4		-	300.000	300.000
Kompetenceløft, Mål & strategiplan			5		-	180.000	180.000
Kompetenceløft, Udd. & kursuskatalog			5			120.300	120.300
Kompetenceløft, udvikling af kursus med relevant udd.inst.			5		220.000	20.000	
Revision			1	20.000	20.000	20.000	60.000
I alt							1.628.300
Total				1.666.666	1.666.667	1.666.667	5.000.000

Finansiering							
25 kommuner, 11.544,- kr. pr. år (medarbejdertimer)				288.600	288.600	288.600	865.800
20 Forsyningselskaber, 27.237,- kr. pr. år				544.733	544.733	544.733	1.634.200
Region Hovedstaden				833.333	833.334	833.334	2.500.000
Total				1.666.666	1.666.667	1.666.667	5.000.000

Annex 2: KLIKOVAND, Aktivitetsbudget

Aktivitetspost	Timer	Pris (DKR)	Aktivitet	2012	2013	2014	Total
1. projektledelse							
Medarbejdere kommuner	117,40	450	1	167.610	167.610	167.610	502.830
Grafisk identitet, logo m.m.			1	20.000	-	-	20.000
Præsentationsmateriale, udv. & tryk			1	35.000	-	35.000	70.000
Website, hosting & grafisk design			1	25.000	-	-	25.000
Gladsaxe Kommune, kørsel			1	4.000	4.000	4.000	12.000
Revision			1	20.000	20.000	20.000	60.000
I alt							689.830
2. Juridisk spor							
Juridisk spor, medarbej. kommuner	117,40	450	2	167.610	167.610	167.610	502.830
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			2	25.000	15.000		40.000
Sammenstilling, lovudfordringer			2	250.000			250.000
Kortlægning, lovgivning, konsulent			2	90.000			90.000
Gladsaxe Kommune, kørsel			2	4.000	4.000	4.000	12.000
I alt							882.830
3. Kommunikation og erfaringsudveksling							
Medarbejdere kommuner	117,40	450	3	167.610	167.610	167.610	502.830
Website, partnerskabets brug (måling)			3	-	-	25.000	25.000
Internationale erfaringer, idekatalog, tryk			3	-	15.000	-	15.000
1 studietur, DK, 15 personer, 1 overnatning			3		22.000		22.000
1 studietur, DK, 15 personer, bespisning			3		25.000		25.000
Studieturforberedelse, rejser m.m.			3		25.000		25.000
1 studietur, 12 personer, flyrejse, ophold m.m.			3	-	90.000	-	90.000
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			3	20.000	15.000		35.000
Identifikation, Internationale erfaringer			3	160.000	125.000		285.000
Kortlægning, Nationale & internationale erfaringer			3	118.766	37.234	27.000	183.000
Kommunikationsstrategi, udarbejdelse			3		160.000		160.000
Gladsaxe Kommune, kørsel			3	4.000	4.000	4.000	12.000
I alt							1.367.830
4. Beslutningsstøtte							
Medarbejdere kommuner	117,40	450	4	167.610	167.610	167.610	502.830
Klimaforandringer, visualiseret kortmateriale			4	44.850	9.383	5.317	59.550
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			4		15.000	20.000	35.000

SAG 4 BILAG 1

Gladsaxe Kommune, kørsel			4	4.000	4.000	4.000	12.000
I alt							597.380
5. Kompetenceløft							
Medarbejdere kommuner	117,40	450	5	167.610	167.610	167.610	502.830
Katalog, kompetenceløft, Tryk			5	-	-	12.000	12.000
22 møder & 4 workshops, div. udgifter			5		15.000	20.000	35.000
8 Workshops m/virksomheder & interessenter			5			24.000	24.000
Klimaudfordringer, Visualiseret kortmateriale			4		-	300.000	300.000
Kompetenceløft, Mål & strategiplan			5		-	180.000	180.000
Kompetenceløft, Udd. & kursuskatalog			5			120.300	120.300
Kompetenceløft, udvikling af kursus med relevant udd.inst.			5		220.000	20.000	240.000
Gladsaxe Kommune, kørsel			5	4.000	4.000	4.000	12.000
I alt							1.414.130
Total				1.666.666	1.666.667	1.666.667	5.000.000

Annex 3: KLIKOVAND Tidsplan

Akti vitet	Beskrivelse	Vari ghed mån der	2012-2014																																						
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
1	Projektledeelse	36	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
1	Statusrapport of afsluttende rapport	4				x									x													x													
1	Hosting af Website	36	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
1	Grafisk profil & design, udarbejdelse	3	x	x	x																																				
1	Præsentationsmateriale, udarbejdelse	3	x	x	x																																				
1	Revision	4					x								x													x													x
2	Kommuner og Forsyningsselskabers oplevede juridiske udfordringer	6	x	x	x	x	x	x																																	
2	Praktiske løsninger oplevede juridiske udfordringer	5				x	x	x	x	x																															
2	Identifikation af relevant lovgivning	6				x	x	x	x	x	x																														
2	Identifikation af sammenlignelige lande/regioner i EU	3								x	x	x																													
3	Erfaringsudveksling: Afklaring af behov	5	x	x	x	x	x																																		
3	Kommunikation omkring klimatilpasning: Erfaringer fra DK og EU	4									x	x	x	x	x																										
3	Kommunikationsplan	2													x	x																									
3	Studietur	1																	x																						
4	Beslutningsstøtte. Afklaring af behov	4													x	x	x	x																							
4	Strategi udarbejdes for beslutningsstøttesystem	3																x	x	x																					
4	Kortmateriale: Risikovurdering hovedstadsregionen	33				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
4	Risikovurdering: Dialog med Staten	31					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
5	Kommuner og Forsyningsselskabers oplevede behov for kompetence	4																					x	x	x	x															
5	Borgere og virksomheder: Oplevede behov for kompetenceløft i det off.	4																					x	x	x	x															
5	Mål og strategiplan for kompetenceløft	3																								x	x	x													
5	Kursus i klimatilpasning: Udvikling	8																								x	x	x	x	x	x										

Annex 4: KLIKOVAND Mødeplan

[illegible]

Bilag deltagere

Deltager kommuner

Kommuner	Kontaktperson	
	Navn	E-mail
Albertslund Kommune	Niels Carsten Bluhme	niels.carsten.bluhme@albertslund.dk
Allerød Kommune	Ole Dahlqvist Sørensen	Ole.DahlqvistSorensen@Alleroed.dk
Ballerup Kommune	Lars Algren	lag@balk.dk
Bornholms Kommune	Hardy Hans Pedersen	hardy.pedersen@brk.dk
Dragør Kommune	Kim Jørgensen	kimj@dragoer.dk
Egedal Kommune	Thomas Jacobsen	thomas.jacobsen@egekom.dk
Fredensborg Kommune	Tina Krüger	tiku@fredensborg.dk
Frederiksberg Kommune	Susanne Jakobsen	suja01@frederiksberg.dk
Frederiksund Kommune	Ejvind Mortensen	emort@frederikssund.dk
Furesø Kommune	Susanne Kjær Nielsen	skni@furesoe.dk
Gentofte Kommune	Christian Madsen	chm@gentofte.dk
Gladsaxe Kommune	Kristoffer Amlani Ulbak	kulbak@gladsaxe.dk
Glostrup Kommune	Michael Seifert	michael.seifert@glostrup.dk
Gribskov Kommune	Vibeke Meno	vmeno@gribskov.dk
Halsnæs Kommune	Niels Skov Olesen	nsol@halsnaes.dk
Herlev Kommune	Jesper Raad Petersen	jesper.raad.petersen@herlev.dk
Hillerød Kommune	Maj Brit Jensen	mbrj@hillerod.dk
Hvidovre Kommune	Carsten Raad Petersen	crp@hvidovre.dk
Høje Taastrup Kommune	MANGLER	MANGLER
Hørsholm Kommune	Frank Steen	fst@horsholm.dk
Københavns Kommune	Yvonne Jørgensen	yvojoe@tmf.kk.dk
Lyngby-Taarbæk Kommune	Kim Dahlstrøm	kida@ltk.dk
Rudersdal Kommune	Lis Thodberg	lith@rudersdal.dk
Rødovre Kommune	Johanne Bruun	johanne.bruun@rk.dk
Vallensbæk Kommune	Lars Christensen	lc@vallensbaek.dk

Deltagerforsyninger

Forsyningsselskab
Albertslund Forsyning
Allerød forsyning
Ballerup Forsyning
Bornholms Forsyning
Egedal Forsyning
Fredensborg Forsyning
Frederiksberg Forsyning
Frederiksund Forsyning
Furesø Spildevand A/S
Halsnæs Forsyning
Herlev Kloak A/S
Hillerød Forsyning
Hvidovre Forsyning
Hørsholm Forsyning
KE
Lyngby-Taarbæk Forsyning
Nordvand Gentofte/Gladsaxe
Rudersdal Forsyning
Rødovre Vand A/S
Vallensbæk Forsyning

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 19

Emne: Uddannelsesprojekter

4 bilag

Sag 3, bilag 1: Administrationens vurdering af uddannelsesprojektet**1. Projekt 'Viden i Udvikling'**

Københavns Universitet (KU) ansøger om 11.892.757 kr. fra puljen "Den regionale udviklingsplanlægning" under øvrig regional udvikling i støtte i perioden maj 2012 til april 2015 til projektet 'Viden i Udvikling'. KU søger på vegne af fakulteter på KU og Danmarks Tekniske Universitet (DTU), der samlet favner tekniske, humanistiske, samfunds-, bio og naturvidenskabelige vidensområder.

Projektet har et samlet budget på 25.862.459 kr., heraf kommer 13.942.702 kr. fra parterne selv.

Administrationen har forud for endelig ansøgning haft tæt dialog med KU og DTU om projektet for at sikre, at projektet kan indgå som en del af udrulningen af den nye regionale uddannelsesstrategi, som er en del af den kommende regionale udviklingsplan. Projektet kan medvirke til at sikre opnåelse af målet om, at uddannelserne i hovedstadsregionen giver flere unge og voksne kompetencer, som arbejdsmarkedet efterspørger, og som skaber vækst og udvikling i regionen under indsatsområdet *Kompetencer der matcher fremtidens behov*.

Herudover understøtter projektet Region Hovedstadens nuværende regionale udviklingsplans overordnede målsætning om *Videregående uddannelse i pagt med regionens behov* under indsatsområderne *Udvikling af nye uddannelser og uddannelsesforløb i pagt med regionens behov* og *Samspil med private og offentlige arbejdsgivere*.

2. Samlet vurdering

Projektet 'Viden i Udvikling' har to hovedformål:

- At udvikle og afprøve holdbare koncepter for tidlig erhvervsintroduktion og en bredere karrierebevidsthed hos KU's og DTU's studerende
- At udvikle og afprøve værdiskabende samarbejdskoncepter mellem regionens virksomheder, KU og DTU

Det sker gennem to spor målrettet henholdsvis bachelorstuderende og kandidatstuderende. Spor 1 har særligt fokus på karrierevejledning af bachelorstuderende for at modvirke tidligt frafald og studieskift begrundet i de studerendes manglende klarhed over uddannelsesmål, erhvervede kompetencer og jobmuligheder. Spor 2 har fokus på akademikermodning af virksomheder og kandidatstuderende gennem tæt vidensudveksling og etablering af nye og værdiskabende samarbejdsflader med regionens virksomheder. Der er et særligt fokus på mindre og mellemstore virksomheder.

Set i lyset af den økonomiske krises negative indflydelse på akademikerledigheden, som går særligt ud over de unge, er det administrationens vurdering, at projektet er et vigtigt tiltag i forhold til at klæde de unge på til at træde ind på arbejdsmarkedet og skabe plads til de unge på arbejdsmarkedet i små og mellemstore virksomheder.

Administrationen vurderer, at projektets klare fokus på at motivere universitetsstuderende via erhvervs- og karriererelevant undervisning er helt nødvendigt for at sikre, at flere gennemfører en lang videregående uddannelse. Projektet forventes at medvirke til, at vi når målet fra den kommende regionale uddannelsesstrategi om, at 25 procent får en lang videregående uddannelse, og sikre at flere nyuddannede får job. Derfor anbefaler administrationen, at regionen støtter projektet med 10 mio. kr. Der er således tale om en mindre nedjustering i forhold til det ansøgte beløb, som administrationen vurderer passende for de beskrevne aktiviteter og forventede effekter.

3. Formål og forventede effekter

Det overordnede formål med projektet er at sikre, at universiteterne uddanner unge mennesker, der har de kompetencer, der efterspurgtes på det regionale arbejdsmarked, og at der skabes bedre match mellem virksomheder og studerende/dimittender. Dette resumeres i tre hovedformål i projektet:

1. At give regionens virksomheder indsigt i, hvordan studenter og dimittender kan tilføre virksomhederne værdi via eksempelvis vidensudveksling, jobforberedende arrangementer og konkrete samarbejder.
2. At styrke studerende og dimittenders karrierevalg, mindske tidlige studiefrafald, og sikre hurtigere overgang fra studie til job via øget kompetencebevidsthed og kendskab til regionens erhvervsliv og branchemuligheder.
3. At universiteterne erhverver sig unik viden om (effekten af) institutionernes karriereindsats, og dermed bliver i stand til at løfte de nuværende aktiviteter over i en mere målrettet indsats.

I udrulningen af projektet og gennem arbejdet i styregruppen vil administrationen lægge vægt på effektmåling. Der vil blive etableret en kvantitativ baseline med data om bl.a. frafald, dimittendledighed og tilfredshedsanalyser, som sammenlignes med kontrolgrupper. Samtidig skal effektmålingsmetoden sikre, at det bliver muligt at sammenligne med tidligere år og følge en udvikling. Administrationen vil lægge vægt på, at der opbygges et solidt vidensgrundlag på baggrund af kvalitativ dataindsamling, som kan danne udgangspunkt for en solid forankring af projektets resultater efter udløb i 2015.

Det er administrationens vurdering, at både kvantitative og kvalitative målinger udgør et solidt redskab til at vurdere projektets indflydelse på bachelor- og kandidatstuderendes karrierefremmelse. Det er derfor administrationens vurdering, at baseline-målinger eller detaljerede planer for udvikling heraf skal indgå i evalueringsplanen.

I projektet opstilles følgende resultatmål:

- 50 % større oplevet karrierebevidsthed blandt de deltagende studerende
- 15 % flere projektsamarbejder eller studerende i studiejob hos regionens virksomheder
- 25 % udbudte studiejob på Jobbank.ku.dk/Jobbank.dtu.dk
- 50 % flere udbudte projekter på Jobbank.ku.dk/Jobbank.dtu.dk

og følgende effektmål:

- 15 % mindre frafald blandt studerende, der deltager i projektet (dvs. fra i gns. 12 % til 11 %)
- 15 % lavere dimittendledighed blandt dimittender, der deltager/har deltaget i projektet (fra gns. 25 % til 21 %)
- Styrkelse af virksomhedernes mulighed for vækst og innovation via flere projekt- og specialesamarbejder med afsæt i konkrete virksomhedsproblemstillinger
- Øget samspil og løbende videnstransfer mellem virksomheder og universitet via virksomhedsnært samarbejde og partnerskaber
- Øget viden om, hvilke karrierefremmende initiativer, der virker bedst

Administrationen vil gå i dialog med projektholder, således at der i opstartsfasen etableres en kvantitativ baseline med samtlige relevante indikatorer for de deltagende fakulteter. Samtidig lægges vægt på, at der opbygges et solidt vidensgrundlag med kvalitativ dataindsamling, som kan danne udgangspunkt for en solid forankring af projektets resultater efter udløb i 2015.

Administrationen vurderer, at projektets klare fokus på, at de studerende motiveres gennem erhvervs- og karriererelevant undervisning, samt afklares ift. karriere gennem aftagerorienterede udslusningsaktiviteter byder på en oplagt mulighed for at arbejde videre med gode erfaringer fra andre regionale projekter. Samtidig forventes projektet at medvirke til, at vi når målet fra den kommende regionale uddannelsesstrategi om, at 25 procent får en lang videregående uddannelse, at de 25 % heraf skal være lange videregående uddannelser, og sikre at flere nyuddannede får job.

4. Aktiviteter

Projektet bygger videre på KU og DTU's gode erfaringer fra projekter om karrieremodning, samt aktuelle projekter som CIEL, Next Generation, Katapult & Katalyst, der arbejder med at udvikle entrepreneurship og innovationspotentiale hos undervisere, studerende og dimittender. Herudover trækkes på erfaringer fra bl.a. DTU-projektet Forskeren som Brobygger samt projekter med fokus på erhvervsnetværk for mindre og mellemstore virksomheder som One Stop Science Shop og DTU Match.

Af konkrete aktiviteter kan nævnes:

- Kompetenceklar-pakker for bachelorstuderende.
- E-afklaringsredskab til online-understøttelse af karrierevejledning
- Akademikermodning i mellemstore virksomheder gennem partnerskaber
- Etablering af Center for Studenterprojekter på DTU, hvor studerende udfører teknologibaserede projekter for erhvervslivet.

Ud fra de nuværende forudsætninger er det administrationens vurdering, at aktiviteterne kan bidrage til at opnå de ønskede effekter. Administrationen vil bl.a. gennem arbejdet i styregruppen påpege, at studenterprojekterne for virksomhederne ikke må blive konkurrenceforvridende i forhold til private firmaer, som kunne tænkes at levere lignende ydelser.

I godkendelsen af den endelige evalueringsplan vil administrationen lægge vægt på dokumentation af fremdrift, samt at evalueringen på baggrund af kvantitative og kvalitative data vurderer opnåelse af effektmål, hvordan projektet bidrager til at opnå de regionale målsætninger, samt at evalueringen munder ud i bredere anvendelige anbefalinger.

I godkendelsen af kommunikationsplanen for projektet vil administrationen lægge vægt på, at der kommunikeres bredt via både pressen og eksempelvis seminarer, workshops og andre formidlingsaktiviteter. Der vil desuden blive lagt vægt på, at pro-

jektet inddrager Region Hovedstaden løbende med henblik på at synliggøre regionens profil og indsat på uddannelsesområdet.

5. Regional forankring

Projektet gennemføres af to af de helt store videregående uddannelsesinstitutioner med samlet set over 42.000 studerende, som i fællesskab kan sikre, at projektets resultater får maksimal effekt på yderligere fakulteter og institutter, som ikke i første omgang er involveret i projektet. Projektet er hermed en god mulighed for, at regionens dagsorden og målsætninger spredes på regionens universiteter.

Ansøgning til Region Hovedstaden om støtte til udviklingsprojekt inden for uddannelse

Københavns Universitet, Danmarks Tekniske Universitet



VIDEN I UDVIKLING
– KU, DTU, REGION HOVEDSTADEN

21. FEBRUAR 2011

UDDANNELSESSERVICE
VEJLEDNING & OPTAGELSE

1. Resumé

FIOLSTRÆDE 1

Viden i Udvikling er et ambitiøst og komplekst samarbejde mellem Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet. Vi ønsker at gribe den mulighed for at forene vores forskellige fagligheder og erfaringer med virksomhedssamarbejde og karrierevejledning i en forandrende satsning til gavn for såvel studerende/dimittender, som for Region Hovedstaden.

TLF 35322626

DIR 35322884

svr@adm.ku.dk

www.studier.ku.dk

Projektet henvender sig til regionens erhvervsliv, særligt mindre og mellemstore virksomheder, som inviteres til at udvikle viden og samarbejdsrelationer, der dels kan styrke de studerendes karriereparathed og kendskab til det regionale arbejdsmarked, dels kan tilføre virksomhederne værdi og viden om studerende og dimittender fra KU og DTU.

REF: SVR

Samarbejdet er tresidet

- **Regionens virksomheder** og erhvervsaktører, alumner og brancheorganisationer inviteres til at indgå samarbejde, bidrage med oplæg, cases, studiejobs og konkrete problemstillinger, der kan løses i samarbejde med kvalificerede studerende fra DTU og KU.

På længere sigt vil projektets fokus på at udvikle værdiskabende samarbejdsrelationer og vidensudveksling bidrage til det regionale udviklingsfokus på vækst og innovation i mindre og mellemstore virksomheder.

- **Bachelor- og kandidatstuderende** fra KU Science, Samfundsvidenskab og Humaniora samt DTU udvælges og inviteret til at deltage i kompetence- og karriereudvikling, branchemøder og konkrete projektsamarbejder eller job i regionens virksomheder.

På længere sigt vil projektets fokus på at karrieremodne de studerende og udbrede deres kendskab til et bredt regionalt arbejdsmarked forebygge frafald og langvarig ledighed blandt regionens dimittender.

- **KU og DTUs** undervisere og vejledere faciliterer mødet mellem studerende og virksomheder, og inddrages i udvikling af caseeksempler og samarbejdsrelationer.

På længere sigt vil den viden, projektet genererer om erhvervslivets behov og karrierevejledning af studerende indlejres i institutionerne og bidrage til det videre omverdenssamarbejde på KU og DTU.

Projektet har 2 spor

1. Erhvervsintroduktion til bachelorstuderende.

Projektet nytænker de hidtidige karrierevejledningsindsatser ved at fokusere på en tidlig og faglig tæt indsats rettet mod bachelorstuderende. Formålet med den tidlige erhvervsintroduktion er at styrke de studerendes mål med uddannelsen og kendskab til utraditionelle job i regionen.

2. Vidensudveksling og karrieremodning af kandidatstuderende.

Hensigten er at udvikle nye og værdiskabende samarbejder mellem regionens mindre og mellemstore virksomheder og kandidatstuderende fra KU/DTU. Via projekt- og casesamarbejde får de studerende mulighed for at målrette deres studium og får vigtige erfaringer, som vil styrke deres mulighed for job efter dimission, samtidig med at virksomhederne får mulighed for at efterprøve, hvad et samarbejde med en studerende kan betyde.

Projektet trækker på erfaringer fra karrierevejledning og erhvervssamarbejde på KU, DTU og internationalt (jf. pkt.5). Projektet er en nytænkning, der løfter de hidtidige erfaringer fra en række forskellige indsatser til en samlet og koordineret satsning med varige effekter for såvel universiteterne, de involverede studenter og virksomheder, som for samfundet (jf. pkt.2 og 3).

KUs og DTUs forskellige erfaringer med karrierevejledning og erhvervssamarbejde samles i projektet og via den interne koordinationsgruppe sikres tværfaglig synergi og udveksling i projektaktiviteterne. Regionen inddrages mhp. at sikre, at kommunikationen til og med de involverede parter er målrettet og koordineret (jf. pkt.9 og 12).

Projektet forankres i de eksisterende faglige miljøer, og det centrale fokus på at evaluere effekten af aktiviteterne giver en unik viden, som kan indlejres i universiteternes fremtidige omverdensarbejde (jf. pkt.10 og 11).

Projektet støttes af en række brancheorganisationer, kommuner, og etablerede netværk og kontakter, der vil blive inddraget i udpegningen af relevante virksomheder og afvikling af projektaktiviteter (jf. bilag 3).

2. Formål

SIDE 3 AF 22

Med afsæt i behovet for at styrke den økonomiske vækst i Region Hovedstaden og mindske samfundsmæssigt talentspild er projektets overordnede formål at:

- udvikle og afprøve holdbare koncepter for tidlig erhvervsintroduktion og en bredere karrierebevidsthed hos KUs og DTUs studerende
- udvikle og afprøve værdiskabende samarbejdskoncepter mellem regionens virksomheder, KU og DTU.

3. Mål og effekter

Via samarbejdet mellem institutionerne og regionens erhvervsliv er målene at:

- **Regionens virksomheder** opnår udvikling og indsigt i, hvordan studenter og dimittender fra de to universiteter kan tilføre virksomheden værdi via videnudveksling, jobforberedende arrangementer og konkret samarbejde med KUs og DTUs uddannelser og dimittender.
- **Studerende og dimittender** styrker deres karrierevalg, tidligt studiefrafald mindskes, og hurtigere overgang fra studie til job sikres via øget kompetencebevidsthed og kendskab til regionens erhvervsliv og branchemuligheder.
- **Universiteterne** erhverver unik viden om (effekten af) institutionernes karriereindsats, og dermed bliver i stand til at løfte de nuværende aktiviteter over i en mere målrettet indsats.

Målene søges opfyldt via en række resultatmål tilknyttet de enkelte projekttaktiviteter (afsnit 6). Vores antagelse er, at projektet vil have følgende overordnede effekter:

- Reduktion af samfundsmæssigt dyre studiefrafald via en tidlig indsats for afklaring af studievalgets mål, karrieremuligheder og arbejdsmarkedsfokus.. Vi anslår 15% reduktion ift. kontrolhold
- Reduktion af dimittendledigheden som følge af målrettet karrieremodning af kandidatstuderende og akademikermidning af virksomheder. Vi anslår 15% reduktion ift. kontrolhold.
- Styrkelse af virksomhedernes mulighed for vækst og innovation via flere projekt- og specialesamarbejde med afsæt i konkrete virksomhedsproblemstillinger. Vi beder virksomhederne vurdere udbyttet af samarbejdet.
- Øget samspil og løbende videnstransfer mellem virksomheder og universitet via virksomhedsnært samarbejde og indgåede partnerskaber. Vi måler indgåede samarbejdsaftaler, projekter mv.
- Øget viden om hvilke karrierefremmende initiativer, der virker bedst. Vi opstiller kontrolgruppeforsøg og udvidet evaluering.

4. Regional relevans

Projektet er et samarbejde mellem Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet, der er 2 af regionens store videregående uddannelsesinstitutioner med samlet set over 42.000 studerende. Tilsammen uddanner de 2 universiteter årligt knap 7000 kandidater til et arbejdsmarked, der primært ligger inden for Region Hovedstaden.¹ Samarbejdet er unikt for så vidt som, at de 2 universiteter komplementerer hinanden, og samlet favner projektet de tekniske, humanistiske, samfunds-, bio og naturvidenskabelige vidensområder.

Projektets fokus på at skabe mødesteder mellem KU/DTU-studerende og regionens virksomheder, og at klæde de studerende på til karrierer i regionens virksomheder understøtter regionens uddannelsesstrategiske vision om at udruste ”unge og voksne med de faglige, akademiske og innovative kompetencer, som er efterspurgt i det private og offentlige erhvervsliv” (forslag til Regional udviklingsplan 2012). Især forholder projektet sig til følgende forslag til regionale indsatsområder:

- Sammenhæng i uddannelserne, herunder glidende overgange mellem uddannelsessystemet, erhvervslivet og omverdenen (indsatsområde 3.1).

Projektet fokuserer på at generere samarbejde og øget kontakt mellem studerende og erhvervslivet med det formål at lette overgangen fra uddannelse til ansættelse.

- Motiverende undervisning, herunder sammenhængen mellem teori og praksis (indsatsområde 3.2).

Centralt for projektet er det tætte samspil mellem fag, undervisere og erhvervsliv, bl.a. i form af caseudvikling og projektsamarbejde, der giver den studerende mulighed for at afprøve de faglige kompetencer i praksis og en oplevelse af, at uddannelse ikke er afkoblet virkeligheden.

- Kompetencer, der matcher fremtidens behov (indsatsområde 3.3).

Et væsentligt succeskriterium for projektet er via det tættere samarbejde mellem universiteter og erhvervsliv at skaffe viden om, hvilke kompetencer, erhvervslivet efterspørger hos kandidaterne. Projektets organisatoriske struktur skal sikre tilbageløb til den videre uddannelsesudvikling og omverdenssamarbejdet på KU/DTU.

- Endelig adresseres også frafaldsproblematikken, hvor de videregående uddannelser på samme måde som ungdomsuddannelserne, er udfordrede af et stort frafald på især de første år af bacheloruddannelsen.

¹ Jf. fx Dimittendundersøgelsen for Det Naturvidenskabelige Fakultet 2010, <http://www.e-pages.dk/ku/431/fullpdf/full4ee0bd745da9c.pdf>

Frafaldet på 1. år af KUs humanistiske, samfundsvidenskabelige og naturvidenskabelige uddannelser ligger på gennemsnitlig 11%, mens det på DTU er på 15%. Det ønsker vi at reducere ved at formidle og afklare uddannelsesmål og kompetencer: En faktor, vi ved, mindsker risikoen for frafald undervejs i studiet og har en forbedrende effekt for gennemførelseshastigheden hos de studerende.²

Projektet har desuden relevans for regionens Erhvervsudviklingsstrategi. Især adresserer projektet målsætningerne for 2011-2013 om;

- Universitets- og forskningsinstitutionerne som innovationspartnere, og
- Højtuddannede i den private sektor

5. Baggrund

I den nuværende recession har særligt nyuddannede akademikere udsigt til lange arbejdsløshedsperioder. Jf. statistik fra Akademikernes Centralorganisation var ledigheden for sommerdimittender 2011 på hhv. 33,7% (magistre), 21,4% (Djøl'ere) og 20,1% (ingeniøre).³

Projektet omfatter studerende og næstenkandidater fra de 3 grupper og adresserer en kolossal samfundsmæssig udfordring jf. rapporten *"Samfundsøkonomiske konsekvenser af dimittendledighed for videregående uddannelse"*, Djøl/AE 2011. Vi har ikke råd til at lade unge talentfulde mennesker være uproduktive i længere perioder, og det er altafgørende, at der skabes bedre fit mellem virksomheder og studerende/nydimitterede.

Denne ansøgning er med andre ord et udspil fra Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet for at tage et medansvar for den regionale udvikling og for regionens dimittender. Projektet er udviklet på baggrund af erfaringer fra en række tidligere og eksisterende satsninger på KU/DTU, der sigter mod at styrke de studerendes jobparathed og kontakt til potentielle aftagere:

Karrierevejledningsprojekter som *JobLab* har givet erfaringer med at karriere modne kandidatstuderende. Aktuelle projekter som CIEL, Next Generation, Katapult & Katalyst arbejder med at udvikle entrepreneurship og innovationspotentiale hos undervisere, studerende og dimittender. Samarbejde mellem universitet og virksomheder er igangsat af bl.a. DTU-projektet Forskeren som Bro bygger til Erhvervslivet, mens KUs alumneforening KUBULUS siden 2007 har udviklet stærke koncepter for partnerskaber mellem KU og Danmarks store virksomheder. Endvidere har DTU gennem de sidste 3-4 år opbygget et stort er-

² Jf. *"Samfundsøkonomiske konsekvenser af dimittendledighed for videregående uddannelse"*, Djøl/AE 2011

³ <http://www.ac.dk/files/pdf/Ledighed-dec-2011.pdf>

faringsgrundlag via One Stop Science Shop og DTU Match, hvor etablering af samarbejder mellem universitetet og MMV er hovedformålet.⁴

Projektet trækker desuden på internationale erfaringer. Dels fra den engelske universitetsverdens resultater med obligatorisk kompetenceafklaring af studerende, dels fra Finland, hvor man har gode erfaringer med caseudvikling i tæt samarbejde mellem universiteter og virksomheder.

Denne satsning henvender sig til det regionale erhvervsliv, som har mod på at indgå i forskellige former for samarbejde for på kort sigt at få løst konkrete opgaver i virksomheden og at skabe åbne døre mellem virksomheden og KU/DTU, som på længere sigt kan medvirke til vækst for regionen.

Udbyttet af samspillet mellem universitet og erhvervsliv er dokumenteret af Forsknings- og Innovationsstyrelsen⁵, der bl.a. påviser, at der er en konkret og målbar gevinst for virksomheder, som samarbejder med vidensinstitutioner i form af forsknings- eller udviklingssamarbejde.

Erfaringerne fra DTU Match er, at MMV'erne efterspørger hjælp til opgaveløsning, der ofte ikke har den fornødne forskningshøjde, men som til gengæld vil være velegnet som studenterprojekt. KU/DTU vil således udvikle samarbejdsrelationer med virksomheder og organisationer, der har behov for at få løst en konkret opgave og kan se mulighederne i at få en kvalificeret studerendes bud på konkret projektløsning.

AC's rapport om overgangen fra studium til job *"Det frie valg eller det frie fald"* (2010) konkluderer, at erfaring fra et relevant studiejob eller lignende har en markant effekt på jobmulighederne. Således havde 63 % af de adspurgte dimittender i job erfaring fra et studierelevant arbejde, mens det kun gjaldt 46 % af de ledige dimittender.

Rapporten viser også, at studerende, der kender deres erhvervede kompetencer og har et klart mål med uddannelsen, er bedre rustet til jobsøgningen. I en lignende undersøgelse konkluderer AC, at kun 19 % af humanisterne vurderer, at anvendelsesmulighederne af deres studie er meget gode, på trods af at netop humanister har et potentielt meget bredt arbejdsmarked.⁶

Denne konklusion understøttes af universiteternes egne undersøgelser⁷ og erfaringer, der viser, at målrettet kompetenceafklaring og karrierevejledning undervejs i uddannelsen nedsætter risikoen for frafald og forsinkende studieskift, og øger chancen for job efter endt uddannelse.

⁴ Jf. fx DTU Vitis – afrapportering 2008-2011

⁵ "Produktivitetseffekter af erhvervslivets forskning, udvikling og innovation", 2010

⁶ Rapporten "Højtuddannedes veje fra uddannelse til beskæftigelse", AC 2007

⁷ Fx Humanistundersøgelsen 2007 <http://www.ac.dk/files/pdf/Humanistundersogelsen-2007.pdf>

Endelig er projektaktiviteterne udviklet via dialog med samarbejdspartnere som Dansk Industri, Landbrug & Fødevarer, GTS, Dansk Erhverv, Væksthus Hovedstadsregionen, der alle inddrages i projektafviklingen (jf. bilag 3).

SIDE 7 AF 22

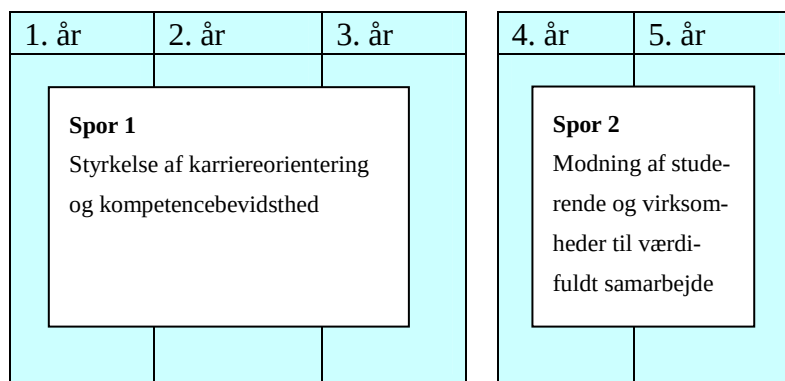
6. Hovedaktiviteter

Aktiviteterne har vi lagt i 2 spor med fokus på forskellige steder i de studerendes uddannelsesforløb og med forskellig tyngde i samarbejdsrelationerne med virksomhederne.

Projekterne søger på forskellig vis at opfylde de skitserede effektmål, som beskrevet ovenfor (jf. afsnit 3).

Spor 1 er udviklet med særligt fokus på bachelorstuderende. Projektet trækker på erfaringer fra karrierevejledning af kandidatstuderende, men nytænkes her til en satsning, der skal modvirke tidligt frafald og studieskift begrundet i de studerendes manglende klarhed over uddannelsesmål, erhvervede kompetencer og jobmuligheder.

Spor 2 består af 2 delprojekter med fokus på akademikermodning af virksomheder og kandidatstuderende gennem tæt vidensudveksling og etablering af nye og værdiskabende samarbejdsflader med regionens virksomheder. Der er et særligt fokus på mindre og mellemstore virksomheder.



SPOR 1. ERHVERVSINTRODUKTION

Projektaktiviteterne er rettet mod bachelorstuderende på KU Science, Samfundsvidenskab og DTU.

Projektet er en nytænkning, der trækker på erfaringer fra vejledning af kandidatstuderende, der viser, at en tidlig karriereindsats har en positiv effekt på de studerendes målrettethed i studierne, og dermed på studiefrafald og forsinkelser. Projektet vil udvikle et koncept for tidlig erhvervsintroduktion og ønsker at måle effekten af den tidlige indsats i form af øget projektsamarbejde og studiejobfokus hos bachelorstuderende.

Erhvervsintroduktionen på bachelorniveau består af flere indsatser, som skal sikre en tidlig orientering mod beskæftigelses- og karrieremulighederne blandt regionens virksomheder.

Erhvervsintroduktionen skal gennem præsentation af mulighederne inspirere de studerende til at tage fat på både studiejob og erhvervssamarbejde undervejs i uddannelse. Erhvervsintroduktionen skal vise, hvordan uddannelsen kan bruges i praksis og samtidig også skærpe virksomhedernes blik for de særegne kompetencer, som de enkelte uddannelser bidrager med, samt øge de studerendes fokus på de kompetencer, som Regionens virksomheder efterspørger.

Samtidig skal erhvervsintroduktionen bidrage til at øge de studerendes bevidsthed om egne kompetencer og dermed deres evne til at sætte de kompetencer i spil i virksomhedssamarbejder, studiejob mv.

Aktiviteterne i erhvervsintroduktionen understøttes af KUs og DTUs virtuelle karrierebørser Jobbank.ku.dk/Jobbank.dtu.dk. I projektperioden vil jobbankernes potentiale som mødested mellem regionens virksomheder og KU/DTU-studerende blive udviklet via parallelle projekter, og jobbankerne vil være afsæt for målrettede kampagner mod regionens MMV og KU/DTU-studerende. Dette fokus finansieres via institutionerne.

Sporet består af 2 udviklingsprojekter og forholder sig især til følgende overordnede effektmål (jf. afsnit 3):

- 15 % reduktion af samfundsmæssigt dyre studiefrafald.
- Øget samspil og løbende videnstransfer mellem virksomheder og universitet.
- Øget viden om hvilke karrierefremmende initiativer, der virker bedst.

Delprojekt 1. Kompetenceklar-pakker

Konkret vil projektet udvikle Kompetenceklar-pakker for bachelorstuderende. I pakkerne indgår aktiviteter som:

- a. Kompetenceafklaringsworkshops (inkl. it-baseret kompetenceprofil).
- b. Branchemøder
- c. Netværksstyrkelse
- d. Alumnemøder (oplæg, speed-dating mv)
- e. Kursus i effektiv job-/projektsøgning
- f. Jobshadowing

Delprojekt 2. E-afklaringsredskab

Konkret vil projektet udvikle kompetenceafklarende værktøjer til on-line-understøttelse af karrierevejledning fx dynamiske cv-skabeloner, refleksionsredskaber mv. Kompetenceværktøjet lægges i tilknytning til KUs virtuelle jobbank, så der via redskabet og projektets øvrige aktiviteter skabes en sammenhæng, hvis endemål er cv og jobsøgningskompetencer. Projektet er udviklet på baggrund af dialogmøde med Rambøll Management.

Deltagere

- Bachelorstuderende (400-500 studerende) fra KU Science og Samfundsvidenskab samt DTU.
- 30-50 MMV i Region Hovedstaden (oplæg på branchemøder, caseudvikling, projektsamarbejde, studiejob)
- Studieledere og undervisere på de involverede uddannelser (udvikling af cases, forankring)
- Brancheforeninger/klynger (kontakt til virksomheder)
- Uddannelses- og fakultetsbaserede aftagerpaneler (fx oplæg på branchemøder mv.)
- Karrierevejledere (projektledelse, facilitering, workshop- og udviklingsansvarlige)
- Jobbank.ku.dk-koordinator (udvikling af kompetenceafklaringsværktøj, kampagner)

Ansvarlige

KU-Samfundsvidenskab: AC-vejleder Søren Hedegaard Sørensen

KU-Science: Sektionsleder Gitte Henchel Madsen

DTU Karrierecenter: Konsulent Helle Rønne Warburg

E-afklaring: Souschef Signe V. Riis, KU

Konkrete resultatmål

1. 50 % større oplevet karrierebevidsthed blandt de deltagende studerende
2. 15% flere projektsamarbejder eller studerende i studiejob hos regionens virksomheder
3. 25% flere udbudte studiejob på Jobbank.ku.dk/Jobbank.dtu.dk
4. 50% flere udbudte projekter på Jobbank.ku.dk/Jobbank.dtu.dk

Hvordan måler vi resultat- og effektmål?

Ad 1-2) Forløbsundersøgelse

- Første årgang 2012 på 6 udvalgte uddannelser spørges til forventninger og ambitioner om job og karrieremuligheder. Tilsvarende spørges 3. årgang, samt til omfanget af relevant studiejob, projektsamarbejde.
- Fra første årgang 2012 udvælges forsøgshold samt fagligt modsvarende kontrolhold. Forsøgsholdene tilbydes særlige kompetenceklar-pakker, mens kontrolholdene kun modtager ordinære tilbud om kompetenceafklaring.
- Årligt spørges holdene til karriereambitioner, afklaring mv. samt til omfanget af studiejob/case/projektsamarbejde med virksomheder. Årligt sammenholdes frafaldstal for grupperne.
- Forår 2015 laves afsluttende rapport. Rapporten sammenholder omfang af samarbejdsprojekter/studiejob med 3.årgang 2012.

Ad 3-4) Gennem hele projektperioden vil vi lave målinger på antallet af udbudte projekter på KU Jobbank og DTU Jobbank. Via disse målinger vil vi kunne se effekten af kampagner

SIDE 10 AF 22

Tidligere erfaringer/projekter, der bygges på

Dette spor tager afsæt i eksisterende erfaringer fra karrierevejledning af kandidatstuderende, samt i undersøgelser og tidligere projekter. Især trækkes på erfaringer fra:

- *JobLab Humaniora & LIFE* (2010)
- Erfaringer fra engelske universiteters obligatoriske krav om Personal Development Planning, der har været pionerer i udvikling af online-understøttelse af karrierevejledningen, dels i form af konkrete redskaber, den studerende kan benytte hjemme og 'on-the-go', dels i form af web-baseret profilering af særlige brancher og jobtyper.
- Dimittendundersøgelsen for Det Naturvidenskabelige Fakultet (2010)
- Humanistundersøgelsen (2007)
- ACs rapport "Frit Fald" (2010)
- Djøf/AE-rapporten "*Samfundsmæssige konsekvenser af langvarig dimittendledighed*" (2011)

SPOR 2. VIDENSTRANSFER OG AKADEMIKERMØDNING

Sporet har fokus på akademikermødning af virksomheder og kandidatstuderende på KU og DTU gennem tæt vidensudveksling og etablering af nye værdiskabende samarbejdsflader med regionens mindre og mellemstore virksomheder. Med akademikermødning menes der, at projektet er med til at sikre et større kendskab og forståelse mellem MMV og akademiker, således at begge parter får øjnene op for det fælles potentiale.

Sporet består af 2 delprojekter og forholder sig især til følgende overordnede effektmål (jf. afsnit 3)

- 15 % reduktion af dimittendledigheden.
- Styrkelse af virksomhedernes mulighed for vækst og innovation.
- Øget samspil og løbende videnstransfer mellem virksomheder og universitet.
- Øget viden om hvilke karrierefremmende initiativer, der virker bedst.

Delprojekt 3. Akademikermødning i MMV

Alumnesekretariatet på Københavns Universitet har siden 2007 etableret gode partnerskaber med over 100 store danske og internationale virksomheder.

Med dette projekt vil vi udvikle et koncept for partnerskabsaftaler med mindre og mellemstore virksomheder og kommuner i Region Hovedstaden.

Via udvikling af samarbejdsaftaler og konkrete nye samarbejdsmuligheder skal projektet sikre en stærkere forankring mellem universitetets næstendimittender og regionens afgangsvirksomheder. Hensigten er at opdyrke et gensidigt engagement og kendskab - en såkaldt akademikermodning mellem virksomhederne og de studerende.

Initiativet er en nyskabelse og en væsentlig udvidelse i forhold til de aktiviteter, der p.t. tilbydes studerende i form af åbne mentorordninger, karrieremesser m.v., og fokus er på det brede arbejdsmarked i form af studerendes sparring med MMV og kommuner. Dette er nyt, da der tidligere kun er indgået samarbejde med store virksomheder.

Pilotprojektet gennemføres på to KU-fakulteter; Science og Humaniora, hvor studierne sjældent er rettet mod en bestemt profession, og de færdige kandidater har derved et bredt og for nogle uoverskueligt spektrum af muligheder.

Udvalgte hold fra tre-fire uddannelser skal have de forskellige tilbud og efter dimission sammenlignes med kontrolgruppen, som er studerende fra samme studium, der ikke har deltaget i projektet.

Tilbuddene skal hjælpe deltagerne til karriereafklaring. Da de studerende er med til at skabe et rum for akademikere i virksomheden, er det samtidig et erkendelsesskridt for deltagerne i forhold til at klargøre deres egne kompetencer og bidrag til arbejdsmarkedet. De får et netværk hos forskellige virksomheder og et øget kendskab til egne karrieremuligheder, ligesom virksomhederne får dybere kendskab til kandidaternes kompetencer og får øje på, hvordan de som virksomhed kan få glæde af en akademiker.

Virksomhederne vil igennem de forskellige tilbud kunne opnå et indgående kendskab til en langt større gruppe af potentielle nye medarbejdere. Samarbejdet vil indebære intensiv branding af virksomheden og samtidig skaber det et rum, hvor virksomheder og studerende kan se hinanden an. Den enkelte virksomhed får dermed en omfattende profilering, da de studerendes omtale af dem vil sikre en bred reklame.

Initiativet rummer en række nye tiltag:

- Karrierebørser med relevante MMV og kommuner i Region Hovedstaden. Vi betaler deltagelsesgebyret og gør det derved muligt for de studerende at møde nogle virksomheder, som de normalt ikke har direkte tilgang til. På samme måde vil det være en god chance for MMV og kommuner til at få startet en dialog med de studerende.
- Kurser som "Sælg dig selv" (workshop i to dele med fokus på deltagernes mundtlige præstation i mødet med potentielle arbejdsgivere) og workshops med introduktion til integreret projektskrivning med deltagelse af repræsentanter fra interesserede MMV og kommuner

- Job-shadowing (1-2 dages besøg i en virksomhed). Initiativet har et praktisk fokus og vil give de studerende mulighed for selv at se, hvor de kan bidrage til arbejdet i en MMV/kommune.
- Company dating (MMV, kommuner og studerende mødes omkring caféborde. Her har de 10 minutter til at finde ud af, om de gensidigt er interesserede i et fremtidigt samarbejde, inden næste studerende får mulighed for at opsøge virksomheden). Tilbuddet gør det muligt for virksomhederne at få et dybere kendskab til særlige faggrupper.
- Casebank; virksomheder byder ind med udvikling af cases til undervisningsbrug. VIP'ere uden erfaring i casebrug inviteres til infomøde med vejledning i casebrug.
- Integreret projektskrivning med MMV og kommuner. Specifikke afklaringsmøder med fokus på forventningsafstemning mellem studerende og virksomheder vil gå forud for projektskrivningen, hvad enten der er tale om et speciale eller en projektopgave. Det vil være oplagt at arbejde videre på eksempler fra Casebanken.

Deltagere

- Kandidatstuderende fra 4-6 uddannelser på KU Humaniora, Science
- Mindre og mellemstore virksomheder fra Region Hovedstaden
- Kommuner fra Region Hovedstaden
- Studielevere og undervisere på de involverede uddannelser (projektvejledning, forankring)
- Karrierevejledere (projektledelse, facilitering, workshop- og udviklingsansvarlige)
- KUs Alumnesekretariat

Ansvarlige

KU-Alumnesekretariatet: Områdeleder Tania Schwartz

Projektet forankres i KUs Alumnesekretariat, men gennemføres på KUs fakulteter og evt. på DTU, hvor det vil være forankret i karrierevejledningen.

Konkrete resultatomål

I de år projektet kører:

1. Ca. 300 studerende har deltaget i kurser
2. 25 % af deltagerne har været i job-shadowing i en MMV eller kommune
3. Der har været samarbejde med 10-15 MMV årligt
4. Min. tre company dating-arrangementer er afholdt
5. 15% af deltagende MMV og kommuner bidrager med en case
6. Der er 30 % flere projekter/specialer skrevet i samarbejde med MMV eller kommune
7. 50% af deltagerne kan forestille sig en karriere i en MMV eller en kommune

Hvordan måler vi resultatmål?

Der vil blive foretaget kvalitative og kvantitative evalueringer, og en tværgående opfølgning mellem fakulteterne er nødvendig. Spørgeskemaer skal danne grundlag for en kvalitativ undersøgelse med interviews af studerende fra både indsats- og kontrolgruppen fra de deltagende uddannelser. Resultaterne vil danne grundlag for en evalueringsrapport.

Virksomhederne vil blive bedt om at besvare en kvantitativ evaluering i forhold til resultatmål og deres tilfredshed med projektet. Med udgangspunkt i evalueringerne vil der blive foretaget en analyse og et oplæg til next-step samarbejde med kommuner og MMV'er i regionen.

De enkelte resultatmål vurderes ud fra flg.:

Ad 1-5, 7) Gennem hele projektperioden vil vi lave statistiske undersøgelser af de relevante parametre og milepæle tjener som pejlemærker til hvorvidt projektet er på rette kurs.

Ad 6) Deltagerne sammenlignes med en gruppe studerende, der ikke har deltaget i projektets tiltag (kontrolgruppen).

Projektet bygger på følgende tidligere erfaringer/projekter

- Alumneforeningens eksisterende mentorprogram, der har kørt i 4 år med over 700 mentorpar fordelt på 140 virksomheder
- Dialogmøder med mentorvirksomheder om nye aktiviteter og opfølgning på midtvejsevalueringen i mentorprogrammet 2011
- Dialogmøde med Væksthus Hovedstadsregionen vedr. MMV med akademikerpotentiale, støtteerklæring fra Jens Nedergaard er vedlagt
- Samarbejde med Københavns Kommune; møde afholdt den 5/12-2011 med borgmester for Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen Anna Mee Allerslev. Derudover
- *JobLab Humaniora & LIFE* (2010)
- Dimittendundersøgelsen for Det Naturvidenskabelige Fakultet (2010)
- Humanistundersøgelsen (2007)
- ACs rapport "Det frie Fald" (2010)

Delprojekt 4: Etablering af Center for studenterprojekter på DTU

Indsatsen består af to elementer:

1. Udvikling af center for studenterprojekter på DTU, hvor studerende udfører teknologibaserede projekter for erhvervslivet.

2. Udvikling af nye samarbejdsrelationer via et omfattende opsøgende arbejde med regionens små og mellemstore virksomheder som målgruppe med henblik på at forbedre deres adgang til viden på universitetet.

SIDE 14 AF 22

Ad 1.

DTU har en lang tradition for videnstransfer til erhvervslivet gennem uddannelse af studerende og samarbejder med erhvervslivet om innovation. De ydelser, som DTU leverer, har dog vist sig ikke i tilstrækkelig grad at adressere mindre og mellemstore virksomheders behov for videnstransfer fra universitetet

DTU Match er DTUs centrale indgang for virksomhedshenvendelser, og har ca. 200 henvendelser hvert år fra MMV. Virksomhederne henvender sig til DTU Match, der er universitetets primære indgang for små og mellemstore virksomheder. Virksomhederne efterspørger rådgivning og løsning af innovationsprægede opgaver. Størsteparten af henvendelserne har ikke den fornødne forskningshøjde til at kunne blive et forskningsprojekt. Typisk har virksomhederne ligeledes kun begrænsede ressourcer til løsning af opgaven.

Et nyt center for studenterprojekter skal udfylde denne niche i innovationssystemet. Centret skal tilbyde at løse innovationsprægede opgaver for MMV og andre organisationer uden tradition for universitetssamarbejde. Opgaverne skal løses af studerende under vejledning af fastansat personale.

Universitetsbyen Tampere i Finland har opnået bemærkelsesværdige resultater ved at etablere en fysisk ramme for studenterprojekter – under betegnelsen New Factory. Centret samler faglige vejledere og studerende fra forskellige studieretninger. De studerende udfører projekter for erhvervslivet, typisk små og mellemstore virksomheder. Projekterne bliver gennemført under vejledning af fastansatte, faglige vejledere samt ad hoc tilknyttet VIP. DTU vil gennemføre en forundersøgelse af mulighederne for et tilsvarende initiativ – og om muligt etablere et center.

Projektet består af en forundersøgelse og en 2-årig forsøgsvis etablering af et Center for Studenterprojekter, såfremt DTUs direktion godkender det. Forundersøgelsen laves i 2012 og forsøgsordningen løber i 2013- primo 2015.

Forundersøgelsen vil bestå af følgende elementer:

- En afdækning af international best practise på området
- Interviews med DTUs institutter med henblik på at informere om konceptet, afdække institutternes muligheder og perspektiver for at deltage og drøfte, hvordan studenterprojekterne kan tænkes ind i uddannelserne
- Interviews med MMV med erfaring fra samarbejde med DTUs studerende mhp. at få afdækket interesser og behov i relation til centeret.
- Afklaring af organisering og forankring af centeret internt i DTU

Ad 2.

Det opsøgende arbejde skal øge antallet af studerende, der har et samarbejde med en virksomhed i løbet af studiet. Det være sig i form af afsluttende eksamensopgaver, semesterprojekter m.m. eller i form af studenterjob. Derfor er der behov for, at langt flere virksomheder end tilfældet er i dag, gør brug af DTU's studerende. Det gælder særligt de mindre og mellemstore virksomheder, som ikke allerede har kontakter på DTU's institutter.

På baggrund af samtaler med Væksthus Hovedstadsregionen, udvalgte regionale jobcentre og regionale brancheforeninger vil vi lægge en strategi for, hvordan mindre og mellemstore virksomheder i regionen skal opsøges målrettet og effektivt. Blandt andet ved at koordinere kontakten til virksomhederne. Formålet med kontakten til virksomhederne er at formidle viden om:

- Det potentielle udbytte af samarbejde med studerende
- De elektroniske muligheder for at skabe kontakt mellem studerende og virksomheder – DTU's jobbank og DTU's projekt- og praktikdatabase

Koordineringen skal blandt andet bestå i, at Væksthusets konsulenter orienteres om muligheden for samarbejde med de studerende, og at de – hvor det er relevant – bringer denne information i spil i de virksomheder, de besøger, ligesom de ifølge samarbejdsaftalen med DTU orienterer om forskningssamarbejde. Der dannes overblik over, hvem der ikke besøges af Væksthuset – disse virksomheder kan Karrierecenteret opsøge og samtidig orientere om samarbejdsmuligheder med Væksthuset.

Deltagere

- Minimum 65 MMV og andre organisationer uden tradition for universitetssamarbejde
- Institutledere og undervisere på de involverede institutter
- Væksthus Hovedstadsregionen
- Udvalgte regionale jobcentre og brancheforeninger
- DTU's Karrierecenter
- DTU's Afdeling for Erhverv og Myndigheder

Ansvarlige

DTU Karrierecenter: Konsulent Helle Rønne Warburg

DTU Afdeling for Erhverv og Myndigheder: Kontorchef Jan Molzen.

Konkrete resultatomål

1. En forøgelse af antallet af projektsamarbejder fra de nuværende ca. 50 % af de studerende på DTU til 65 % ved projektets afslutning.
2. 25% flere udbudte studiejob på Jobbank.dtu.dk

3. At langt hovedparten af de deltagende virksomheder i evalueringen konkluderer, at projektet har givet dem ny, anvendelig viden, og at de fortsat vil samarbejde med DTU-studerende om projekter og studenterjob.
4. At Center for Studenterprojekter i år 2 håndterer 25 projekter for MMV og 40 projekter i år 3.

Hvordan måles effekt- og resultatmål

- Ad 1) Antallet af projektsamarbejder måles via DTUs administrative system
- Ad 2) Det gennemsnitlige antal studiejob i DTU jobbank i de 6 måneder, der er gået forud for projektstart vil tjene som referencepunkt for de senere målinger
- Ad 3) De deltagende virksomheder bedes ved projektafslutning udfylde et spørgeskema
- Ad 4) Måles i regi af Center for Studenterprojekter

Projektet bygger på følgende tidligere erfaringer/projekter

- Projektet DTU ViTiS, Videnspredning Til Samfundet 2008-2011.⁸ ViTiS fungerede som paraply for en række initiativer, der havde til formål at øge samarbejdet mellem DTU og især MMV i form af forskningssamarbejder, studenter-samarbejder, konsulent-ydelser mv. Dele af projektet er nu idriftsat, bl.a. i form af DTU Match, samt udviklingsprojektet One Stop Science Shop i regi af DTU, KU og IPU.
- Projektet Forskeren som Brobygger til Erhvervslivet 2010-2011. I projektet deltog ca. 20 forskere og innovationsmedarbejdere på DTU i en række workshops, som dels omhandlede konkrete værktøjer til overvindelse af kendte barrierer for samarbejde (sprog, kultur, økonomi mv.), og dels bestod i erfaringsudveksling med erhvervsliv og organisationer.

7. Målgruppe

1. Bachelorstuderende:
 - a. Dels de involverede forsøgshold fra KU Science, Samfundsvidenskab, Humaniora samt DTU
 - b. Dels en samlet volumen af ba-studerende på KU/DTU, der er målgruppen for jobbank-kampagner og on-line-kompetenceafklaring.
2. Kandidatstuderende
 - a. Dels KU-studerende via akademikermodningsprojektet

⁸ DTU Vitis – afrapportering 2008-2011 (november 2011)

b. Dels DTU-studerende via centerprojektet

SIDE 17 AF 22

3. Regionens virksomheder, her især MMV, samt brancheforeninger, der ind-
drages i udviklingsaktiviteterne (jf. bilag 3)
4. Københavns Universitet/ Danmarks Tekniske Universitet (videnskabelige
medarbejdere/karrierevejledere), der inddrages til udvikling, undervisning,
vejledning mv.

8. Milepæle og tidsplan

Afhængig af projektets igangsættelse	Spor 1		Spor 2	
Inden august 2012:	Organisation etableret			
	Undersøgelssdesign klar			
	Web-site etableret			
Delprojekter	Karrierepakker	Kompetence-afklaringsværktøj	Akademikermodning	Studertercenter
E2012	Årgang 2012-undersøgelse 1 MMV-kampagne	Forundersøgelse i gang	Kursus 1	Forundersøgelse for DTU-Center for Studenterprojekter Plan for virksomhedsbesøg og -kommunikation klar Strategi for MMV-indsats udvikles
F2013	3.årgang spørges om studiejob og karriereparathed. Frafaldstal for 3. årgang		MMV-messe 1 Company dating 1 Kursus 2	Igangsættelse af DTU-Center for Studenterprojekter
E 2013	Årgang 2012-undersøgelse 2 STÅtal	Udvikling af kompetenceafklaringsværktøj	Jobshadowing 1 Kursus 3	Håndtering af 25 MMV-projekter i DTU-Center for Studenterprojekter
F2014			MMV-messe 2 Company dating 2 Kursus 4	
	Midtvejskonference			
E2014	Årgang 2012-undersøgelse 3		- Præsentationer fra casebank mm. På midtvejskonferencen Jobshadowing 2 Kursus 5	Oplæg på midtvejskonference Håndtering af 40 MMV-projekter i DTU-Center for Studenterprojekter Evaluering af DTU-

				Center for Studenter- projekter	22
F2015	Antal studie- job/projektsamar- bejde Frafaldstal		MMV-messe 3 Company dating 3 Kursus 6		
Projektperiode slut	Afrapportering Evaluerings Forankringsinitia- tiver	Oplæg på afsluttende konference	Oplæg på afsluttende konference	Oplæg på afsluttende konference	

9. Organisering og styring

Styregruppe

Vicedirektør Hanne Harmsen, KU er den øverst ansvarlige for projektet, og projektet forankres i Uddannelsesservice, KU. Prodekanerne for KU Science, Samfundsvidenskab, Humaniora og Underdirektøren for Afdeling for uddannelse og studerende, DTU, indgår i styregruppen mhp. at sikre forbindelsen til de uddannelsesstrategiske områder og efterfølgende forankring.

Styregruppen forestår den overordnede ledelse af projektet, påser projektets fremdrift, udstikker overordnede retningslinjer, godkender evalueringsdesign og er ansvarlig for afrapporteringer og status.

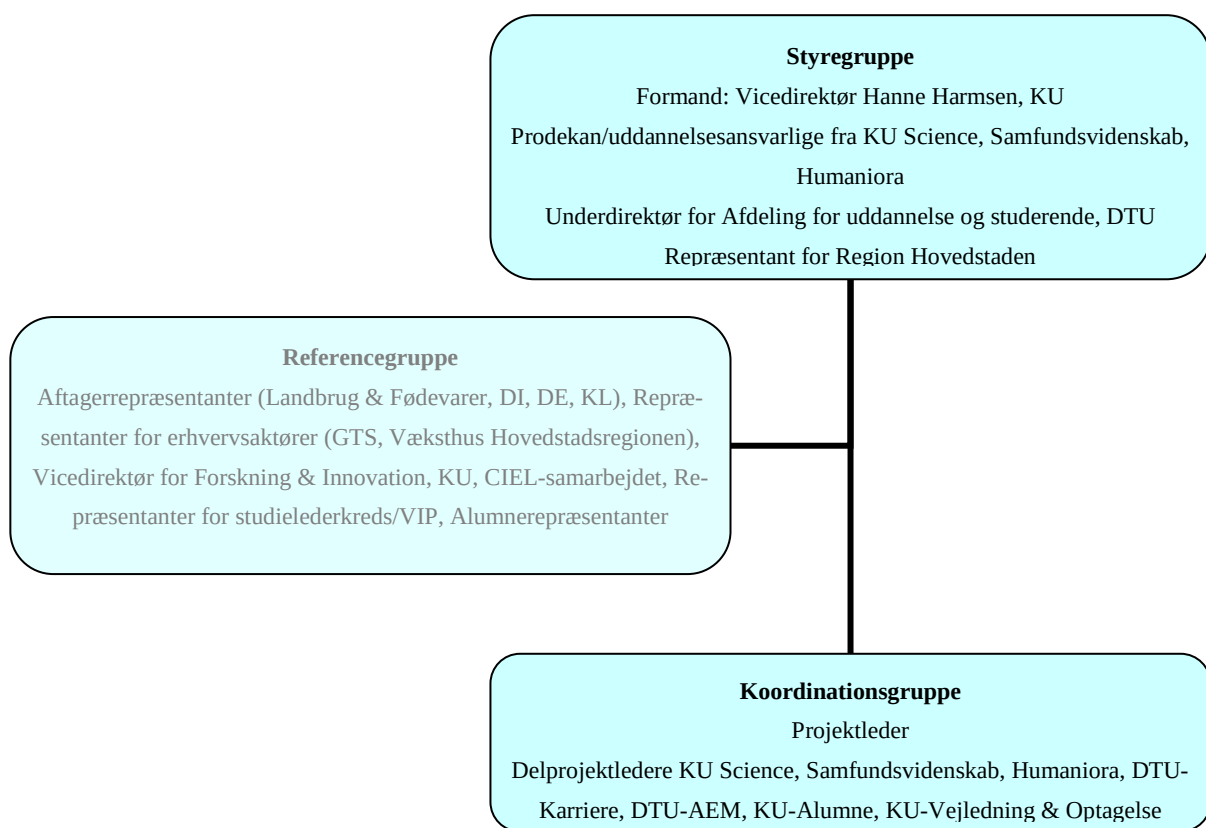
Referencegruppe

Projektet støttes af brancheorganisationerne Dansk Industri, Landbrug og Fødevarer, Dansk Erhverv som vil hjælpe med at identificere yderligere virksomheder, der vil være interesserede i at indgå i de enkelte projekter. Derudover vil allerede etablerede samarbejdspartnere som GTS, KL, Væksthus Hovedstadsregionen, aftagerpaneler mv. blive inddraget i udpegningen af relevante virksomheder og i identifikationen af udviklingsprojekter i særlige sektorer. Endelig skal forbindelsen til aktuelle innovationsprojekter inden for organisationerne sikres.

Koordinationsgruppe

Projektet indlejres i den eksisterende organisation og tæt på de faglige miljøer, hvorved der sikres ejerskab til aktiviteterne. De enkelte delprojekter ledes af nøgleressourcer, der kan bringe erfaringer og resultater ind i det daglige drift.

Koordinationsgruppen er bemandet af delprojektlederne og udgør den enhed, der sikrer koordination, synergi og informationsudveksling mellem delprojekterne og de forskellige initiativer heri. Gruppen formidler best practice på tværs af aktiviteterne og påser at disse styrer efter de opstillede mål.



10. Forankring

Den løbende forankring i projektperioden sikres via nøglepersoners sammenfald i projekt- og linjeorganisationerne. Det har universiteterne god erfaring i.

Projektets erfaringer og resultater forankres med afsæt i de konkrete evalueringer, herunder vurderinger af effekten af indsatserne. Forankring kan være konkret gennem en konsolidering og udbredelse af projektaktiviteterne til nye virksomhedssamarbejder og nye fagområder/studentgrupper såvel som institutionelt gennem en indlejring af projektaktiviteterne i universiteternes og virksomhedernes organisationer.

Ved projektets afslutning vil Styregruppen på indstilling fra Koordinationsgruppen indstille type og omfang af projektets fremtidige forankring til universiteternes ledelser.

Den regionale forankring sikres igennem en videreførelse (og udvidelse) af de indgåede virksomhedsaftaler og igennem et tættere samarbejde mellem Regionens virksomheder KU/DTU om karriere- og erhvervsrettede aktiviteter.

11. Evaluering

Projekt Viden i Udvikling er stort, komplekst organiseret og med den ambition at udvikle forandrende koncepter. Opsamling af erfaringer og resultater er der-

for væsentligt, og der tilknyttedes en ekstern evaluator, der senest 3 måneder efter projektets ikrafttræden i samarbejde med KU/DTU udarbejder evalueringssign for projektet, herunder de enkelte delprojekter.

Resultaterne opsamles og formidles jf. plan for afrapportering (Vejledning til udviklingsprojekter inden for uddannelse p. 13)

Styregruppen er overordnet ansvarlig for evalueringen.

Formål

Formålet med evalueringen er at dokumentere graden af målopfyldelse og vurdere i hvilket omfang projektet har skabt de forventede effekter. Evalueringen skal undervejs og efterfølgende bruges til at vurdere resultater og effekter i forhold til de anvendte ressourcer med henblik på den fremtidige prioritering og organisering af aktiviteterne.

Metode

Jf. evalueringsbeskrivelserne under de enkelte delprojekter bør evalueringen omfatte såvel en resultat- og effektevaluering som procesovervejelser og aktørevaluering.

Input og datagrundlag vil bestå af en kombination af kvantitative data (spørgeskemaer, udtræk fra studieadministrative systemer, tal fra Danmarks Statistik o.lign) samt kvalitativ dokumentation baseret på fx interview med udvalgte projektdeltagere.

Hvad angår aktørevaluering vil særligt fokus skulle lægges på de studerendes tilegnede/oplevede karriereparathed samt på virksomhedernes udbytte af samarbejdet.

Se desuden evalueringsbeskrivelser under de enkelte delprojekter.

12. Kommunikationsplan

Projektets kommunikation generelt

Den primære kommunikationsstrategi vil være kendetegnet af målrettet og direkte kommunikation til projektdeltagerne, da fokus er at udveksle viden og udvikle samarbejdsrelationer.

Projektet kendetegnes ved et internt og eksternt kommunikationsbehov såvel i startfasen (generel information, opmærksomhed, strategisk) som løbende (markedsføring) og endelig i forbindelse med formidling og spredning af de konkrete resultater.

Region Hovedstaden inddrages tæt i kommunikationen med regionens virksomheder og i den planlagte eksterne kommunikation i øvrigt.

Projektets kommunikation tilrettelægges i tilknytning til de enkelte delprojekter og i relation til projektets milepæle.

Kommunikationen koordineres på tværs af delprojekterne, så man i mere strategiske sammenhænge kommunikerer samlet, mens man i andre tilfælde fokuserer på den enkelte aktivitet og specifikke målgrupper.

SIDE 21 AF 22

Projektets mulige hovedbudskaber
Til virksomhederne: Din udfordring, vores viden, fælles værdi <i>Samspillet med universitetet og dets studerende er vejen til at sikre din virksomheds fremtid. Universitetsuddannede besidder en lang række relevante kompetencer, der også rækker ud over den konkrete studiefaglighed.</i> Til de studerende: Prøv din kunnen af! <i>Virksomhederne har brug for dig. Det her kan du, med en universitetsuddannelse, tilbyde virksomhederne.</i>

Målsætning med kommunikationen

- At virksomheder og studerende bringes tættere sammen – og at relationen omsættes til konkret værdi for begge parter
- At oplyse om projektets fokus og at indgå i en dialog med relevante virksomheder om fordelene ved at indgå i et samarbejde med en studerende.
- Sekundært er målsætningen, at virksomhederne bliver opmærksomme på mulighederne ved at ansætte højtuddannede kandidater.
- At motivere studerende til at deltage i de målrettede aktiviteter og overbevise dem om de fordele, deltagelse i aktiviteterne giver.
- At uddannelseslederne får blik for vigtigheden af at integrere de studerendes kompetenceafklaring og karriereforsøgelse i studieplanerne

Kommunikationsplan

Hvem	Hvad (budskaber)	Hvordan (kanaler)	Hvornår
Alle interessenter	• Nyheder • Resultater	Web for projekt Viden i Udvikling	Udvikles i projektets indledede fase og opdateres løbende.
Primære målgrupper			
Virksomheder i Region Hovedstaden	Viden = værdi og fremtidssikring af din virksomhed. Det her kan en universitetsuddannet bidrage med.	• Aktiviteter/events/kampagne • Oplæg/møder • Pressemeddelelser • Cases – konkrete eksempler • Trykt materiale	Løbende, både når konkrete aktiviteter skal markedsføres, men også i opstartsfasen som sparringspartnere og med-udviklere samt når resultaterne foreligger.
Studerende på KU og DTU	Hold fast i din uddannelse – der er	• Aktiviteter/kampagne • Cases (video)	Løbende, når aktiviteterne er kon-

	brug for dig. Det er de her kompetencer, du kan tilbyde en virksomhed.	• Interne medier (aviser, intranet) • Sociale medier (KUs facebook profil) • Studenterorganisationer	krete og skal markedsføres.
Sekundære målgrupper			
Forskere/undervisere, vejledere, studienævn, uddannelsesservice, interne kommunikationsafdelinger	Vi skal sikre, at de studerende gennemfører deres studier, og at de er bevidste om de kompetencer, de får med.	• Intranet (nyheder) • Trykt informationsmateriale • Aktiviteter/events • Møder/præsentationer	Ved starten (information og opmærksomhed) og løbende når aktiviteterne tager form (markedsføring).
Faglige organisationer/forbund, virksomhedsnetværk, politiske aktører, Region Hovedstaden	Virksomheder og studerende knyttes tættere sammen – til begges fordel. Virksomhederne har brug for at vide, hvad universitetet og højtuddannede kan bidrage med.	• Pressemeddelelser (nyhedsformidling) • Aktiviteter/events • Informationsmateriale • Møder/præsentationer	Løbende, når der er nyt, og når resultaterne kendes

Ansøgning til Region Hovedstaden vedr projekt "Viden i udvikling"

UDGIFTER OG FINANSIERING	2012			2013			2014			2015			Total		
Delprojekt 1 (kompetenceklar)	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud RH	Medfin.
Science															
Løn	950,000			1,925,000			1,950,000			990,000					
Øvrige direkte udgifter	135,000			155,000			155,000			60,000					
Honorar (ekstern konsulentbistand)															
Total ekskl. overhead	1,085,000		445,500	2,080,000		886,500	2,105,000		882,000	1,050,000		519,300			
Overhead	195,300		195,300	374,400		374,400	378,900		378,900	189,000		189,000			
Total inkl. overhead	1,280,300	639,500	640,800	2,454,400	1,193,500	1,260,900	2,483,900	1,223,000	1,260,900	1,239,000	530,700	708,300	7,457,600	3,586,700	3,870,900
DTU-Karriere															
Løn	7,000			68,000			2,000			15,000					
Øvrige direkte udgifter	1,000			19,000											
Honorar (ekstern konsulentbistand)							60,000								
Total ekskl. overhead	8,000		4,500	87,000		51,100	62,000		31,000	15,000		7500			
Overhead	1,440		1,440	15,660		15,660	11,160		11,160	2,700		2,700			
Total inkl. overhead	9,440	3,900	5,540	102,660	35,900	66,760	73,160	31,000	42,160	17,700	7,500	10200	202,960	78,300	124,660
SAMF															
Løn	320,625			427,500			427,500			106,875					
Øvrige direkte udgifter	50,625			67,500			67,500			16,875					
Total ekskl. overhead	371,250		247,500	495,000		330,000	495,000		330,000	123,750		82,500			
Overhead	66,825		66,825	89,100		89,100	89,100		89,100	22,275		22,275			
Total inkl. overhead	438,075	123,750	314,325	584,100	165,000	419,100	584,100	165,000	419,100	146,025	41,250	104,775	1,752,300	495,000	1,257,300
Delprojekt 1 total	1,727,815	767,150	960,665	3,141,160	1,394,400	1,746,760	3,141,160	1,419,000	1,722,160	1,402,725	579,450	823,275	9,412,860	4,160,000	5,252,860

Øvrige direkte udgifter = web, kursusforplejning, markedsføring/tryk

UDGIFTER OG FINANSIERING	2012			2013			2014			2015			Total		
Delprojekt 2 (e-afklaring)	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.
US															
Løn	250,000			250,000			250,000			250,000					
Udvikling	300,000			150,000			150,000								
Total ekskl. overhead	550,000		250,000	400,000		250,000	400,000		250,000	250,000		250,000			
Overhead	99,000		72,000	72,000		72,000	72,000		72,000	45,000		45,000			
Total inkl. overhead	649,000	300,000	349,000	472,000	150,000	322,000	472,000	150,000	322,000	295,000	0	295,000	1,888,000	600,000	1,288,000
Science															
Løn	115,000			235,000			239,000			121,000					
Øvrige direkte udgifter															
Total ekskl. overhead	115,000		44,960	235,000		0	239,000		0	121,000		0			
Overhead	20,700		20,700	42,300		42,300	43,020		43,020	21,780		21,780			
Total inkl. overhead	135,700	70,040	65,660	277,300	227,000	42,300	282,020	227,000	43,020	142,780	114,000	21,780	837,800	638,040	172,760
Delprojekt 2 total	784,700	370,040	414,660	749,300	377,000	364,300	754,020	377,000	365,020	437,780	114,000	316,780	2,725,800	1,238,040	1,460,760

UDGIFTER OG FINANSIERING	2012			2013			2014			2015			Total		
Delprojekt 3 (Akademikermødning)	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.
Alumnesekretariatet															
Løn	381,147			762,294			762,294			381,147					
Øvrige direkte udgifter	95,000			190,000			190,000			95,000					
Total ekskl. overhead	476,147		215,000	952,294		430,000	952,294		430,000	476,147		215,000			
Overhead	85,706		85,706	171,413		171,413	171,413		171,413	85,706		85,706			
Total inkl. overhead	561,853	261,147	300,706	1,123,707	522,294	601,413	1,123,707	522,294	601,413	561,853	261,147	300,706	3,371,121	1,566,882	1,804,239
Science															
Løn	65,000			137,000			142,000			68,000					
Øvrige direkte udgifter	10,000			20,000			20,000			10,000					
Total ekskl. overhead	75,000		31,735	157,000		71,209	162,000		70,309	78,000		31,194			
Overhead	13,500		13,500	28,260		28,260	29,160		29,160	14,040		14,040			
Total inkl. overhead	88,500	43,265	45,235	185,260	85,791	99,469	191,160	91,691	99,469	92,040	46,806	45,234	556,960	267,553	289,407
Humaniora															
Løn	65,000			137,000			142,000			68,000					
Øvrige direkte udgifter	10,000			20,000			20,000			10,000					
Total ekskl. overhead	75,000		31,735	157,000		71,209	162,000		70,309	78,000		31,194			
Overhead	13,500		13,500	28,260		28,260	29,160		29,160	14,040		14,040			
Total inkl. overhead	88,500	43,265	45,235	185,260	85,791	99,469	191,160	91,691	99,469	92,040	46,806	45,234	556,960	267,553	289,407
Delprojekt 3 total	738,853	347,677	391,176	1,494,227	693,876	800,351	1,506,027	705,676	800,351	745,933	354,759	391,174	4,485,041	2,101,988	2,383,053

UDGIFTER OG FINANSIERING				2012			2013			2014			2015			Total		
Delprojekt 4 (Videnstransfer)				Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.
DTU-Center for studenterprojekter																		
Løn				150,000			1,101,350			1,132,142			290,964					
Øvrige direkte udgifter				40,000			160,000			160,000			40,000					
Honorar (ekstern konsulent)				120,000														
Total ekskl. overhead				310,000		127,100	1,261,350		517,154	1,292,142		529,778	330,964		135,695			
Overhead				55,800		55,800	227,043		227,043	232,586		232,586	59,574		59,574			
Total inkl. overhead				365,800	182,900	182,900	1,488,393	744,196	744,197	1,524,728	762,364	762,364	390,538	195,269	195,269	3,769,458	1,884,729	1,884,729
DTU-karriere																		
Løn				200,000			400,000			400,000			200,000					
Øvrige direkte udgifter				10,000			10,000			10,000								
Total ekskl. overhead				210,000		109,000	410,000		209,000	410,000		209,000	200,000		100,000			
Overhead				37,800		37,800	73,800		73,800	73,800		73,800	36,000		36,000			
Total inkl. overhead				247,800	101,000	146,800	483,800	201,000	282,800	483,800	201,000	282,800	236,000	100,000	136,000	1,451,400	603,000	848,400

Delprojekt 4 total	613,600	283,900	329,700	1,972,193	945,196	1,026,997	2,008,528	963,364	1,045,164	626,538	295,269	331,269	5,220,858	2,487,729	2,733,129
--------------------	---------	---------	---------	-----------	---------	-----------	-----------	---------	-----------	---------	---------	---------	-----------	-----------	-----------

Øvrige udgifter = markedsføring/tryk, web, conference/møder, forplejning

UDGIFTER				2012			2013			2014			2015			Total		
Delbudget 5 (Administration, evaluering, komm.)				Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.	Udgift	Tilskud	Medfin.
Løn				400,000			550,000			550,000			250,000					
Konferencer, pr, publikationer mv				150,000			150,000			100,000			100,000					
Revisor (PWC)				30,000			30,000			15,000			30,000					
Evaluering (ekstern)				350,000			350,000						350,000					
Total ekskl. overhead				930,000		300,000	1,080,000		500,000	665,000		500,000	730,000		200,000			
Overhead				167,400		167,400	194,400		194,400	119,700		119,700	131,400		131,400			
Total inkl. overhead				1,097,400	630,000	467,400	1,274,400	580,000	694,400	784,700	165,000	619,700	861,400	530,000	331,400	4,017,900	1,905,000	2,112,900
Administration, evaluering mv.				1,097,400	630,000	467,400	1,274,400	580,000	694,400	784,700	165,000	619,700	861,400	530,000	331,400	4,017,900	1,905,000	2,112,900

Projekttotal	4,962,368	2,398,767	2,563,601	8,631,280	3,990,472	4,632,808	8,194,434	3,630,040	4,552,394	4,074,376	1,873,478	2,193,898	25,862,459	11,892,757	13,942,702
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	------------	------------

Sag 4, bilag 3: Administrationens vurdering af uddannelsesprojektet**1. Projekt 'Young Skills: Klædt på til en Erhvervsuddannelse'**

Herlev Kommune ansøger om 8,9 mio. kr. fra puljen "Den regionale udviklingsplanlægning" under øvrig regional udvikling i støtte i perioden maj 2012 til april 2015 til projektet 'Young Skills: Klædt på til en Erhvervsuddannelse' på vegne af en bred kreds af partnerkommuner, erhvervsskoler og UU-centre.

'Young Skills: Klædt på til en Erhvervsuddannelse' indgår i en samlet regional indsats med formålet at flere unge gennemfører en erhvervsuddannelse, som også indeholder den strategiske satsning 'Jobs med Uddannelsesperspektiv'. Begge initiativer er udviklet i tæt samarbejde med kommunerne og erhvervsskolerne med henblik på at understøtter udrulningen af den kommende regionale udviklingsplans overordnede målsætninger om *Sammenhæng i uddannelserne, Motiverende undervisning og Frafaldsproblematikken*.

'Young Skills: Klædt på til en Erhvervsuddannelse' har et samlet budget på 22,2 mio. kr. Pengene til Jobs med Uddannelsesperspektiv blev bevilget ved indgåelse af budgetaftale for 2012.

Projektet ligger indenfor rammerne af Region Hovedstadens nuværende regionale udviklingsplans overordnede målsætning om *Ungdomsuddannelse til alle*.

2. Samlet vurdering

Projektet 'Young Skills: Klædt på til en Erhvervsuddannelse' har tre hovedformål:

1. Styrke de unges afklaring om uddannelsesvalg
2. Skabe en glidende overgang fra grundskole til erhvervsskole
3. Fastholde unge i uddannelse, der er i fare for frafald

Set i lyset af krisen og de store udfordringer, som regionen og kommunerne står over for i forhold til restgruppen af unge med grundskolen som højest gennemførte uddan-

nellesniveau, og med at etablere glidende overgange mellem grundskole og ungdomsuddannelse, er det administrationens vurdering, at projektet vil kunne bidrage markant til, at flere unge, som ellers ikke ville gennemføre en ungdomsuddannelse, gennemfører en erhvervsuddannelse.

Samtidig er det administrationens vurdering, at aktiviteterne i projektet 'Young Skills: Klædt på til en Erhvervsuddannelse' vil være et nødvendigt supplement til aktiviteterne i 'Jobs med Uddannelsesperspektiv', for at nå målet om at nedbringe restgruppen markant. Administrationen vurderer, at projektets faseopdeling giver et unikt afsæt for at de opnåede resultater kan udbredes og forankres under projektperioden.

Administrationen vurderer, at projektets klare fokus på at skabe glidende overgange fra grundskolen til erhvervsuddannelserne og mindske frafaldet på erhvervsuddannelserne ligger i direkte forlængelse af den kommende regionale udviklingsplans mål om at 95 % skal have en ungdomsuddannelse. Administrationen anbefaler at regionen støtter projektet med 8,9 mio. kr. for at understøtte udrulningen af den nye regionale udviklingsplan. Den regionale medfinansiering gives under forudsætning af endelig politisk godkendelse af medfinansiering i kommunerne

3. Formål og forventede effekter

Det overordnede formål med projektet er, at flere unge forbliver på uddannelsessporet, og at flere af de unge, som ellers ikke ville have fået en ungdomsuddannelse, gennemfører en erhvervsuddannelse. Målgruppen er unge med afsluttet grundskole fra 8. klasse til deres 20. år, og indsatsen målrettes unge, der har risiko for ikke at gennemføre en ungdomsuddannelse.

Udviklingen og udrulningen af 'Young Skills: Klædt på til en Erhvervsuddannelse' vil spille dynamisk sammen med aktiviteterne i 'Jobs med Uddannelsesperspektiv'. Hver aktivitet udvikles først i mindre grupper af kommuner, for efterfølgende at sprede de gode erfaringer og udviklede modeller med mest effekt til resten af de deltagende kommuner i fase to. Herved bliver det muligt at lave koncentreret udviklingsarbejde i enkelte kommuner for at udbrede gennemprøvede erfaringer og forankre resultaterne bredere.

Administrationen vil indgå som formand for styregruppen og lægge stor vægt på effektmåling. Der vil i opstartsfasen blive etableret en kvantitativ baseline for de deltagende kommuner med data om bl.a. andelen af unge uden igangværende eller færdiggjort ungdomsuddannelse, andelen af en årgang, der søger erhvervsuddannelserne, samt data for frafald. Der vil i evalueringssetupet blive lagt vægt på, at der sammen-

lignes med kontrolgrupper, eller at effekterne på anden måde sandsynliggøres isoleret fra andre initiativer. Samtidig vil administrationen lægge vægt på, at der opbygges et solidt vidensgrundlag på baggrund af kvalitativ dataindsamling, som kan danne udgangspunkt for en solid forankring af projektets resultater efter udløb i 2015.

Det er administrationens vurdering, at både de kvantitative og kvalitative målinger vil være gode redskaber til at vurdere projektets indflydelse på de unge med risiko for ikke at gennemføre en ungdomsuddannelse. Det er derfor administrationens vurdering, at baseline-målinger eller detaljerede planer for udvikling heraf skal indgå i evalueringsplanen, ligesom endelig fastlæggelse af effektmål sker ambitiøst og realistisk på baggrund af en etableret baseline af styregruppen.

I projektet opstilles følgende effektmål:

- Andelen af unge uden igangværende eller afsluttet kompetencegivende ungdomsuddannelse falder fra 18,7 % til 15 % for de involverede kommuner
- Søgningen til de involverede erhvervsskoler skal stige fra 16,3 % til 20 % uden at omvalgsfrekvensen stiger
- Frafaldet på erhvervsuddannelsens grundforløb skal falde fra 26 % til 20 % for de deltagende skoler

Administrationen vurderer, at projektets klare fokus på at skabe glidende overgange fra grundskolen til erhvervsuddannelserne og mindske frafaldet på erhvervsuddannelserne ligger i god forlængelse af tidligere erfaringer fra andre regionale projekter, samt i god sammenhæng med det nationale og regionale mål om at 95 % skal have en ungdomsuddannelse.

4. Aktiviteter

Projektets overordnede formål søges nået gennem en række aktiviteter, som understøtter de vigtigste delmål for hovedformålene. For at nå det første delmål om øget afklaring arbejdes der målrettet med at styrke samarbejdet med forældre og give de unge konkrete billeder af, hvad erhvervsuddannelserne indebærer, samt at give prestige til erhvervsuddannelserne.

For at nå det andet delmål om glidende overgange til erhvervsuddannelserne skal der i projektet skabes større sammenhæng i undervisningen på hhv. grund- og erhvervsskole, samt særlige rammer for de unge, som vurderes at være i fare for ikke at gennemfø-

re en erhvervsuddannelse og en styrket vejledning i grundskolen, herunder lærernes kendskab til erhvervsuddannelserne.

Det tredje delmål om frafaldsindsatsen vil i projektet blive nået ved at styrke kommunernes rolle i frafaldsindsatsen på erhvervsskolerne og nytænke samarbejdet mellem aktørerne om den enkelte unge.

Ud fra de nuværende forudsætninger er det administrationens vurdering, at aktiviteterne er nødvendige og tilstrækkelige for at kunne opnå de ønskede effekter. Administrationen vil bl.a. gennem arbejdet i styregruppen påpege, at der sker en løbende koordinering med andre regionale udviklingsinitiativer.

I godkendelsen af den endelige evalueringsplan vil administrationen lægge vægt på dokumentation af fremdrift, samt at evalueringen på baggrund af kvantitative og kvalitative data vurderer opnåelse af effektmål, hvordan projektet bidrager til at opnå de regionale målsætninger, samt at evalueringen munder ud i bredere anvendelige anbefalinger. I godkendelsen af kommunikationsplanen for projektet vil administrationen lægge vægt på vidensdeling via seminarer, workshops og andre formidlingsaktiviteter.

5. Regional forankring

Projektet gennemføres i et tværgående samarbejde mellem flere af regionens kommuner og største erhvervsskoler, som i fællesskab kan sikre, at projektets resultater får maksimal effekt i andre kommuner og på andre uddannelsesinstitutioner, som ikke i første omgang er involveret i projektet.

Projektet udvikles og implementeres i to faser for at sikre forankringen af projektets resultater, opnået viden og gode erfaringer. Det er administrationens vurdering, at regionens UU-centre vil være stærke knudepunkter for formidling i spredningsfasen. Administrationen vil i styregruppen argumentere for UU'ernes aktive rolle i spredningen.

YOUNG SKILLS

Klædt på til en erhvervsuddannelse

Forslag til en projektbeskrivelse

Udviklet af Region Hovedstaden i samarbejde
med 7 kommuner og 5 erhvervsskoler

Indhold

YOUNG SKILLS	1
1. Baggrund.....	3
1.1 Beslutningsgrundlag.....	3
1.2 Hvad er problemet?	3
2. Projektets formål	5
2.1 Delmål	5
3. Metoden: Et projekt i to faser	6
4. Effekter af projektet	6
5. Målgruppe.....	6
6. Hovedaktiviteter	7
6.1 Styrkelse de unges afklaring om uddannelsesvalg	7
6.2 En glidende overgang mellem grundskole og erhvervsuddannelse	8
6.3 Motivere unge til at gennemføre en erhvervsuddannelse	8
6.4 Fastholdelse unge i fare for frafald	10
7. Organisering.....	10
7.1 Styregruppe.....	10
7.2 Advisory board	11
7.3 Partnere	12
8. Økonomi	12
9. Evaluering og effektmåling	13
10. Kommunikationsstrategi.....	13
11. Bilag A – Aktiviteter med tildeling og samlet pris.....	14
12. Bilag B - Finansiering med fordelingsnøgle	18

1. Baggrund

1.1 Beslutningsgrundlag

Region Hovedstanden ønsker at igangsætte et samlet initiativ sammen med kommuner og uddannelsesaktører, der kan få flere unge til at gennemføre en erhvervsuddannelse. Initiativet relaterer sig til én af regionens tre uddannelsespolitiske indsatsområder – ”Sammenhæng i uddannelserne.”¹

I regionens budget for 2012 er partierne blevet enige om *”... at der igangsættes et regionalt forsøgsprojekt: ’Unge i jobs med uddannelsesperspektiv’ om udvikling af nye uddannelsesstilbud til unge, som mangler kompetence og motivation til at gennemføre en ungdomsuddannelse.”*

Nærværende projekt bygger herudover videre på en række projektidéer, der bl.a. kommer fra følgende kommuner i regionen:

- Ni kommuner fra Vestegnen gik i 2011 sammen om projektforslaget ”Ung i uddannelse”. Hensigten med projektet var at øge antallet af unge, der gennemfører en ungdomsuddannelse – med særlig vægt på erhvervsuddannelserne.
- Kommunerne Herlev, Lyngby Tårnbæk, Gladsaxe og Gentofte samt UU-Nord, Lyngby Handelsskole, KTS og TEC sendte en ansøgning om midler til projektet ”Fællesskab om overgange”, der havde som sit formål at skabe øget sammenhæng mellem grundskole og ungdomsuddannelser.
- I efteråret modtog Region Hovedstaden en ansøgning fra Fredensborg Kommune om midler til projektet ”Unge skaber vækst – opgør med aktiveringstanken”. Intentionen var at få unge ud i virksomheder med vækstpotentiale via partnerskabsaftaler mellem kommunen og virksomhederne.

For at sikre en sammenhæng i regionens aktiviteter lægges op til at fusionere projekterne i én samlet strategisk indsats: YOUNG SKILLS – Klædt på til en erhvervsuddannelse. Indsatsen har til formål bredt at styrke optaget og gennemførslen på erhvervsuddannelserne.

1.2 Hvad er problemet?

1.2.1 Regionens unge i tal

Blandt Region Hovedstadens unge er ca. 19 % af de 18-22-årige i 2011 uden igangværende eller afsluttet ungdomsuddannelse (Uni-C og egne beregninger). Det svarer til knap ca. 19.000 unge, som endnu ikke er blevet motiveret eller på andre måder i stand til at påbegynde og gennemføre en ungdomsuddannelse. Landsgennemsnittet ligger lidt under 19 %. I løbet af de sidste fem år er gruppen uden igangværende eller afsluttet ungdomsuddannelse kun blevet ca. 3,5 % mindre end for fem år siden.

Ifølge Undervisningsministeriets egne tal har frafaldet på erhvervsuddannelserne rundet 46 %. Ugebrevet A4 har perspektiveret Undervisningsministeriets tal med en undersøgelse² blandt EUD-

¹ Hentet fra den kommende regionale udviklingsplan.

² Undersøgelsen er fra d. 15. februar 2012 og kan findes på ugebreveta4.dk.

lærere. Flertallet af lærerne mener ifølge A4, at frafaldstendensen vil være uændret eller forværret de kommende år.

Ligeledes er der mange unge, der foretager omvalg – altså starter på en uddannelse for senere at stoppe og starte på en ny uddannelse. På erhvervsuddannelserne er 33 % af eleverne omvalgselever – de fleste kommer fra gymnasiale uddannelser.

Udfordringerne er nogle steder mere udtalte end andre – og blandt de kommuner, som vil være drivende i projektet, udgør andelen af unge uden igangværende eller afsluttet ungdomsuddannelse ca. 23,5 % af samtlige unge i kommunerne. Endvidere har andelen blandt de deltagende kommuner ikke ændret sig de sidste fem år – der er fortsat ca. 4.500 unge uden igangværende eller afsluttet ungdomsuddannelse.

1.2.2 Konsekvenser af manglende ungdomsuddannelse

Problemet består i, at samfundet har store udgifter til de unge, som ikke gennemfører en uddannelse og herudover går regionen glip af vækst.

På kort sigt peger erhvervsskolelærerne i A4's undersøgelse på udnyttelsen af SU-systemet, som et problem. De peger på, at nogle unge alene søger om optagelse på uddannelse for at få SU.

På længere sigt vil de unge have en større risiko for at blive arbejdsløse og på denne måde koste bl.a. i kontanthjælp og lign. Man kan konstatere, at personer uden en ungdomsuddannelse har 12 gange større risiko for at ende på kontanthjælp eller førtidspension sammenlignet med personer med en ungdomsuddannelse³. Yderligere er personer med en ungdomsuddannelse tilknyttet arbejdsmarkedet ca. 10 år længere end personer uden – også fratrukket uddannelsesperioden.

Ud over de samfundsøkonomiske konsekvenser udgør den store gruppe unge uden en erhvervsuddannelse også et socialt problem. Det er et problem for en velfærdsstat, der også har som målsætning at skabe lige muligheder for alle – at vi har en gruppe unge, som efter grundskolen ikke får en uddannelse og dermed står uden de muligheder, en uddannelse giver.

Selvom uddannelse ikke er det eneste svar på problemer omkring arbejdsløshed, overførselsindkomster og sociale slagsider, er det altså kort sagt problematisk, hvis unge ikke tager en ungdomsuddannelse – og potentialet er stort, fordi der i regionen er godt en femtedel af de unge som har grundskolen som højeste uddannelsesniveau.

1.2.3 Hvor er mulighederne?⁴

Undersøgelser viser, at mange grundskoleelever i udskolingen mangler indsigt i deres videre uddannelses- og karrieremuligheder. Det peger på, at en indsats i grundskolens udskolingsdel – 7.-9.

³ Ugebrevet A4, 18. maj 2011.

⁴ Københavns kommunes ungdomskommission offentliggjorde ultimo februar deres anbefalinger til, hvordan folkeskolen kan ruste de unge til at tage en ungdomsuddannelse. Bl.a. lyder anbefalingerne, at udskolingsklasserne skal have mere erhvervsrettet undervisning og deciderede virksomhedsforløb, og at man skal arbejde med overgangen til ungdomsuddannelserne. Kort sagt er det anbefalinger, som ligger helt i tråd med nærværende projekt.

klasse – med fordel kan iværksættes med henblik på at skabe et informeret grundlag for de unge at træffe et valg på. Således kan man mindske risikoen for, at de falder fra deres ungdomsuddannelse.

Der er også unge, for hvem skiftet mellem folkeskolens trygge rammer og erhvervsskolerne bliver for voldsomt. Det peger i retning af, at overgangen mellem grundskole og erhvervsuddannelserne bør gøres mere glidende, således at de unge løbende omstilles og forberedes til en erhvervsuddannelse.

Der er unge, der efter grundskolen vælger at få et ufaglært arbejde. En del af disse unge vil gerne uddanne sig, men er ikke motiverede for at skulle på skolebænken. De kan formodentlig motiveres til at starte i uddannelse, hvis uddannelsen kan tages på arbejdspladsen, eller hvis deres erhvervserfaring kan meriteres ind i uddannelsen. Ligeledes kan der være virksomheder, som har ufaglærte arbejdspladser, som sagtens kunne indeholde uddannelsesaspekter. Her er der altså dels en mulighed for, at nogle unge kan fanges op og starte på en erhvervsuddannelse, og dels at der er virksomheder, som – med de rette incitamenter – kan se fordelene i at udvikle uddannelsesperspektiverne på arbejdspladsen i stedet for at fortsætte med ufaglærte jobs.

Endelig er der et potentiale i at understøtte de unge på erhvervsskolerne i at gennemføre deres uddannelse. Nogle unge har brug for støtte – og måske alternativer – i denne periode. Fx ligger der efter grundforløbet en karensperiode på 2 måneder, hvor den unge er overladt til selv at finde en praktikplads. Men der findes en gruppe unge, som man allerede inden karensperioden kan vide, at de ikke finder en plads ved egen hjælp.

2. Projektets formål

Projektet har til formål at inspirere og kvalificere flere unge til at gennemføre en uddannelse. Det vil sige:

1. Styrke de unges afklaring om uddannelsesvalg
2. Skabe en glidende overgang fra grundskole til erhvervsskole
3. Motivere unge uden en ungdomsuddannelse til at gennemføre en erhvervsuddannelse
4. Fastholde unge, der er i fare for frafald, i uddannelse

2.1 Delmål

For at indfri ovennævnte målsætninger med projektet, navigerer projektet efter følgende, konkrete delmål, som søges indfriet gennem projektets aktiviteter.

1. For at styrke de unges afklaring om uddannelsesvalg, skal projektet
 - a. Styrke samarbejdet med forældrene
 - b. Give de unge konkrete billeder af, hvad en EUD indebærer
 - c. Skabe prestige om erhvervsuddannelserne
2. For at skabe en glidende overgang mellem grundskole og erhvervsskole, skal projektet:
 - a. Skabe en større sammenhæng i undervisningen på hhv. grund- og erhvervsskole
 - b. Skabe særlige rammer for de unge, som vurderes at være i fare for ikke at gennemføre en ungdomsuddannelse/erhvervsuddannelse
 - c. Styrke vejledningen i grundskolen, herunder lærernes kendskab til EUD
3. For at motivere unge uden en ungdomsuddannelse til at gennemføre en uddannelse, skal projektet:

- a. Udvikle en metode, der gør det muligt at opstille læringsmål for ufaglært arbejde bl.a. med henblik på anerkendelse og meritering ind i erhvervsuddannelserne.
 - b. Skabe en incitamentstruktur for arbejdspladserne til at konvertere ufaglært arbejde til eller oprette jobs med uddannelsesperspektiv
 - c. Skabe kontakt til unge og arbejdspladser med henblik på at iværksætte uddannelsesforløb
4. For at fastholde unge, der er i fare for frafald, i uddannelse skal projektet
- a. Styrke kommunernes rolle i frafaldsindsatsen
 - b. Nyttænke samarbejdet mellem aktørerne om den enkelte unge

3. Metoden: Et projekt i to faser

Konkret iværksætter projektet et antal aktiviteter på tværs af kommuner og erhvervsskoler i hovedstadsregionen, der har til formål at nå delmålene.

Projektet falder i to faser. I fase 1 – ”pilotfasen” – udvikler og gennemfører enkelte kommuner og uddannelsesinstitutioner i samarbejde projektets hovedaktiviteter som pilotprojekter. I fase 2 – ”spredningsfasen” – revideres indsatserne på baggrund af erfaringerne fra pilotfasen, og det er målsætningen, at projekterne igangsættes i alle de deltagende kommuner og skoler. Spredningsfasen forankret i kommunernes UU-centre.

4. Effekter af projektet

Projektledelsen udarbejder i samarbejde med interessenterne en baseline for projektet. Allerede nu kan vi pege på de vigtigste baselineindikatorer for regionen:

- Søgningen til erhvervsuddannelserne er i gennemsnit for de involverede skoler:
- Fraffaldet på erhvervsuddannelserne er i gennemsnit for de involverede skoler:
- Andelen af unge uden igangværende eller afsluttet kompetencegivende ungdomsuddannelse er i gennemsnit for de involverede skoler

Det er målsætningen med projektet, at:

- Andelen af unge uden igangværende eller afsluttet kompetencegivende ungdomsuddannelse falder fra 18,7 % til 15 % for de involverede kommuner
- Søgningen til de involverede erhvervsskoler skal stige fra 16,3 % til 20 % uden at omvalgsfrekvensen stiger
- Fraffaldet på erhvervsuddannelsens grundforløb skal falde fra 26 % til 20 % for de deltagende skoler

Opnår projektet disse effekter, vil det have bidraget væsentligt til at nå regionens målsætning om, at 95 % af en årgang skal have en ungdomsuddannelse.

5. Målgruppe

Projektet favner for så vidt alle unge, der er startet i 8. klasse og til og med 20 år, idet det både er målsætningen at styrke vejledning i grundskolen og at få unge ufaglærte til at begynde på en erhvervsuddannelse. Alligevel har projektet et særligt fokus på de unge, som er i risiko for ikke at starte eller gennemføre en ungdomsuddannelse. Det vil sige, at målgruppen for indsatsen udgøres af folkeskoleelever i udskolingen og unge med afsluttet folkeskole, der endnu ikke har gennemført en

ungdomsuddannelse, unge på erhvervsuddannelserne, der er i fare for at droppe ud samt unge i ufaglærte jobs.

Projektets aktiviteter rammer målgruppen på forskellige tidspunkter i deres ungdomsliv. Overordnet kan det opsummeres på følgende vis:

- Aktiviteterne til at afklare og vejlede de unge i deres uddannelsesvalg (målsætning 1) målrettes miljøerne omkring de unge i udskolingen – dvs. 7. - 10. klasses elever. Desuden fokuseres der på de unges forældre og deres viden om uddannelserne.
- Aktiviteterne til at gennemføre en glidende overgang til erhvervsuddannelserne (målsætning 2) målrettes de unge i udskolingen – dvs. 7. - 10. klasses elever.
- Aktiviteterne, der skal fange de unge i ufaglærte jobs og motivere dem til at gennemføre en uddannelse (målsætning 3) målrettes de unge med afsluttet 8. klasse og indtil de bliver 20 år.
- Aktiviteterne til at udvikle gennemførselsindsatsen målrettes de frafaldstruede unge på erhvervsskolerne (målsætning 4).

Målgruppen beskrives og analyseres yderligere i opstartsfasen med støtte fra DPU.

6. Hovedaktiviteter

6.1 Styrkelse de unges afklaring om uddannelsesvalg

Projektet har som målsætning at styrke de unges afklaring om uddannelsesvalg gennem en ny dialog med forældrene. Det sker ved gennem følgende aktiviteter:

6.1.1 Styrket dialog og samarbejde med forældrene

Der udvikles nye mødeformer med forældrene og eksperimenteres med nye steder for at brande erhvervsuddannelserne som en god karrierevej over for målgruppens forældre. Aktiviteterne vil få særligt fokus på forældre fra uddannelsesfremmede hjem. Aktiviteterne er ikke planlagt – men udvikles i samarbejde med kommuner og erhvervsskoler. Idéerne fokuserer på fx åbent-hus-arrangementer på erhvervsskolerne, og at nye aktiviteter inviterer forældre til at opleve mulighederne i en erhvervsuddannelse. Desuden sættes på at mobilisere opinionsledere i lokalmiljøet.

6.1.2 Unge rollemodeller

Der gennemføres en særlig indsats for at etablere et korps af unge rollemodeller fra erhvervsuddannelserne, som kan bruges til at rekruttere unge til erhvervsuddannelserne.

6.1.3 Fælles referenceramme for vejledere, lærere og pædagoger i grundskolen og på erhvervsuddannelserne

Aktiviteten skal sikre, at de voksne, der har indflydelse på den unges uddannelsesvalg, har den samme referenceramme for deres vejledning, således at vejledningen bliver mere ensartet.

Aktiviteten skal sikre, at de involverede aktører har et bredt kendskab til faglige og pædagogiske ansvarsområder og muligheder. Lærernes erhvervspædagogiske kompetencer kan styrkes for at give de voksne – og dermed de unge – ny viden og øget kendskab til EUD.

6.1.4 Young Skills – messer for grundskole- og EUD-elever

Der skal udvikles nye messeformer for ungdomsuddannelserne, som alle unge i udkolingen besøger i skoletiden. Messerne vil bl.a. indeholde SKILLS-konkurrencer for grundskole- og EUD-elever.

Alle uddannelsesinstitutioner udstiller deres uddannelser så konkret, som det er muligt. Der skal eksperimenteres med form, således at der er vægt på "gøre", mere end "se" og "høre" samt bygge videre på gode erfaringer med konkurrenceelementer.

6.2 En glidende overgang mellem grundskole og erhvervsuddannelse

6.2.1 Toningen af undervisningen i grundskolen, rettet mod praksis-kompetencer

For at fange de unge, som fungerer bedst med en praktisk indgang til læring, etableres et forsøg med en tydelig toning af undervisningen i grundskolens 7.-9. klasse, således at unge som en del af forsøget fx kunne få mulighed for at orientere sig mere praktisk end bogligt i udkolingen.

Ligeledes oprettes særlige grupper af elever i udkolingen, hvis undervisning målrettes erhvervsuddannelserne – fx ved parallelt at begynde moduler i EUD-regi på 8. og 9. klassetrin. Forsøget suppleres af 20-20-forløb i 10. klasserne, hvor grund- og erhvervsskolerne deles om undervisningen på en årgang.

Endelig skal der skabes mulighed for længere erhvervspraktikforløb i grundskolen. Derfor skærpes samarbejdet mellem større virksomheder (offentlige og private) og UU på forsøgsbasis. Der kan eksperimenteres med, hvorvidt praktikopholdene kan anerkendes som EUD-moduler ved brug af nymesterlære-ordningen eller som en del af "Jobs Med Uddannelsesperspektiv" (afsnit 6.3).

6.2.2 Erhvervspraktik for alle

I en forsøgsperiode gøres erhvervspraktikken til et tilbud for alle årgange i udkolingen. Det skal ses i sammenhæng med idéen om toning af udkolingen.

6.2.3 Udvikling og afprøvning af undervisningsmaterialer

Der findes allerede undervisningsmateriale, der er udviklet til undervisningen i særlige, praktiske grundskoleforløb. Hvis det eksisterende materiale viser sig ikke at være egnet, er der mulighed for at udvikle undervisningsmateriale til undervisningen, så det svarer til behovet.

6.2.4 Sammenhæng mellem grundskolen og EUD

Der udvikles et uddannelses- og undervisningssamarbejde mellem grundskolelærere og erhvervsskolelærere. Målet er bl.a. så flere voksne får et mere positivt syn på målgruppens muligheder og potentialer og gives redskaber til sparring om didaktik.

6.3 Motivere unge til at gennemføre en erhvervsuddannelse

(- Også kendt som 'Jobs med uddannelsesperspektiv')

Indsatsen målrettes de unge i målgruppen, som eksempelvis er ledige, i ufaglærte jobs eller som har været på produktionsskole. Der tages udgangspunkt i de uddannelsesparate unge, som ikke føler sig klar til at vælge en ungdomsuddannelse⁵. Indsatsen gennemføres gennem følgende aktiviteter.

6.3.1 Udvikling af model for jobs med uddannelsesperspektiv

Der skal udvikles modeller, der kan dokumentere erhvervskompetencer, så de kan anerkendes og meriteres ind i et erhvervsuddannelsesforløb. Desuden arbejdes med i højere grad at benytte allerede eksisterende modeller for at dokumentere de kompetencer, som kan meriteres som praktikophold eller grundforløbselementer.

6.3.2 Rekruttering af unge og opstilling af konkrete læringsmål på arbejdspladserne

Der samarbejdes med erhvervsskolerne om rekruttering, udvikling og opstilling af konkrete læringsmål for den unge på arbejdspladsen, så de unge får relevante kompetencer i forhold til gennemførelse af EUD. I arbejdet med at få flere unge gennem erhvervsuddannelserne kan der eksempelvis bruges redskaber som realkompetencevurderinger, ordninger med undervisning på virksomheden, mesterlærerordninger og godkendelse af praktikforløb, så den unge klædes på til at gennemføre resterende moduler af en EUD.

Arbejdet med opstilling og meritering af læringsmål aftales i samarbejde mellem den unge, erhvervsskolerne og arbejdsgivere.

6.3.3 Særlig støtte til unge i job med uddannelsesperspektiv

Unge, der har et job med uddannelsesperspektiv tilbydes støtte fra erhvervsskolerne. Skolerne indfører på samme måde særlige modtagelsesordninger for målgruppen af unge, som har været i jobs med uddannelsesperspektiv. Sådanne ordninger koordineres med UU-centrene, erhvervsskolerne og de kommunale forvaltninger. Ligeledes koordineres i forhold til regeringens flexuddannelse og tilrettelægges som vertikale indspil til EUD-systemet.

6.3.4 Udvikling af incitamentsstruktur og finansiering af jobs med uddannelsesperspektiv

Det er målsætningen, at der kan udvikles en incitamentsstruktur for arbejdsgiverne, som gør det mere interessant at oprette jobs med uddannelsesperspektiv. Indledningsvist skal mulighederne afsøges for, hvordan sådan en ordning kan finansieres med de til rådighed værende midler⁶.

Incitamentsstrukturen indrettes under hensyntagen til reelle muligheder for rekruttering. Strukturen tager højde for faktorer som fx virksomheders størrelser og udvikling af rekrutteringskoncepter som eksempelvis *'opret et job med uddannelsesperspektiv og få medfinansieret nummer to'*.

⁵ Dermed målrettes indsatsen og fokuserer således ikke på den gruppe, som af LO beskrives som "unge, der af personlige eller sociale grunde ikke kan gennemføre en ungdomsuddannelse." (LO 2011: *Bedre Liv og Flere Hænder gennem Uddannelse*).

⁶ Eksempelvis tilbyder jobcentrene mentorstøtte op til to timer dagligt, hvilket kunne indikere, at der er midler til rådighed, som ikke pt. bliver benyttet.

Ud over økonomiske incitamenter kan man også arbejde med at appellere til virksomhedernes sociale ansvar – og evt. give dem mulighed for at skilte med det.

Der må søges om dispensation fra regler i nødvendigt omfang (aktiveringsregler, SU-regler, frikommuneordninger osv.), hvis reglerne er i modstrid med hensigten om at give mange unge i målgruppen mulighed for at få et job med uddannelsesperspektiv.

6.3.5 Rekruttering af virksomheder til Jobs Med Uddannelsesperspektiv

Der skal rekrutteres både private og offentlige virksomheder til at oprette jobs med uddannelsesperspektiv. Rekrutteringen sker i et samspil med jobcentre og erhvervsskoler. Aktiviteten retter særligt fokus mod større, lokale (private og offentlige) virksomheder, som ønsker at tage et samfundsansvar. Der laves individuelle aftaler for den unge for at kunne gennemføre et succesfuldt forløb, og der evalueres både på de unges oplevelse af forløbet og virksomhedernes.

6.4 Fastholdelse unge i fare for frafald

Indsatsen styrker samarbejdet mellem de aktører, der spiller en rolle for den enkelte unge, bl.a. ved at styrke kommunernes rolle, så de indgår i arbejdet med at nedbringe frafaldet på erhvervsuddannelserne.

6.4.1 Bedre videndeling om de unge

Der arbejdes målrettet med at skabe bedre metoder til at undgå, at de unge ikke 'forsvinder', mens de venter på en praktikplads.

Regionen arbejder i et andet projekt med praktikpladsproblematikken, og her er der en åbenlys mulighed for samarbejde.

6.4.2 Kontaktpersoner til de unge

Der findes en gruppe af unge, der tilmelder sig en ungdomsuddannelse uden nogensinde at møde op, ligesom en stor gruppe dropper ud inden for det første halve år. Det er for at imødekomme dem, at der igangsættes en særlig indsats for at fastholde tæt kontakt de unge, så de faktisk begynder på den erhvervsuddannelse, som de har tilmeldt sig.

Målsætningen er, at de unge, der er i risiko for at falde fra, får én kontaktperson, som tilbyder en tæt monitorering. Projektet ser kommunen som en særlig kapacitet, som skal bruges mere, end tilfældet er i dag. Ordningen forankres i UU-centrene.

7. Organisering

7.1 Styregruppe

Projektet refererer til en styregruppe bestående af udviklingspartnerne. Der sigtes på, at styregruppen vil bestå af ca. 10 medlemmer, herunder repræsentanter fra Region Hovedstaden, erhvervsskolerne og kommunerne.

Regionen har pr. 1. januar 2012 ansat en projektleder, som får ansvar for at lede aktiviteterne under målsætning 3. Projektlederen refererer til styregruppen.

De øvrige aktiviteter (under målsætning 1, 2 og 4) ledes og koordineres i et tværkommunalt partnerskab. Der ansættes en projektleder, som er ansvarlig for koordineringen af de aftalte aktiviteter, en ensartet opfølgning på tværs af kommunerne og en afrapportering til regionsrådet. Projektlederen refererer ligeledes til styregruppen.

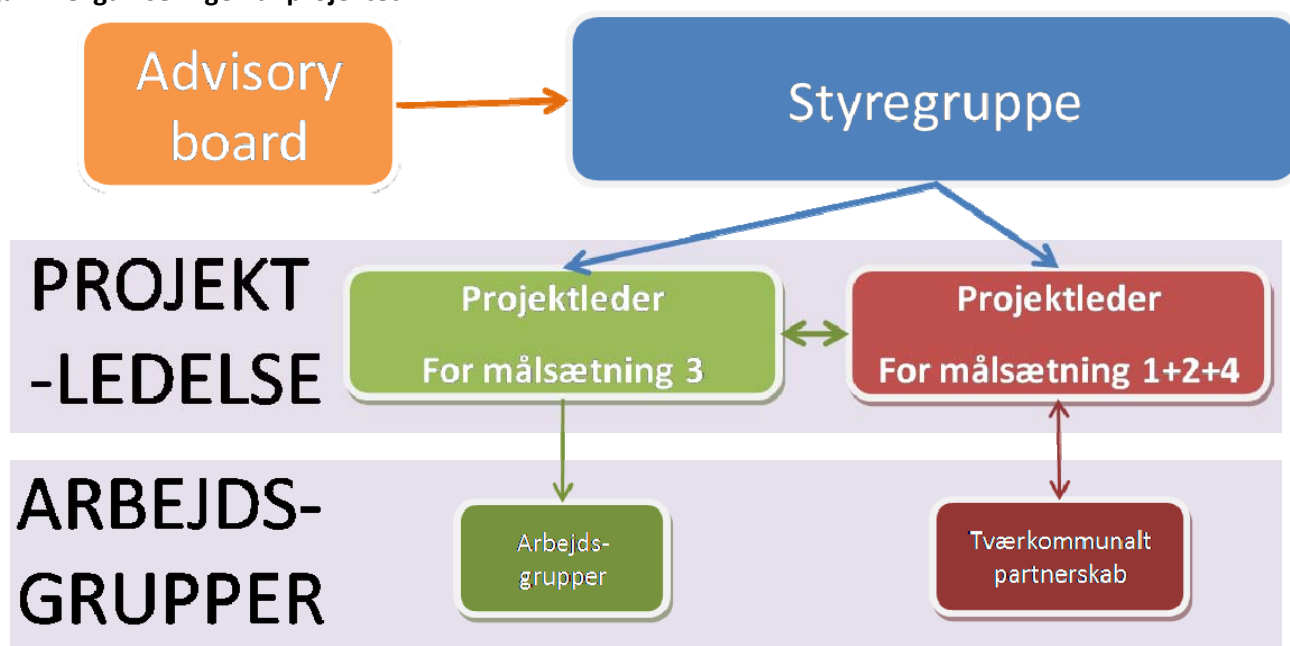
Styregruppen nedsætter et antal arbejdsgrupper, som inddrages i forbindelse med opstilling af baseline for projektet og succeskriterier for de enkelte aktiviteter. Arbejdsgrupperne vil få ansvaret for udvikling og gennemførelse af aktiviteterne – på tværs af kommuner, skoler osv.

7.2 Advisory board

Samtidig etableres et advisory board, som løbende kvalificerer udviklingsprocesserne. Deltagerne i boardet vælges i forhold til deres ekspertise og engagement. Det kunne fx være forskere fra DPU, UU-centre, jobcentre, folkeskoleledere, (forældrerepræsentant), lærerrepræsentant, elevrepræsentant, UVM (Ministeriet for Børn og Undervisning), Region Hovedstadens Koncern Plan Udvikling Kvalitet (KPUK), samt arbejdsgiver- og lønmodtagerrepræsentanter.

Projektets organisatoriske struktur kan illustreres ved følgende diagram:

Figur 1: Organiseringen af projektet

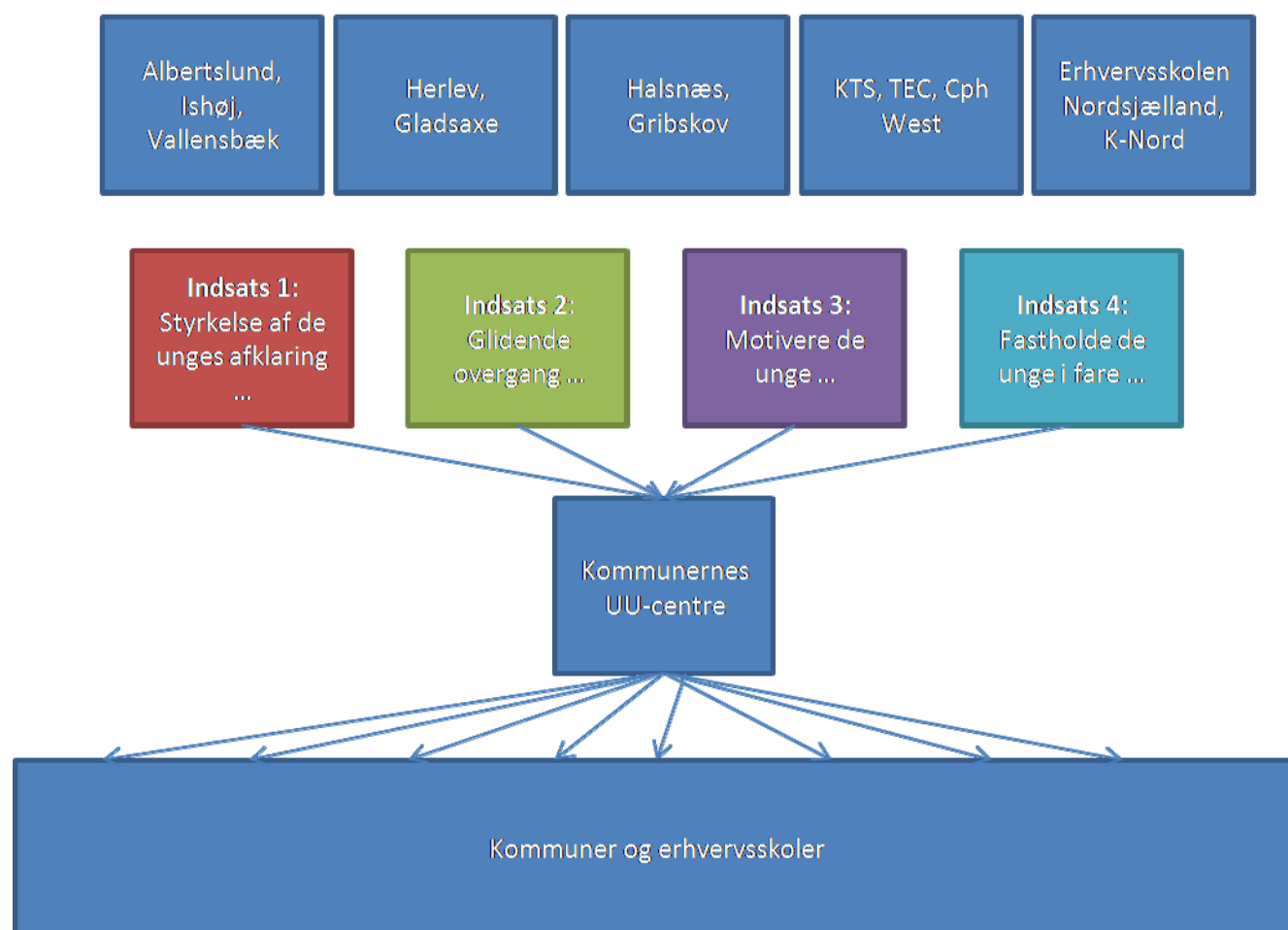


I den første del af projektet vil kommuner, UU-centre og erhvervsskoler i samarbejde med projektlederne gennemføre alle projektkิจกรรมerne.

Det er målsætningen med projektforsøget, at aktiviteterne kan implementeres i alle involverede kommuner efter en justering, der sker på baggrund af projekterfaringerne og med øje på lokale forhold. UU-centrene får en hovedrolle i denne spredningsfase, idet de gennem projektet vil få kendskab til de enkelte aktiviteter, og fordi deres kontaktflade berører flere kommuner.

Fordelingen af opgaverne kan illustreres således:

Figur 2: Opgavefordeling



Halvdelen af projektmidler er afsat til denne projektets spredningsfase.

7.3 Partnere

Udviklingskommuner: Ishøj, Albertslund, Herlev, Gladsaxe, Halsnæs, Gribskov og Vallensbæk

Øvrige udviklingspartnere: Erhvervsskoler, UU-centre og jobcentre

8. Økonomi

Projektet er finansieret i et samarbejde mellem interessenterne og Region Hovedstaden. For hovedaktivitet 1, 2 og 4 søges om finansiering i regionsrådet til en regionsandel på 40 %. For hovedaktivitet 3 afsatte regionsrådet i budgettet for 2012 12 mio. over tre år, som maks. udgør 50 % af budgettet for hovedaktivitet 3.

Halvdelen af projektmidlerne afsættes til udviklingsfasen af projektet, mens resten deles mellem de kommuner, der er en del af spredningsfasen.

I udviklingsfasen fordeles pengene som beskrevet i bilag A.

9. Evaluering og effektmåling

Formålet med evaluering af projektet ”Klædt på til erhvervsuddannelse” er dels at give styregruppen et redskab til at vurdere projektets udvikling og succes, dels at have et stærkt redskab i arbejdet for at sprede gode udviklingsprocesser over hele landet.

Der arbejdes med midtvejs- og slutevalueringer. Evalueringerne skal:

- Vurdere de enkelte aktiviteter, således at det kan afgøres, hvilke dele af projektet, der ikke er blevet gennemført som forventet, eller ikke giver de forventede resultater, herunder årsagerne til det.
- Dokumentere effekterne af de enkelte aktiviteter
- Vurdere, om projektets delmål er opnået
- Vurdere, om projektets ressourceforbrug på både kort og lang sigt står mål med effekterne i forhold til parametre som forventet større vækst og evt. besparelser i andre offentlige kasser. (Et tillempet bud på ROI – Return On Investment)

Relevante medlemmer af advisory boardet skal være med i arbejdet med at skabe succeskriterier for projektets enkelte dele.

Evalueringerne foretages af ekstern evaluators. En samlet evalueringsplan fremlægges for styregruppen tre måneder efter, at projektbeskrivelsen er godkendt.

10. Kommunikationsstrategi

Projektets kommunikationsstrategi har dels til formål at skabe opmærksomhed om projektet, dels at lave en videndelingsstrategi, som skal sikre et fornuftigt kommunikationsflow i projektet.

Projektet sætter fokus på et problem, som er politisk interessant. Derfor bør der være mulighed for at skabe opmærksomhed om projektet – både centralt og lokalt. For at få pressens opmærksomhed, skal der formentlig udvikles nyhedsstof – nye tiltag, undersøgelser, dokumentation mv.

Det er hensigten, at projektets delresultater skal kommunikeres ud løbende – til de interessenter, der er med i projektet, og til de interessenter, som senere hen kan have interesse i projektets nyskabelser. Det kan fx være ministerielle embedsmænd, erhvervsskoleledere og kommunalchefer. Der kan fx etableres konferencer med resultater fra projektet, og nyhedsbreve, der løbende holder abonnenterne opdaterede.

Der vil internt i deltagergruppen være behov for en videndelingsstrategi, der sikrer, at fx arbejdsgrupperne kan have et øje på, der foregår andre steder i projektet.

En samlet kommunikationsstrategi fremlægges for styregruppen tre måneder efter, at projektbeskrivelsen er godkendt.

11. Bilag A – Aktiviteter med timestfordeling og samlet pris (Young Skills: Klædt på til en erhvervsuddannelse)

	Eksterne indkøb	Grundskole timer	Jobcenter timer	UU- timer	EUD- timer	Total kr.
I ALT FOR PROJEKTET						22.245.163 kr.
Projektledelse, organisation og administration	400.000 kr.	5.772			1.154	2.159.306 kr.
1 projektleder fuld tid 3 år (ex overhead***)		5.772				
1 projektleder på 1/5-tid (ex overhead***)					1.154	
Estimeret 400.000 kr. til mødehold, lokaleleje og fortæring	400.000 kr.					
Effektmåling, faglige indspark og kommunikation	1.340.000 kr.			1.110		1.657.460 kr.
To eksterne evalueringer a 300.000 kr., en revision af 80.000 kr. og 37 timer for 10 personer til baseline-taltræk i 3 år	680.000 kr.			1.110		
Diverse faglige indspark og konference/workshopsfacilitering, 60.000 kr./år fra DPU og 60.000 kr./år fra andre	360.000 kr.					
Kommunikation, hjemmeside, grafiker, tryksager, osv.	300.000 kr.					
1. Styrkelse af de unges afklaring om uddannelsesvalg	1.225.600 kr.	8.040		1.669	7.664	6.270.770 kr.
1.1 Styrket dialog og samarbejde med forældrene , ved 15 større, nye typer arrangementer lokalt med sansning Forberedelse, afholdelse og opsamling på to gange 2- dagsinternat for 26 personer og opsamlingsdag		630		105	765	
2 oplæg fra eksperter af 25.000 kr. ved DPU	50.000 kr.					
Internatomkostning, kr. (2.800 pr. person) og VIP	145.600 kr.					
Afvikling af 15 arrangementer – finansieret delvist som præsentationstimer	90.000 kr.	450				
I alt						850.950 kr.
1.2 Unge rollemodeller						
Udvikling og rekruttering af rollemodelkorps og kommunikation				360	360	
Løn til 30 rollemodeller for 90 besøg (1/3 af EUD-sats)					2.700	
I alt						1.008.720 kr.

	Eksterne indkøb	Grundskole timer	Jobcenter timer	UU- timer	EUD- timer	Total kr.
1.3. Fælles referenceramme for vejledere, lærere og forældre,						
bl.a. gennem kompetenceudvikling og sparring for klasselærere						
Forberedelse, afholdelse og opfølgning på 2 gange 2- dagsinternat 25 personer		420		270	460	
Kompetenceudvikling af 160 skolelærere i 3 dage, 60 EUD- lærere i 1 dag med føl, samt 160 timer med UU		3.600		160	450	
Seminaromkostning kr. (2.800 kr. pr. person)	140.000 kr.					
Ny kommunikation ml. EUD, grundskole og forældre	50.000 kr.					
I alt						1.732.060 kr.
1.4 Young Skills – uddannelsesmesser						
1. Konkurrencemesser for elever i grundskolen						
Udvikling af 9 konkurrence-kategorier for grundskoleelever i 3 år og nye præsentationskoncepter						
Forberedelse, afholdelse og opsamling på dagsseminar for 50+70 personer		535		330	535	
Tiltrækningsaktivitet og fundraising for YOUNG SKILLS 2014 (pris på 50.000 kr.)	50.000 kr.					
Afvikling af 9 konkurrencekategorier for grundskoleelever i 3 år. 30 personer bruger 1 uge/år		2.405		444	481	
Kommunikation, præmier, osv. (dobbel i fase 2) (EUD-timer afholdes som præsentationstimer***)	150.000 kr.					
I alt						1.562.940 kr.
2. Konkurrencemesser for elever på EUD						
Udvikling af 15 konkurrencekategorier for EUD i 3 år						
Forberedelse, afholdelse og opsamling på dagsseminar for 15 personer 2 gange					698	
Tiltrækningsaktivitet og fundraising for SKILLS 2014 (pris på 50.000 kr.)	50.000 kr.					
Afvikling af 15 konkurrencekategorier til afholdelse for EUD- elever i 3 år. 3 dage for 4 personer pr. fag pr. skole					1.215	

I alt						616.100 kr.
Udvikling af nye rammer for messeafholdelse	500.000 kr.					500.000 kr.
	Eksterne indkøb	Grundskole timer	Jobcenter timer	UU- timer	EUD- timer	Total kr.
2. En glidende overgang mellem grundskole og EUD	1.220.000 kr.	18.769 kr.			7.379	8.771.973 kr.
2.1 Praktisk toning af undervisningen i udskolingen gennem toningsforløb, 20-20-klasser og længere praktik						
Forberedelse, afholdelse og opsamling på internat for 2 gange 50 personer		1.160		400	540	
Ekspert- og faciliteringsindkøb a 200.000 kr. (heraf 100.000 kr. ved DPU)	200.000 kr.					
Seminaromkostning kr. (2800 pr. person)	280.000 kr.					
Afvilling og sparring som frikøb af 50 grundskolelærere og 30 EUD-lærere i tre dage pr. år i 3 år		2.675		700	2.025	
Ekspertindkøb a 30.000 kr. pr. år ved DPU	90.000 kr.					
I alt						2.740.650 kr.
2.2 Erhvervspraktik for alle gennem udvikling af bæredygtige modeller for oprettelse af erhvervspraktikpladser						
Forberedelse, afholdelse og opfølgning på dagsseminar for 50 personer 2 gange		850		400		
Afvikling af rekrutteringsaktiviteter i lokalmiljøet	150.000 kr.	2.850		900		
I alt						1.580.000 kr.
2.3 Udvikling og afprøvning af undervisningsmateriale						
Udvikling og præcisering af behov for nye undervisningsmaterialer, samt udvikling af nyt materiale.						
Forberedelse, afholdelse og opfølgning på 2 dagsseminarer for 50 personer						
Ekspert- og faciliteringsindkøb a 4x50.000 kr. (heraf 100.000 kr. ved DPU)	200.000 kr.	1.090		500	270	
Produktionsomkostninger for nye undervisningsmaterialer i praksisnær undervisning i udskolingen	200.000 kr.					
I alt						934.660 kr.

	Eksterne indkøb	Grundskole timer	Jobcenter timer	UU- timer	EUD- timer	Total kr.
2.4 Sammenhæng mellem grundskolen og EUD						
for grundskolelærere fra udskolingen og EUD-lærere med didaktisk sparring.						
Forbered., afhold. og opfølgning på 2 dagsseminarer for 26 pers.		494			494	
100 grundskolelærere i tre dage pr. år		6.750			4.050	
30 EUD-lærere i tre dage 2 gange pr. år						
Udv. af kom. og styrkede relationer mellem EUD og grundskole	100.000 kr.					
I alt						3.516.663 kr.
4. Fastholdelse af unge i fare for frafald	200.000 kr.	453	2.672	6.395	1.563	3.385.654 kr.
4.1 En kontaktperson						
Udvikling af metoder og rutiner, samt bedre brug heraf til følge af målgruppen fra udskolingen og til gennemførsel af erhvervsuddannelser						
Forberedelse, afholdelse og opfølgning på 2 dagsseminarer for hhv. 28 personer og 66 personer		215	215	460	215	
Afvikling som frikøb af hhv. 40 og 80 personer 37 timer til ekstern sparring og løbende opfølgning på målgruppen			1110	2775	555	
Ekspertter til sparring og oplæg (2x50.000 kr. ved DPU)	100.000 kr.					
I alt						1.693.570 kr.
4.2 Bedre videndeling om de unge						
Udvikling af metoder, rutiner og bedre brug af IT-systemer til at følge målgruppen fra udskolingen til gennemførsel af erhvervsuddannelser.						
Forberedelse, afholdelse og opsamling på 2 dagsseminarer for hhv. 31. og 62 personer.		238	238	385	238	
Afvikling som frikøb af hhv. 40 og 80 personer 37 timer til ekstern sparring og løbende opfølgning			1110	2775	555	
Ekspertter til sparring og oplæg (2x50.000 kr. ved DPU)	100.000 kr.					
I alt						1.692.084 kr.

12. Bilag B - Finansiering med fordelingsnøgle

FINANSIERING - EKSEMPEL PÅ MULIG FORDELINGSNØGLE YOUNG SKILLS: KLÆDT PÅ TIL EN ERHVERVSUDDANNELSE								
Hovedaktiviteter 1,2,4 (Inkl. projektledelse og adm.)		1. Styrkelse af de unges afklaring om udd.valg	2. Glidende overgang mll. grundskole og EUD	4. Fastholdelse af unge i fare for frafald	Effektmåling, faglige indspark og kommunikation	Projktled., organisation og administration	Klædt på til en Erhvervsuddannelse: 1, 2 og 4	Heraf reserveres til fase 2
I alt		6.270.770 kr.	8.771.973 kr.	3.385.654 kr.	1.657.460 kr.	2.159.306 kr.	22.245.163 kr.	11.122.582 kr.
40%	Region Hovedstaden (40% medfinansiering)	2.508.308 kr.	3.508.789 kr.	1.354.262 kr.	662.984 kr.	863.722 kr.	8.898.065 kr.	4.449.033 kr.
60%	Albertslund, Ishøj, Vallensbæk (inkl. UU- og job-centre)	2.102.673 kr.		1.482.022 kr.	331.492 kr.	431.861 kr.	4.016.556 kr.	2.008.278 kr.
	Herlev og Gladsaxe (inkl. UU- og jobcentre)		3.777.906 kr.		331.492 kr.	431.861 kr.	4.541.259 kr.	2.270.630 kr.
	Halsnæs og Gribsskov (inkl. UU- og job-centre)							
	Cph West, KTS og TEC	1.659.789 kr.	1.485.277 kr.	549.370 kr.	331.492 kr.	431.861 kr.	4.457.789 kr.	2.228.895 kr.
	Erhvervsskolen Nordsjælland og K-Nord							
Hovedaktivitet 3 – Jobs med uddannelsesperspektiv (Inkl. projektledelse og adm.)							3. Jobs med uddannelsesperspektiv	Heraf reserveres til fase 2
I alt							24.872.702 kr.	12.436.351 kr.
50%	Region Hovedstaden						12.000.000 kr.	6.000.000 kr.
20%	Halsnæs og Gribsskov (inkl. UU- og job-centre)						5.149.081 kr.	2.574.540 kr.
30%	Erhvervsskolen Nordsjælland og K-Nord						7.723.621 kr.	3.861.811 kr.

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 20

Emne: Udmøntning af pulje til kvalitetsforbedringer

1 bilag

Ansøgninger til puljen til kvalitetsforbedringer 2012

Der skal udmøntes 2,6 mio. kr. af puljen til kvalitetsforbedringer i 2012. Der er modtaget 20 ansøgninger om i alt 11.924.400 kr.

Ansøgningerne er scoret på en skala fra 1 til 5 efter vurdering af om projektet:

1. Forbedrer behandlingskvaliteten direkte for patienterne
2. Reducerer omkostninger på længere sigt.
3. Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb

Der er endvidere lagt vægt på, at projektet understøtter fælles regionale kvalitetsindsatser og/eller Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan.

Scoringen, af de 9 højest scorede projekter giver følgende resultat:

13,5 point – projekt nr. 5, 6, 9, 13, 20

12,5 point – projekt nr. 12, 19

12 point – projekt nr. 1, 8

Administrationens indstilling:

Det indstilles, at projekt nr. 6 fra Hvidovre Hospital tildeles 870.000 kr. (i alt søgt kr. 1.857.000). Projektet vil udvikle et accelereret patientforløb for ortopædkirurgiske amputationspatienter. Det er en patientgruppe som ofte lider af multisygdom og ofte har langvarige indlæggelsesforløb. En reduktion af indlæggelsestiden for denne gruppe har derfor potentiale i forhold til økonomi såvel som kvalitet for patienten. Det ansøgte beløb vil udgøre en meget stor andel af den samlede pulje, hvorfor det foreslås at tildele et mindre beløb.

Det indstilles, at projekt nr. 1 fra Bispebjerg Hospital tildeles 700.000 kr. (i alt søgt kr. 724.000). Projektet stiler mod at forbygge kortvarige indlæggelser af uhelbredeligt syge patienter gennem en udgående proaktiv indsats. Hvis projektet lykkes vil det give sparede indlæggelser og en bedre behandling af en udsat patientgruppe. Det bør anerkendes, at patienterne tilbydes en livslang åben invitation med den tryghed, som det må formodes at give

Det indstilles, at projekt nr. 5 fra Herlev Hospital tildeles 600.000 kr. (i alt søgt kr. 800.000). Projektet vil eliminere forekomsten af tryksår under indlæggelse på hele hospitalet i løbet af tre år. Der er et stort kvalitetsmæssigt og økonomisk potentiale i indsatsen, som også er et tværregionalt fokusområde.

Det indstilles, at projekt nr. 19 fra Bornholms Hospital tildeles 400.000 kr. (i alt søgt kr. 475.000). Projektet drejer sig om en indsats mod hospitalsinfektioner, specielt Clostridium Difficile, og er tværfagligt og tværsektorielt i sit sigte. Resultaterne fra projektet vil være relevante for bekæmpelsen af hospitalsinfektioner i hele regionen, hvilket er et indsatsområde i regionens kvalitetshandlingsplan.

Det indstilles, at projekt nr. 8 fra Helsingør Hospital tildeles 30.000 kr. (i alt søgt kr. 30.000). Projektet vil opkvalificere fysioterapeuter i forhold til at behandle patienter med kroniske lænde/ryg smerter. Erfaringerne fra projektet vil være værdifulde i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet for denne patientgruppe.

Samlet bevilling: 2,6 mio. kr.

Projekt nr. 9 fra Hillerød Hospital har opnået 13,5 point, men indstilles ikke til tildeling af midler fra kvalitetspuljen. Indsats mod tryksår indgår i projektet Patientsikkert Sygehus, som er i fuld gang på hospitalet. Der er således allerede stort fokus på området, og det vurderes at det betydelige beløb, der søges om, vil have større effekt på et hospital, hvor der ikke er en igangværende indsats.

Projekt nr. 13 fra Gentofte Hospital har opnået 13,5 point, men indstilles ikke til tildeling af midler fra kvalitetspuljen. Da der er tale om midler til apparaturanskaffelse henvises til at søge finansiering gennem regionens midler til medicinsk apparatur.

Projekt nr. 20 fra Hvidovre Hospital opnået 13,5 point, men indstilles ikke til tildeling af midler fra kvalitetspuljen. Der ansøges om 1,7 mio. kr. årligt i tre år. Det vurderes, at være uhensigtsmæssigt at disponere over midler fra kvalitetspuljen tre år frem. Projektet kan evt. søges finansieret i forbindelse med budgetprocessen.

Projekt nr. 12 fra Gentofte og Glostrup Hospital har opnået 12,5 point, men indstilles ikke til tildeling af midler fra kvalitetspuljen. Da der hovedsagelig er tale om midler til apparaturanskaffelse henvises til at søge finansiering gennem regionens midler til medicinsk apparatur. Der søges også om midler til drift, hvilket der ikke bevilges midler til fra kvalitetspuljen.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	Administrationens scoring og bemærkninger
1	Bispebjerg Hospital,	Kvalitetsforbedre den palliative indsats til uhelbredeligt syge mave- tarmkirurgisk kræftpatient (tyktarm, endetarm og bugspytkirtel) i basiskirurgisk regi	For at minimere uhensigtsmæssige indlæggelser og forbedre overgange mellem hjem og hospital for uhelbredeligt syge kræftpatienter, ønsker vi at tilbyde patienterne en ambulant kontakt med en palliationssygeplejerske (en basissygeplejerske med kompetencer indenfor palliation). Sygeplejersken skal varetage en rådgivende og koordinerende funktion for denne patientgruppe og skal have mulighed for en udgående funktion under supervision af patientens kontakt speciallæge. .	Ansøgte beløb til 12 måneder: 724.000 Fordelt således: 1 fuldtids sygeplejerske = 400.000 Praktiserende psykolog = 200.000 (100 timer til personale supervision, 100 timer til patient og pårørende samtale) Kursus i palliativ smertebehandling for 10 læger og 1 sygeplejerske = 110.000 Studentermedhjælper til retrospektiv monitorering af indlæggelser, 120 timer = 24.000	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4-5 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 3-4 Samlet score: 12

2	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Kvalitetsprojekt vedrørende miljøets betydning i forbindelse med spredning af Clostridium difficile på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	At begrænse sekundær smittespredning af Clostridium difficile (C. difficile) ved at undersøge forekomsten af C. difficile i smittede patienters miljø på sengestuen, i bækkener før og efter dekontaminering, samt koloniseringen på personalets hænder med henblik på efterfølgende intervention.	I alt ansøges om: 56.400 kr.	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 2-3 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score ? Samlet score: 7,5 Bemærkninger: Tenderer til et forskningsprojekt. Effekten af projektet afhænger af en efterfølgende indsats på baggrund af resultaterne. Området er et indsatsområde i regionens infektionsprogram og bør prioriteres i den sammenhæng.
---	---	---	--	-------------------------------------	--

	Hospital + afdeling	Projektets/indsatsens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
3	Bispebjerg Hospital	Tidlig og øget mobilisering samt fysisk aktivitet for indlagte patienter på lungemedicinsk afdeling L	Fysisk funktionstab for patienter i forbindelse med indlæggelse er velkendt. Det er dokumenteret at tidlig og øget mobilisering reducerer funktionstab. Med fokus på at optimere patientens mulighed for at bruge egne ressourcer integreres den øgede mobiliseringen og fysiske aktivitet i de daglige funktioner, som personlig hygiejne, påklædning, toiletbesøg og spisning. Der vil derfor lægges vægt på at måltider indtages siddende ved bord, toiletbesøg foregår ved gang til toilet etc.	Projektet afvikles over 6 måneder. Udvikling af projekt og tovholderfunktion som et samarbejde mellem fysioterapeut og sygeplejerske. Ca. 17 t / uge for 2 personer, i alt 37 t/u i 6 mdr. til udvikling og implementering samt monitorering af effektmål og afrapportering . ca. kr 260.000 Undervisning af personale, 2 dages kursus, motivation/ressourceorienteret tilgang: ca. 40.000 kr. I alt: ca 300.000 kr.	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 3-4 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 2-3 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 2-3 Samlet score: 8,5 Bemærkninger: Besparelespotentialer er usikkert.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsatsens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
4	Region Hovedstadens Psykiatri	Forebyggelse af ikke-planlagte genindlæggelser	Umiddelbart før udskrivelsen af den enkelte patient laves en (risiko)vurdering af, hvilke faktorer der har størst betydning for netop denne patients risiko for at blive akut genindlagt. I tilknytning hertil er det samtidig et mål at kunne identificere de dele af organisationen hvor der er for mange genindlæggelser herunder belyse hvilke patienter (opgjort ift. patientkarakteristika, behandlingstilbud, medicin, eller lignende) der er i særlig risiko for genindlæggelse.	Kr. 300.000 hvoraf de 40.000 udgør økonomien til foranalysen	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 3-4 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 3-4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 2-3 Samlet score: 9,5 Bemærkninger: Indsats og målopfølgelse er uklart beskrevet.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsatsens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
5	Herlev Hospital	Nul-tolerance overfor tryksår opstået under indlæggelse på Herlev Hospital	Projektet starter som et 3 mdrs. pilotprojekt på Ortopædkirurgisk afd. T114. Herefter inkluderes resten af huset etapevis i løbet af 2012, prioriteret efter antallet af tryksår i den enkelte afdeling. Via ændrede arbejdsgange, øget viden og klart fokus skal tryksår forebygges og ikke kun behandles. Målet er nul tryksår opstået under indlæggelse på hele hospitalet senest ved udgangen af 2014	Kr. 800.000 til ansættelse af projektleder, uddannelse og undervisning af hhv. nøglepersoner og tværfagligt personale	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4-5 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4-5 Samlet score: 13,5 Bemærkninger: Vigtig problemstilling, som også er et nationalt prioriteret indsatsområde.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
6	Hvidovre Hospital	Projekt omkring amputationspatient er i Ortopædkirurgisk Afdeling	Projektets formål er at implementere og finjustere hensigtsmæssige behandlingsforløb. Dataindsamling og registrering er områder, der, ved systematisk at analysere resultaterne og løbende justere behandlings og plejeplaner , kan optimere behandlings og plejeniveau.	En afdelingslæge: Kr. 792.000 En projektleder: kr. 500.000 En projektsygeplejerske: kr. 440.000 Apparatur: Kr. 125.000 I alt: kr. 1.857.000	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4-5 Reducerer omkostninger på længere sig. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4-5 Samlet score: 13,5 Bemærkninger: Ressourcekrævende patientgruppe, hvorfor besparelspotentialer er stort.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsatsens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
7	Hvidovre Hospital	Reduktion i medicineringsfejl som følge af Det Fælles Medicinkort	Formålet er, at lave et sammenligningsstudie mellem medicineringsfejl hos den ældre medicinske patient før og efter FMK er indført. Det ønskes at undersøge, hvorvidt Det Fælles Medicinkort (FMK) har forbedret medicineringen hos denne patientgruppe og dermed øget patientsikkerheden	Samlet ansøges om kr. 914.000,00 Opgaver i projekt: Analysering af baselinedata for 75 patienter før implementering af FMK: 0,3 årsværk Dataindsamling 2 for 75 patienter, herunder hjemmebesøg: 1,5 årsværk Analysering og sammenligning af samlet datasæt for FMK for i alt 150 patienter: 0,3 årsværk I alt 2,1 årsværk fordelt på følgende ressourcer: 0,8 årsværk sygeplejefaglige ressource 1,0 årsværk farmaceut ressource 0,1 årsværk statistisk ressource 0,2 årsværk lægefaglig ressource	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 2 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score ? Samlet score: 6 Bemærkninger: Tenderer til et forskningsprojekt. Effekten af projektet afhænger af en efterfølgende indsats på baggrund af resultaterne. Tidsplan for udrulning af FMK usikker.
	Hospital + afdeling	Projektets/indsatsens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
8	Helsingør Hospital	Rygpatienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter	I forbindelse med implementering af det kommende forløbsprogram for patienter med lænderyglidelser vil såvel reumatologisk afdeling som Fysioterapiafdelingen få en ny patientkategori, som er rygpatienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter. På Helsingør Hospital er det allerede en fast procedure, at læger og fysioterapeuter foretager en fælles undersøgelse af patienten med nerverodspåvirkning, og opgaveglidning har fundet sted. Denne opgaveglidning ser vi som mulig at udvide med den ovenstående kognitive indsats, således at fysioterapeuterne får udvidet deres kompetencer på området og derved bliver i stand til at overtage en del af den information, som lægerne ellers ville tage sig af. Da patienterne ofte kommer til fysioterapeuterne et par gange efterfølgende, vil de være i stand til at følge op på såvel den fysiske som den kognitive indsats.	30.000 kr	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4 Samlet score: 12 Bemærkninger: Projektets resultater er relevant for alle afdelinger der skal implementere forløbsprogrammet for lænde/ryg lidelser. Beskedent beløb.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
9	Hillerød Hospital	Hillerød Hospital - Danmarks første tryksårsfrie Hospital	Visionen for projektet er, at Hillerød Hospital er Danmarks første tryksårs frie hospital i 2013. Helt overordnet skal projektet kunne give svar på følgende spørgsmål: hvilke lærings mål der kan beskrives for alle faggrupper, hvilke arbejdsgange der burde ændres, hvordan opsamlingen af data burde ske, hvilket inventar der er mest hensigtsmæssigt, hvordan patient - pårørende involvering burde forgår, m.m.	Ansøgte beløb i alt: 1.395.000 kr.	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4-5 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4-5 Samlet score: 13,5 Bemærkninger: Vigtig problemstilling, som også er et nationalt prioriteret indsatsområde. Tryksår indgår som et spor i Patientsikkert Sygehus. Der arbejdes således allerede med området.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
10	Glostrup Hospital	Etablering af rygdatabase	Opbyggelse og etablering af regional klinisk kvalitetsdatabase for hospitalsbehandlede rygpatienter.	500.000 kr.	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 1-2 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 3-4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 1-2 Samlet score: 6,5 Bemærkninger: Det vurderes at være relevant med en database på området, men kliniske kvalitetsdatabaser bør oprettes via kompetencecentre med et nationalt perspektiv. Det fremgår ikke hvordan databasen skal driftes.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
11	Glostrup Hospital	Behandling af PNES patienter	• Udvidelse og videreudvikling af det nyetablerede behandlingstilbud for PNES patienter i Region Hovedstaden mhp. tidlig identificering, målrettet behandling og langtidsopfølgning med henblik på en forbedret livskvalitet. • Patienten sættes i centrum, og derfor udvides og styrkes samarbejdet og kompetencerne internt af det interprofessionelle team, • Der sættes fokus på at etablere nye samarbejdsrelationer med psykiatere (for både voksne og unge patienter på 15-18 år) og således dannes et bredere interprofessionelt samarbejde.	600.000 kr	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 3 Samlet score: 11 Bemærkninger: Projektet retter sig mod et relativt beskedent antal patienter (35 nye patienter i 2011)

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
12	Glostrup og Gentofte Hospital	Forbedre andel af diabetespatienter i behandling på Gentofte Hospital, som bliver undersøgt for om, de har udviklet øjendiabetes	Den ansøgte bevilling vil give de nødvendige ressourcer til årligt at undersøge 500 diabetikere for om de har sygdommen øjendiabetes (DH360 retinopathia diabetica). Fotograferingen vil foregå i diabetesambulatorium på Gentofte Hospital. Fotograferingen udføres af en sygeplejerske ansat på afdeling F i diabetesambulatorium med et funduscamera, der er netopkoblet til øjenafdelingens fælles billedserver. Via den fælles billedserver sendes billederne til vurdering af øjenspeciallæge og specialuddannet billedlæsesygeplejerske på Øjenafdelingen Glostrup Hospital. Elektronisk svar sendes til Gentofte Hospital.	Apparaturindkøb og opstilling: 325.000 kr. Personale- og driftsomkostninger: 498.000 kr. (GLO: 136.500 kr., GEH: 361.500 kr. – idet GEH dækker 50 % af omkostningerne på GLO)	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 3-4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4-5 Samlet score: 12,5 Bemærkninger: Udgifter til almindelige driftsomkostninger dækkes ikke via kvalitetspuljen. Anskaffelse af apparatur kan evt. ske via pulje til indkøb af medicinsk udstyr.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsatsens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
13	Gentofte Hospital	HPLC-teknik til bestemmelse af HbA _{1c}	Måling af hæmoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) er central for behandlingsmonitorering af diabetes, og det er veldokumenteret, at en optimeret diabetesregulation er essentiel for at reducere udviklingen af sendiabetiske komplikationer. Med den såkaldte HPLC-teknik kan analysetiden for HbA_{1c} nedsættes til få minutter. Ved anvendelse af sidstnævnte teknik kan KBA sikre at Diabetesklinikken har HbA_{1c}-resultaterne samt de øvrige laboratorieresultater inden for 1 time efter patientens ankomst til blodprøvetagningen, hvorved diagnosticering og behandlingsmonitorering kan foretages i én seance.	500.000 kr. til apparatur, der anvender den lynhurtige HPLC-teknik til bestemmelse af HbA _{1c}	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4-5 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4-5 Samlet score: 13,5 Bemærkninger: Anskaffelse af apparatur kan evt. ske via pulje til indkøb af medicinsk udstyr.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsatsens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
14	Gentofte Hospital	Afdækning af kvaliteten af det dagkirurgiske forløb også efter udskrivelsen til hjemmet	Ved systematisk dataindsamling om smerter, kvalme, forbindelse, akut lægehjælp, pårørendes rolle m.m. er målet at kunne revurdere kravet om pårørendes tilstedevær i hjemmet for visse typer af kirurgi (f.eks. varicer, A-skopier og lignende). Nogle patienter ville således kunne udskrives uden familie/pårørende og således spares for indlæggelse. Projektet med afdækning af kvaliteten af det dagkirurgiske forløb også efter udskrivelsen til hjemmet vil endvidere være med til at sikre at "patienten oplever et sammenhængende og trygt forløb i hænderne på nærværende professionelle" som fastsat i vores strategi Vingesus og Nærhed	Ca. 300.000 kr til dækning af personaleforbrug i forbindelse med opringning, databearbejdning, mm. (Ca. ½ sygeplejerske)	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 2-3 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score ? Samlet score: 7 Bemærkninger: Tenderer til et forskningsprojekt. Effekten af projektet afhænger af en efterfølgende indsats på baggrund af resultaterne.

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
15	Gentofte Hospital	Udvikling af triagefunktionen	Vi ønsker at udvikle vores triagefunktion således, at denne alene varetages af een sygeplejerske, der også vil få en koordinerende funktion i forhold til, udover at udføre triagen, at sikre rettidig lægelig vurdering samt sikre at patienten får udført de relevante diagnostiske undersøgelser helt initialt i patientforløbet.	Aflønning af sygeplejerske i 4 måneder kr. 160.000 Patienttilfredshedsundersøgelse kr. 25.000 Rapportskrivning og publikation kr. 25.000 I alt kr. 210.000	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 3-4 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 2 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4-5 Samlet score: 10

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
16	Bornholms Hospital	Maks. 1 % af de planlagte ambulatoriebesøg aflyses uvarslet.	▪ Relevante tiltag iværksættes med henblik på at eliminere uvarslede aflysninger og dermed reducere skitserede konsekvenser på kortere og længere sigt. ▪ Forbedre patienternes oplevelse af behandlingsforløbet med kortere ventetid. ▪ Forbedringstiltagene implementeres og fastholdes efter projektperioden ▪ Resultat og besluttede aktiviteter skal formidles videre ud i organisationen til vidensdeling med andre ambulatorier i samme situation dvs. at lokale erfaringer kan spredes til regionens øvrige hospitaler med lignende årsager til uvarslede aflysninger.	300.000 kr. til lønudgifter	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 2 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4 Samlet score: 10,5

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
17	Bornholms Hospital	Ambulatoriet	Etablering af et Lean-projekt med formålet om at optimere de fysiske rammer og kapacitetsudnyttelsen på Kirurgisk Ambulatorium , samt forbedre patientforløbene. ▪ Projektet bygger videre på indsatserne fra et tidligere gennemført Lean-projekt, der med succes bidrog til en markant effektivisering af visitationsproceduren bl.a. ved etablering af en Lean-arbejdscelle.	Konsulenttimer svarende til kr. 200.000 (½ årsværk) og frikøb af personale kr. 50. 000. I alt 250.000	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 2 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 3-4 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4 Samlet score: 9,5

	Hospital + afdeling	Projektets/indsat sens titel	Kort beskrivelse af indsatsen	Ansøgte beløb	
18	Bornholms Hospital	Implementering af pædiatrisk early warning system (fra 15. nov 2011) og særskilt observationsskem a med PEWS for alle børn på hospitalet	Implementering af pædiatrisk early warning system (fra 15. nov 2011) og særskilt observationsskema med PEWS for alle børn på hospitalet	50.000 kr	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4 Reducerer omkostninger på længere sig. Score 1-2 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 2 Samlet score: 7,5
19	Bornholms Hospital	Infektionshygiejne	Tværfaglig, tværsektoriel og patient- og borgerrettet indsats i forhold til forebyggelse og bekæmpelse af mave-tarm infektion/diaré (gastroenteritis), specifikt Clostridium difficile på Bornholm.	475.000 kr.	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4 Reducerer omkostninger på længere sig. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4 Samlet score: 12,5 Bemærkninger: Vigtigt indsatsområde. Projektet har et tværsektorielt fokus, og resultaterne vil være relevante for hele regionen.

20	Hvidovre Hospital	Akut abdomen projekt	Akut abdominale patienter er kendetegnet ved at have behov for intensiv genopretning af væskebalancen inden operationen. Da patienten har en pågående sygdomstilstand skal dette ske hurtigt. Det samme gælder den umiddelbare postoperative periode. Herefter er der behov for intensiv observation og behandling de næste 3-4 dage indtil tilstanden er stabiliseret.	1 opvågningssygeplejerske kr. 500.000 1 projektsygeplejerske til undervisning kr. 500.000 1 lægelig projektleder (Ph.d. studerende) kr. 750.000 I alt 1.750.000 pr. år i 3 år kr.	Forbedrer behandlingskvaliteten Score 4-5 Reducerer omkostninger på længere sigt. Score 4-5 Kan fastholde resultaterne efter projektperiodens udløb Score 4-5 Samlet score: 13,5 Bemærkninger: Vigtigt projekt, men det betydelige beløb i forhold til puljens størrelse samt at der søges til tre år betyder, at projektet bør søges finansieret gennem budgetprocessen.
----	--------------------------	----------------------	---	--	--

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 21

Emne: Ansøgning om tilskud til gadekulturfestival Distortion i 2012

2 bilag



Distortion og Region Hovedstaden
Udviklingsprojekt, 2012-13



Distortion i regionen

Distortion er en af Europas største udendørs festivaler med fokus på moderne by- og festkultur. Siden starten i 1998 er vi vokset fra en lille undergrundsbegivenhed for det kreative vækstmiljø i København til en veritabel folkefest, med over 100.000 besøg pr. dag sidste år og 166 forskellige scener, dansegulve og/eller events under festivalen – hvoraf vi selv arrangerer under en tredjedel. Resten er op til byens aktører. Det er i det spontane, tilfældige fællesskab, at magien opstår, og det er derfor folk selv, der laver festen. Musikalsk har vi også bevæget os fra en streng fokus på elektronisk musik til et program, der i 2012 inkluderer alt fra tysk soul til et dansk/mauritanesisk samarbejde – dog stadig med dansegulvet for øje.

Med over 285.000 gæster sidste år er det uomtvisteligt, at Distortion ikke længere er blot en 'københavnerebegivenhed'. Der er tale om en begivenhed af regional, hvis ikke international rang - både hvad angår deltagerantal, pressebevågenhed og vores musikalske profil. Tallene taler deres tydelige sprog: vores brugerundersøgelse 2011 viste, at over halvdelen af de adspurgte gæster var vokset op på Sjælland uden for København, og at nærværende 25% af festivalens gæster var borgere fra regionen, der havde taget turen til København udelukkende for at feste under Distortion.

Det er på tide, at en så markant regional deltagelse matches af en tilsvarende lokal tilstedeværelse: Distortion skal bevæge sig ud over bymurene. Vi ønsker derfor at etablere et permanent og selvforstærkende regionalt samarbejde med deltagelse af Region Hovedstaden, kommuner og andre offentlige instanser, samt naturligvis relevante private partnere. Vi starter med en række arrangementer op til og under sommerens Distortion festival, for derefter gradvist at udvide samarbejdet over de næste år. Nedenstående koncept er tænkt som skabelon for de næste års aktiviteter, men vil naturligvis blive evalueret og tilpasset løbende.

Motivation og perspektiv

Distortion har altid været kendetegnet af geografisk, kulturel og social mobilitet. Det er dét, vores navn står for – en forvrængning og udfordring af eksisterende grænser, normer og fordomme. Det er i de uventede sammensætninger, i det ukendtes grænseland, at magien opstår, mennesker mødes og barrierer nedbrydes. Det er kerneværdier for os, og i takt med festivalens vækst, er de kun blevet vigtigere at holde fast i: Distortion er og skal være en udfordring af eksisterende rammer og forudindtagelser. Ligeledes med København og regionen: konstant bevægelse fremad er den eneste vej. Kun på den måde kan vi i fællesskab sikre en regional udvikling, hvor grænser nedbrydes, entusiasmer udfoldes og nye fællesskaber opstår.

Således er det vores klare overbevisning, at samhørighed og fællesskab fremstår tydeligst igennem den synergiske energi, som anerkendt diversitet og forskellighed medfører. Nærværende projektforslag er derfor udarbejdet med det rationale, at hovedstadsregionens mangfoldighed er en af dens allerstørste styrker – og Distortion er en af de tydeligste manifestationer heraf. Det er på denne baggrund, at vi håber at kunne etablere et stærkt og dynamisk samarbejde, til gavn for alle regionale aktører – primært i form af social, kulturel og geografisk integration. Et projekt af den størrelsesorden stiller imidlertid nogle klare krav til økonomi og lokalkendskab, hvilket betyder, at det kun kan søsættes på hensigtsmæssig vis via et stærkt regionalt samarbejde med aktiv deltagelse fra både kommuner og Region Hovedstaden.

Det har taget 13 år for Distortion at tilpasse sig til Københavnerne's behov og ønsker – og for vores publikum endeligt at omfavne hvad det er, Distortion tilbyder. Derfor er det vigtigt at arbejde med en ligeledes langsigtet strategi i forhold til nærværende projekt – en strategi, der er fleksibel nok til at finde en form, som passer til regionen – og til Distortions ånd. Eftersom vi skal tage højde for nye samarbejder med lokale myndigheder, virksomheder og borgere, opererer vi ud fra den antagelse, at det vil tage minimum to år før projektet er selvkørende.

Efter projektperiodens udløb i 2013 skal Distortion være solidt funderet på regionalt plan, og dermed være i stand til at videreføre (og -udvikle) samarbejdet med relevante partnere i hele hovedstadsregionen. De konkrete tiltag vil blive udviklet i fællesskab med disse partnere, med aktiv vidensdeling, strategisk kapacitetsudvidelse og resulterende udvikling som fællesnævner.



Oversigt over aktiviteter og projektkomponenter, 2012:

Vi ønsker med dette projekt at etablere et permanent regionalt samarbejde, med afsæt i afholdelsen af en række arrangementer op til og under Distortion 2012. Vi er i løbende kontakt med de respektive kulturchefer i Ballerup, Furesø og Ishøj Kommune, samt relevante partnere i Helsingør Kommune og DSB S-Tog. Det er tydeligt, at der eksisterer en stor interesse for og opbakning omkring projektet. Disse aftaler skal på sigt være med til at åbne døre hos andre aktører med interesse for projektet – således at vi kan afholde lignende arrangementer i andre kommuner til 2013 og i fremtiden.

Dette muliggøres ved (deltids)ansættelsen af en central regional koordinator hos Distortion op til sommeren 2012, og afholdelsen af en række møder/seminarer i festivalens regionale netværk. Fra 2013 skal stillingen være delvist selvfinansierende. En sådan ansættelse vil markant styrke Distortions organisationelle evne til at løfte de logistiske opgaver, et større regionalt samarbejde påkræver – hvilket i sig selv vil have en synergisk effekt på hele festivalen og dermed projektets bæredygtighed. Derudover søger vi midler til selve afviklingen af arrangementerne – primært i form af mandetimer og nødvendige crowd safety-effekter såsom skilte, hegn og udstyr til samarit-tjenesten.

Tilsammen vil ovenstående netværk og fysiske aktiver muliggøre et øget regionalt engagement for Distortion, og således repræsenterer dette projekt en investering i både Distortion og hovedstadsregionens fremtidige udvikling.

Specifikation af projektkomponenter

Pre-event i Helsingør

Opvarmning til Distortion primo maj før festivalen med max. 2.000 deltagere. Afholdes på Helsingør Kulturværft. Musikalsk line-up med ét stort og kendt band, samt dj's, der afspejler Distortions ånd og diversitet. Bands og DJs spiller også til selve festivalen. Forberedelse, afvikling og oprydning varetages af Distortion, Kulturværftet og Helsingør Kommune. Gæster fra København kommer selv med tog og raverbus.

Et sådant arrangement vil signalere tydeligt, at Distortion er på vej ud i regionen – og at regionen som helhed er en nordeuropæisk dynamo, med plads til og forståelse for behovet for fejring af fællesskabet. Eftersom det vil være det første Distortion-arrangement i 2012, forventer vi en betragtelig opmærksomhed i medierne – en opmærksomhed, der selvsagt vil blive udnyttet til at skabe PR omkring nærværende projekt.

Mini-events udenfor København med Fest-Tog

Daglig aktivitet under festivalen – køres parallelt med gadeparaderne i København, med 200-400 deltagere. Hver dag – fra onsdag til og med fredag – afholdes der et one-hour rave med raverbus, lydsystem og minikoncert i henholdsvis Ballerup, Hareskovby og Ishøj. Et specielt S-tog afgår fra København, og ankommer til festen netop som bandet går på. Bussen og lydsystem ankommer til de respektive stationer en halv times tid før toget, og kan således starte festen før festtoget triller ind på perronen.

Festen varer et par timer, hvorefter folk tager toget tilbage til gadefesterne i København i samlet flok. Når arrangementerne slutter omkring kl 18.30, bliver alt pakket ned, og områderne ryddet op. Forberedelse, afvikling og oprydning varetages af Distortion og involverede kommuner. Ved at inkludere netop Ballerup, Hareskovby og Ishøj får vi vist den menneskelige diversitet, som regionen står for – og som Distortion efterhånden er blevet et decideret emblem for. Sociale og kulturelle skel overskrides via én stor, samlende fællesnævner: det varme, åbne samvær – den gode følelse, man får på en gåtur gennem Distortion en varm sommeraften. Vi skal give folk muligheden for at vise, at de er stolte.

Etablering af regionalt samarbejde

Kerneelementet i nærværende projekt udgøres af et stærkt og fremsynet netværk af private og offentlige aktører i hovedstadsregionen. Med afsæt i ansættelsen af en regional koordinator opbygges et netværk, der efterfølgende mødes minimum to gange om året, med udviklingen af et selvforstærkende og -finansierende samarbejde som den overordnede målsætning. Dette netværk skal på sigt forankre Distortions engagement i regionen – både ved en systematisk inddragelse af relevante instanser, og ved en aktiv dokumentations- og evalueringsindsats, med aktiv netværksdannelse og -vidensdeling som de altoverskyggende nøgleord. Dette samarbejde vil på sigt være selvforstærkende, og således muliggøre en videreførsel af projektet efter 2013.



Budget, forløb og finansiering

Vi ansøger om midler til to år – 2012 og 2013. For at sikre projektets regionale gennemslagskraft og integration, er det nødvendigt med en koncentreret indsats i opstartsfasen, hvorfor vi ansøger om 900.000 kr. til 2012, og derefter 795.000 til 2013 – altså i alt 1.695.000 kr. Finansieringen af projektet skal gradvist overtages af andre lokale og regionale partnere – primært kommuner og lokale virksomheder.

Nedenstående best case scenario er baseret på vores vurdering af hvilke vilkår, projektet skal have for på sigt at kunne videreføres uafhængigt af økonomisk støtte fra Region Hovedstaden.

Det tidsmæssige forløb ser ud som følger:

I **2012** – år et i projektperioden – introduceres 'Distortion i Regionen' for borgere, kommuner og mulige lokale samarbejdspartnere. Vigtige erfaringer indsamles, forsøg gøres, og grundlaget skabes for fremtidig vækst og udvidelse. Støtte til Distortion sikkerhed og renhold bortfalder. De første skridt til økonomisk uafhængighed taget.

I **2013** indtræder de første lokale private partnere på baggrund af deres oplevelse i 2012. På dette tidspunkt vil muligheder for lokalt samarbejde være afdækket, og den samlede regionale indsats således konsolideret igennem et udvidet netværk af deltagende partnere.

Samlede omkostninger til aktiviteter i 2012

Event	Hvad	Beløb
Pre-event, Helsingør	Planlægning, renhold, sikkerhed, kommunikation	310,000
Minievent, Ballerup	Planlægning, kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	145,000
Minievent, Furesø	Planlægning, kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	145,000
Minievent, Ishøj	Planlægning, kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	145,000
Aktiviteter i S-Tog	Planlægning, renhold, sikkerhed, kommunikation, billetter	240,000
Regionalt samarbejde	Løn til koordinator, udgifter til netværksdannelse og møder	175,000
I ALT		1,160,000

Fordeling af ansøgte midler, 2012

Distortion i Helsingør primo maj 2012 285.000 kr.

Midlerne vil dække udgifter til PR, kommunikation & markedsføring, lokalt og regionalt, event, booking af DJs og et større band, produktionsomkostninger (scene, lyd, lys, toiletter, indhegning, med videre), sikkerhed og rengøring efterfølgende.

Mini-events x 3 (Ballerup, Hareskovby & Ishøj) 385.000 kr.

Midlerne vil dække udgifter til PR, kommunikation & markedsføring lokalt og regionalt, events, booking af DJs, leje af Raverbus, produktionsomkostninger (DJ udstyr og lille PA), sikkerhed og rengøring efterfølgende.

Etablering af regionalt samarbejde 55.000 kr.

For at sikre godt og nært samarbejde med lokale virksomheder og myndigheder, vil vi afholde en række stormøder, hvor vi præsenterer, hvad Distortion kan og vil – og kickstarter dialogen med lokale partnere, om hvordan Distortion og vores bagvedliggende ideologi kan integreres i lokalmiljøet. Udgifter i dette henseende dækker alle praktiske omkostninger i forhold til forberedelse, afvikling, dokumentation og opfølgning.

Regional koordinator 175.000 kr.

Ansættelse af førnævnte regionale koordinator på deltidbasis. Vedkommendes ansvarsområde vil også inkludere dokumentation af regionale initiativer til fremtidig brug og evaluering.



Fordeling af midler, 2013:

Efter Distortion 2012 vil vi evaluere den samlede indsats i samarbejde med Region Hovedstaden samt andre deltagende partnere, på hvilken baggrund vi vil tilpasse indsatsen i 2013. Det er vores hensigt at udvide med et ekstra regionalt arrangement under festivalen i forhold til 2012, men qua nødvendigheden for erfaringsindsamling, er det ikke muligt at konkretisere programmet yderligere før den første runde arrangementer er afholdt. Den overordnede skabelon ligger dog fast, med én ekstra mini-event under festivalen – se følgende fordeling:

Aktivitet	Beløb
Pre-event	245.000 kr.
Mini-events x 4	345.000 kr.
Regional koordinator og netværksskabelse	160.000 kr.
Videreførsel af regionalt samarbejde	45.000 kr.
I alt:	795.000 kr.

Muligheder for regionalt samarbejde

Nedenstående er en oversigt over de instanser og personer, vi har været i kontakt med omkring vores ansøgning til Region Hovedstaden. I samtlige tilfælde er vi blevet mødt med stor interesse og muligheder for yderligere finansiering – dog betinget af tilkendegivet grundstøtte fra Regionen.

Partner	Navn	Stilling
Ballerup Kommune	Jens Overgaard	Kulturchef
Furesø Kommune	Peter Rosgaard	Kulturchef
Ishøj Kommune	John Romlund	Kulturchef
-	Jeanett Flørness	Konsulent
Helsingør Kommune	Jørgen Sprogøe Petersen	Kulturchef
Kulturværftet, Helsingør	Mikael Fock	Kunsterisk leder

Det er vores klare hensigt, at samtlige partnere skal bidrage til festen. Disse bidrag kan blive 'in kind' – for eksempel ved kapitalisering af lokal varetægelse af renhold og sikkerhed, eller ved at stille et S-Tog til rådighed under festivalen uden billettering. Den endelige finansiering vil blive udarbejdet i fællesskab med partnerne umiddelbart efter eventuelt tilkendegivelse af støtte fra regional side.

Vores overslag over andre partners forventede bidrag i 2012 og 2013 ser således ud*:

Partnere i 2012	Hvad	Beløb
Ballerup Kommune	Lokal kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	18.000-30.000
Furesø Kommune	Lokal kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	18.000-30.000
Ishøj Kommune	Lokal kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	18.000-30.000
S-Tog	Renhold, kommunikation, billetter til mini-events	150.000 – 200.000
Kulturværftet Helsingør	Renhold, sikkerhed, kommunikation	10.000 – 15.000
I ALT		214.000 – 305.000

Partnere i 2013	Hvad	Beløb
Kommune 1	Lokal kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	18.000-30.000
Kommune 2	Lokal kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	18.000-30.000
Kommune 3	Lokal kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	18.000-30.000
Kommune 4	Lokal kommunikation, afspærring, renhold, sikkerhed	18.000-30.000
S-Tog	Renhold, kommunikation, billetter til mini-events	200.000 – 250.000
Spillested/ klub	Renhold, sikkerhed, kommunikation	10.000 – 15.000
I ALT		282.000 – 385.000

*Bemærk, at ovenstående udregning er et overslag, hvor en (1) mandetime: 450 kr.



Distortion 2012 i samlet perspektiv

Budgettet til Distortion er på ca 11,5 mio. kr., hvoraf ca. 150.000 kroner udgør en buffer til uventede udgifter, såsom dem, det uventet store publikum i 2011 medførte. Det bør bemærkes, at ejerskabet af Distortion i løbet af 2012 overgår til en almennyttig fond, hvilket understreger det faktum, at festivalen ikke drives ud fra et profit-orienteret perspektiv. Nedenfor ses en oversigt over hvordan vores udgifter og indtægter fordeler sig, hvorunder udgifterne til nærværende projekt er medregnet og fordelt på de relevante poster.

Vores hovedsamarbejdspartnere i 2012 udgøres blandt andre af Københavns Kommune, Wonderful Copenhagen, Kulturministeriet, Dansk Center for Kultur og Udvikling og Royal Breweries, samt en række af den danske hovedstads mest markante aktører i moderne by- og kulturliv.

	Beløb	Resultat
Indtægter		11,461,000
Billetsalg	4,422,000	
Øvrigt salg	3,489,000	
Københavns Kommune	1,150,000	
Øvrig offentlig støtte	1,165,000	
Sponsorater og partnerskaber	1,235,000	
Udgifter		11,190,000 (11,461,000)
Adm. og løn	3,500,000	
PR & Marketing	350,000	
Indkøb	1,980,000	
Renhold	1,590,000	
Booking og Produktion	3,770,000	
Buffer til uforudsete udgifter	271,000	



Saml din post ét sted
- tilmeld dig digital post på borger.dk



Rune Holm Andersen
Region Hovedstaden

Center for Kultur Plan og Erhverv

Kultur- og
Fritidsforvaltningen
Stengade 59
3000 Helsingør

Tlf. 3646
Mob. 25 31 36 46
EAN:
jsp60@helsingor.dk

Dato 19.03.12
Sagsbeh.
Jørgen Sprogøe Petersen

Distortion i Helsingør

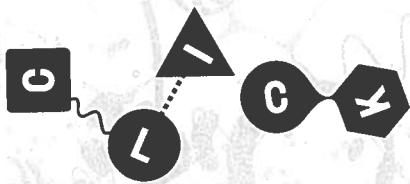
Kære Rune.

På given foranledning skal jeg oplyse, at Helsingør Kommune ser frem til at kunne modtage pre-event for Distortion-festivalen i maj 2012. Det er tanken, at eventen gennemføres i samarbejde med kulturhuset Kulturværftet.

Det er vores opfattelse, at Distortion vil være med til at markedsføre Helsingør og Kulturværftet på en ny måde overfor et ungt regionalt publikum.

Med venlig hilsen

Jørgen Sprogøe Petersen
Kulturchef



CLICK No.2
NEW MEDIA ARTS FESTIVAL
3ND – 5TH MAY 2012 THE CULTURE YARD HELSINGØR

Kære Thomas

Vi håber virkelig at samarbejdet bliver en realitet den 4 maj på Kulturværftet. Det ville være fantastisk at arbejde sammen, og det ville være en stor hjælp at få pushet CLICK Festivalen igennem Distortion netværket. Vi er på - vi skal lige have det praktiske på plads sammen, men med det line-up som vi har kan vi virkelig skabe et brag af en event, og jeg tror det er vigtigt vi forstimulerer de unge i regionen på deres egen grund.

Vi skal dog til at have aftalen på plads nu - vi skal ud med program meget snart - så det ville være rart med en udmelding

KH Georg

Vi satser på mennesker

BY, KULTUR OG ERHVERV

Rådhuset
Hold-an Vej 7
2750 Ballerup
Tlf: 4477 2000
www.ballerup.dk

Dato: 20. marts 2012

Tlf. dir.: 4477 2013
E-mail: Jo4@balk.dk
Kontakt: Jens Overgaard

Distortion i Ballerup 2012

Ballerup Kommune er blevet kontaktet om deltagelse i Distortion.

Det er Ballerup Kommunes vurdering, at der er tale om en spændende invitation, som Ballerup Kommune gerne vil deltage i og som ligger i god tråd med tankerne om samarbejdet i KulturMetropolØresund.

med venlig hilsen

Jens Overgaard
kulturchef

Rune Holm Andersen
Region Hovedstaden

Destortion 2012

20. marts 2012

Furesø Kommune er interesseret i et samarbejde i forhold til afvikling af et pre-event for Destortion festivalenen 2012 i Furesø Kommune.

Kultur- og Idrætsafdelingen
Stavnsholtvej 3
3520 Farum
Tlf.: 7235 4735

Det er et spændende tiltag, som vi ser frem til at blive en del af.

E-mail: jhe@furesoe.dk

www.furesoe.dk

Venlig hilsen

Jakob Hermansen
Områdeleder



Ishøj Kommune

Kultur & Fritid

14. marts 2012

Destortion 2012
v. Jesper Lemke

Sagsbehandler
Jeanet Flørnæss Fischer
Telefon: 43 57 71 20
E-mail: 34894@ishoj.dk

Ishøj Kommune har stor interesse i at deltage i Destortion Festivalen 2012.

Det er en spændende festival, som kan skabe stor værdi i Ishøj Kommune.

Med venlig hilsen

ISHØJ KOMMUNE
KULTURAFDELINGEN
Ishøj Stor Torv 20
2635 Ishøj
Tlf. 43 57 75 75

John Romlund Kristensen

Kulturchef, Ishøj Kommune

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 24

Emne: Nyt medlem af De videnskabsetiske komiteer for Region Hovedstaden

1 bilag

Fra: Kristian Svinth [mailto:kristian.svinth@idialog.dk]

Sendt: 6. marts 2012 20:46

Til: Karen Kiilerich

Emne: afbud, noter og ansøgning om udtrædelse

Valby den 6. marts 2012

Til Hovedstadens Regionsråd

Ansøgning om udtrædelse af videnskabsetisk komité A i Region Hovedstaden

Undertegnede ønsker at udtræde af videnskabsetisk komité A, da arbejdsmængden i forbindelse med komité arbejdet ikke længere er foreneligt med eget arbejde og privatliv. Personligt kan jeg ikke forsvare at levere en ikke-tilfredsstillende indsats i forbindelse med komitéarbejdet, som det rettelig kræver.

Det har været et interessant og spændende arbejde, som jeg håber på et senere tidspunkt igen at få mulighed for at deltage i.

Med venlig hilsen

Kristian Svinth

Videnskabsetisk komité A, Region Hovedstaden

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 25

Emne: Nyt medlem af hhv. dialogforum for sundhed og
dialogforum for handicap

2 bilag

Fra: Thor Buch Grønlykke

Sendt: 15. marts 2012 18:38

Til: Frits Jakob Ripperger

Emne: Re: VS: To flytninger i Dialogforum.

Til Regionsrådet

Af hensyn til andet offentligt hverv vil jeg gerne bede mig fritaget for medlemskab af Dialogforum for Sundhed

Mvh Thor

Thor Grønlykke

Telefon 2760 1430

Fra: Karin Dubin

Sendt: 15. marts 2012 11:25

Til: Frits Jakob Ripperger

Emne: SV: To flytninger i Dialogforum.

Til regionsrådet

På grund af andet offentligt hverv beder jeg hermed om at blive fritaget for hvervet Dialogforum For Handicap.

Med venlig hilsen

Karin Dubin

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 26

Emne: Deltagelse i workshop i Trondheim komplekse sager for de
videnskabsetiske komiteer

1 bilag

Workshop Rationale

This workshop, the fifth in a series, is designed to explore the differences that might exist between research ethics committees and investigators/sponsors of research projects on the one hand, and among research ethical reviews across Europe on the other hand. Following the success of its predecessors the workshop will give an opportunity for these difficulties to be freely discussed by the participants who might represent research ethics committees, sponsors and investigators and will hopefully lead to some conclusions as to how best these difficulties should be addressed or even avoided.

The workshop will begin with a keynote address on a theme appropriate for the environment in which it is being held and will then be followed by three case-based discussions, introduced by persons closely involved in the cases to be featured. There will therefore be plenty of opportunities for interactive dialogue and the workshop will conclude with the results of a survey among 24 European REC on the review of the same study.

Attendance will be limited to approximately 40 participants. It is hoped that research ethics committee members, researchers and sponsors will all be equally represented.

Programme Committee

Hugh Davies	National Research Ethics Service, EFGCP, United Kingdom
Petra Knupfer	Landesärztekammer Baden-Württemberg, EFGCP, Germany
Frank Wells	EFGCP, United Kingdom

Faculty

Hugh Davies	National Research Ethics Service, EFGCP, United Kingdom
Arild Hals	Research Ethics Committee, University of Trondheim, Norway
Georg Hook	Research Ethics Committee, Landesärztekammer Baden-Württemberg, Germany
Petra Knupfer	Landesärztekammer Baden-Württemberg, EFGCP, Germany
Frank Wells	EFGCP, United Kingdom

Workshop Language

The language of the Workshop will be English.

Workshop Venue

Rica Nidelven Hotel
Havnegata 1-3
7400 Trondheim - Norway
Tel: +47 73 56 80 00
Fax: +47 73 56 80 01
E-mail: rica.nidelven.hotel@rica.no
Website: <https://www.rica-hotels.com/hotels/rica-nidelven-hotel/>

Registration & Information

The total number of seats being limited, places will be allocated on a first come, first served basis. For any information please contact the EFGCP team at conferences@efgcp.eu / Tel: +32 2 732 87 83 or visit www.efgcp.eu

Agenda

- 08:30 Registration & Welcome Coffee
- 09:00 **Welcome and Introduction to the Workshop**
Arild Hals, Research Ethics Committee, University of Trondheim, Norway
- 09:15 **Key note address: How did RECs develop? How did ICH GCP develop?**
Interesting historical facts for a better understanding of RECs' role
Petra Knupfer, Landesärztekammer Baden-Württemberg, EFGCP, Germany
- 09:45 **CASE-BASED DISCUSSION 1 Review of an academic clinical trial that had no independent scientific review**
Case facilitator: *Frank Wells, EFGCP, United Kingdom*
- 10:00 Breakout Case Review and Discussion
- 10:50 **Report of Breakout Groups to the Plenary & Discussion**
Moderation: *Georg Hook, Research Ethics Committee, Landesärztekammer Baden-Württemberg, Germany*
- 11:10 Coffee Break
- 11:30 **CASE-BASED DISCUSSION 2: Placebo group when standard therapy is available**
- review of a clinical trial testing treatment for COPD
Case facilitator: *Georg Hook, Research Ethics Committee, Landesärztekammer Baden-Württemberg, Germany*
- 11:45 Breakout Case Review and Discussion
- 12:35 **Report of Breakout Groups to the Plenary & Discussion**
Moderation: *Petra Knupfer, Landesärztekammer Baden-Württemberg, EFGCP, Germany*
- 12:55 Lunch
- 14:10 **CASE-BASED DISCUSSION 3: Review of a study testing treatments for infantile spasms**
Case facilitator: *Hugh Davies, National Research Ethics Service, EFGCP, United Kingdom*
- 14:25 Breakout Case Review and Discussion
- 15:15 **Report of Breakout Groups to the Plenary & Discussion**
Moderation: *Frank Wells, EFGCP, United Kingdom*
- 15:35 Coffee Break
- 15:55 **The International Shared Ethical Debate – 24 REC's views on the ISIS study**
Hugh Davies, National Research Ethics Service, EFGCP, United Kingdom
- 16:40 **Feedback and Consensus of the Day**
- 17:00 End of Workshop

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 27

Emne: Danske Regioners oplæg – Det hele sundhedsvæsen –
regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen

1 bilag

DANSKE
REGIONER



Det

hele

sundheds-

væsen

- regionernes vision
for et helt og
sammenhængende
sundhedsvæsen

Indhold

Forord	3
Resumé	4
Kvalitet i sundhedsvæsenet	6
De konkrete initiativer	10
Nyt og stærkere samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis	10
Sammenhængende behandlingstilbud tæt på patienterne	13
Bedre anvendelse af data og forskningsbaseret viden	16

Det hele sundhedsvæsen

Det hele sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen

Danske Regioner 2012

Layout: UHI, Danske Regioner
Tryk: Danske Regioner

ISBN :978-87-7723-762-1

Forord

Dette oplæg giver regionernes bud på, hvordan vi kan indfri visionen om et helt og sammenhængende sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen hvor ressourcerne anvendes effektivt, så vi får mest mulig sundhed for pengene. Et sundhedsvæsen, hvor mennesket er i centrum, og hvor der er fri og lige adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Det gælder både tilbuddene på sygehusene og de tilbud, der ligger udenfor sygehusenes matrikler i den enkeltes nære omgivelser eller eget hjem.

Kravene til sundhedsvæsenet ændrer sig hele tiden. I de kommende år vil der være en fortsat stigning i antallet af ældre og kronikere, som har behov for behandling. Den faglige udvikling gør det samtidig muligt at behandle både mere og flere. Også befolkningens krav og forventninger til sundhedsvæsenet ændrer sig. I dag ønsker de fleste mennesker, med en kronisk eller længerevarende sygdom, at kunne fortsætte deres liv så normalt som muligt – tæt på de pårørende og i deres eget hjem - fremfor at være indlagt på et sygehus. Endelig betyder den økonomiske situation, at vi ikke kan møde fremtidens udfordringer ved bare at blive ved med at skrue op for behandlingsaktiviteten på sygehusene. Det rækker ressourcerne ikke til.

Derfor er der behov for nye løsninger. Nye løsninger tættere på patienterne og uden for sygehusets matrikel. Nye løsninger, som betyder, at vi får mest mulig sundhed for pengene og forebygger eller griber tidligt ind fremfor at behandle. Og ikke mindst løsninger, som med udgangspunkt i patienternes behov sikrer, at der er sammenhæng i sundhedsvæsenets tilbud, og at patienterne møder den samme høje kvalitet i hele sundhedsvæsenet.

Et helt og sammenhængende sundhedsvæsen kræver en fokuseret indsats for:

- et nyt og stærkt samarbejde mellem regioner og kommuner herunder helt nye modeller for samarbejdet,
- sammenhængende behandlingstilbud tæt på patienterne ved at videreudvikle sundhedshuse m.v.,
- bedre og mere systematisk anvendelse af data og forskningsbaseret viden, så der skabes høj kvalitet i hele sundhedsvæsenet.

Regionerne kan ikke indfri visionen alene. Vi håber derfor, at alle sundhedsvæsenets aktører vil løfte deres del af ansvaret og indgå i et forpligtigende samarbejde om at udvikle fremtidens sundhedstilbud tæt på patienterne.

Bent Hansen, formand for Danske Regioner

Resumé

Der skal tænkes nyt for at sikre et helt og sammenhængende sundhedsvæsen, som både er fagligt og økonomisk bæredygtigt. I oplægget kommer regionerne med en række konkrete forslag til, hvad det er, der skal til.

Samlet set vil forslagene give en ny og sammenhængende infrastruktur for det hele sundhedsvæsen organisatorisk, fysisk og videnskabsmæssigt.

De konkrete forslag er opsummeret nedenfor.

Ny organisering

- Regioner og kommuner skal afprøve nye samarbejdsmodeller med fælles ledelse og drift. Modellerne skal sikre integrerede tilbud til udvalgte patientgrupper med særlige behov.
- Almen praksis skal fortsat udgøre grundstenen i de nære sundhedstilbud. Og der er brug for at styrke almen praksis som indgang til sundhedsvæsenet.
- De økonomiske incitamenter skal ændres så de understøtter helhed og sammenhæng.

Nye tilbud og fysiske enheder

- Netværket af tilbud, som er tæt på og nemt tilgængelige for patienterne skal udbygges med sundhedshuse m.v. Det skal sikre sammenhæng og faglig tyngde i behandlingen af patienterne – også i deres nære miljø.
- De store potentialer ved telemedicin skal udnyttes langt bedre og den faglige og økonomiske bæredygtighed skal sikres gennem implementering i stor skala.
- Patienterne skal i langt højere grad indgå som en del af teamet i deres egen behandling.

Delt viden

- Der er brug for, at alle sundhedsvæsenets aktører arbejder ud fra de samme overordnede værdier og målsætninger for at løfte kvaliteten i hele sundhedsvæsenet.
- Forpligtigende aftaler om fælles retningslinjer og standarder skal løfte kvaliteten i hele patientforløbet.
- På forebyggelsesområdet skal borgerne sikres et minimum af forebyggelsestilbud og tilbuddene skal leve op til aftalte kvalitetskrav.
- I forhold til genoptræning og rehabilitering er der brug for, at den faglige viden, som findes på sygehusene, bringes langt bedre i spil i forhold til indsatsen i kommuner og almen praksis bl.a. ved at sygehusenes eksperter kan definere patientens behov i én samlet rehabiliteringsplan.
- Hos alle sundhedsvæsenets aktører skal der opbygges kapacitet i form af kompetencer og værktøjer til systematisk at arbejde med kvalitetsforbedringer på baggrund af data.

Kvalitet i hele sundhedsvæsenet

Nyt landkort og nye udfordringer

Strukturreformen betød en omfattende omstrukturering og en ny opgavefordeling i det danske sundhedsvæsen. Fem nye regioner med ansvar for praksissektoren og sygehusene så dagens lys og de nye større kommuner fik også ansvar for en række sundhedstilbud (se boks 1).

BOKS 1

Ansvarsfordelingen i det danske sundhedsvæsen

Diagnosticering og behandling er regionernes ansvar. Ansvaret for, at patienter bliver genoptrænet, rehabiliteret og at yderligere sygdom forebygges deler regionerne med kommunerne.

Det regionale sundhedsvæsen omfatter følgende tilbud:

- sygehuse med mulighed for akut og elektiv behandling, indlæggelse og ambulante besøg ved både somatisk og psykisk sygdom,
- ambulante klinikker og sundhedshuse m.v.
- behandling i eget hjem ved udgående teams og via telemedicin,
- ambulancer, akutbiler, akuthelikoptere,
- patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering,
- lægevagten,
- praktiserende læger, både de almene læger og speciallægerne,
- fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, tandlæger og psykologer,
- rådgivning til borgere via telefon og internet,
- rådgivning til primærsektor i faglige spørgsmål.

De kommunale sundhedstilbud omfatter:

- borgerrettet forebyggelse og dele af den patientrettede forebyggelse, genoptræning og rehabilitering,
- sundhedsplejen og skolesundhedstjenesten,
- hjemmesygeplejen,
- børnetandpleje og omsorgstandpleje,
- alkohol- og misbrugsbehandling,
- socialpsykiatri.

Det nye landkort for det danske sundhedsvæsen har skabt nye snitflader og gråzoner mellem regioner og kommuner, som udfordrer målet om at sikre helhed og sammenhæng i patientforløbene.

Der er desværre mange eksempler på patienter, der oplever dårlig kvalitet, fordi samarbejdet ikke fungerer godt nok. For mange kronikere og ældre, sårbare medicinske patienter oplever at blive indlagt akut

på sygehuset på grund af en forværring af deres tilstand, som kunne være opdaget og afhjulpet af hjemmesygeplejen eller i almen praksis. Nogle oplever at blive udskrevet fra sygehuset uden, at hjemsendelsen er tilstrækkeligt planlagt eller, at der er et passende tilbud til dem, når de kommer hjem. Og mange oplever, at de nødvendige informationer om deres sygdom og behov for behandling og pleje ikke bliver delt mellem sygehus, almen praksis og kommune i tide.

Sådan situationer fører til usikkerhed for patient og pårørende, forlænger sygdom eller giver nedsat funktionsniveau og afstedkommer i flere tilfælde indlæggelser og genindlæggelser, som kunne være forebygget. Det er først og fremmest dårligt for patienten, men det er også dårligt for sundheds- og samfundsøkonomien. Og så er det tilligemed utilfredsstillende for personalet i begge sektorer.

Derfor er der brug for et nyt og stærkere samarbejde mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Der er også brug for en klar og gennemskelig arbejdsdeling mellem sundhedsvæsenets aktører. Det skal være slut med, at patienter "falder mellem to stole".

I takt med, at sundhedsvæsenet udvikler sig, så der bliver længere til sygehusene, og i takt med, at flere patienter modtager behandling i deres nære omgivelser eller eget hjem, er det nødvendigt, at alle aktører sætter fokus på, hvordan netværket af tilbud tæt på patienten kan udbygges. Det skal ske med respekt for, at sundhedsvæsenet fortsat skal være bæredygtigt - både økonomisk og fagligt.

Kvalitet som kompas

De demografiske og økonomiske udfordringer, som det danske sundhedsvæsen står overfor betyder, at der er brug for et fornyet fokus på at få mest mulig sundhed for pengene. Det er dét, der er kernen i regionernes kvalitetsdagsorden (se boks 2).

BOKS 2

Kvalitet i sundhed – regionernes kvalitetsdagsorden

God kvalitet koster ikke nødvendigvis ekstra, men det gør dårlig kvalitet. Kvalitet er ikke bare mere af det hele. Det handler om, at indsatsen skal nytte og at det er de rigtige behandlinger, der foretages. Det handler om, at man gør det rigtige første gang og at man hellere forebygger end behandler. Det handler også om, at der er sammenhæng i indsatsen, og at man ser behovene hos patienter og pårørende.

Regionerne arbejder ud fra en kvalitetsdagsorden, som bygger på seks overordnede værdier:

Effekt: Patienterne får den behandling, der virker bedst.

Omkostningseffektivitet: Samfundet får mest mulig sundhed for pengene.

Patientfokus: Patienten og de pårørende er i fokus og inddrages.

Patientsikkerhed: Behandlingen er sikker for patienterne.

Lighed: Der er lighed i pleje og behandling for alle borgere.

Rettidighed: Behandlingen foregår til rette tid.

I de første fem år af regionernes levetid er der blevet arbejdet systematisk med at sikre kvaliteten i behandlingen på landets sygehuse. Den præhospitale indsats er bl.a. styrket med moderne ambulancer og helikoptere. De højt specialiserede og akutte funktioner er blevet samlet på færre fagligt og økonomisk bæredygtige enheder.

Men ambitionen er, at kvalitetsdagsordenen og de seks værdier skal gælde for hele sundhedsvæsenet og alle sundhedsvæsenets tilbud. To overordnede principper skal være bærende – faglig bæredygtighed og økonomisk bæredygtighed.

Hurtig og effektiv adgang til behandling på det rette faglige niveau er afgørende for, at vi kan have tillid til vores sundhedsvæsen.

Det er også afgørende, at der er lige adgang til tilbud af høj kvalitet

Faglig bæredygtighed

Sundhedsvæsenet skal kunne tage hånd om alle typer af patienter og mange forskellige patientforløb. Sundhedsvæsenet skal kunne tackle, når en borger henvender sig med noget, der umiddelbart virker som et simpelt problem, som f.eks. feber eller træthed, men viser sig at være noget alvorligt som f.eks. meningitis eller kræft.

Hurtig og effektiv adgang til behandling på det rette faglige niveau er afgørende for, at vi kan have tillid til vores sundhedsvæsen. Det er også afgørende, at der er lige adgang til tilbud af høj kvalitet. Udbud og kvalitet i tilbuddene skal således ikke afhænge af, hvor i landet man bor, eller hvad man fejler.

Det kræver en klar og gennemskelig arbejdsdeling mellem sundhedsvæsenets aktører og at de sundhedsfaglige opgaver udføres der, hvor den sundhedsfaglige ekspertise er. Det kræver, at de rette tilbud er tilgængelige for alle. Og det kræver, at der er høj kvalitet og faglighed i alle tilbud. Det gælder både på sygehusene og i de sundhedstilbud, der ligger udenfor sygehusene herunder praksissektoren og tilbud som klinikker, udgående teams mv. Det gælder også de kommunale tilbud. Det kræver, at der sker et løft i kvaliteten af de kommunale tilbud om forebyggelse, genoptræning og hjemmesygepleje. Der er brug for, at alle kommunerne følger faglige retningslinjer og standarder på disse områder, så der sikres en mere ensartet indsats på tværs af kommunerne. Metodefrihedens pris må aldrig være lavere kvalitet.

Høj kvalitet i hele sundhedsvæsenet er baseret på "den kritiske masse" af faglig viden, der findes i regionerne. De samlede faglige miljøer skal opretholdes og styrkes. Samtidig skal den faglige viden anvendes bedre i hele sundhedsvæsenet. Sygehusene skal spille en ny rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen. Det skal bl.a. ske ved at sygehusene sikrer let adgang til deres faglige viden og ekspertise. Det er denne stærke faglige kerne alle sundhedsvæsenets tilbud skal tage udgangspunkt i. De faglige kræfter er netop blevet samlet på sygehuse, så patienterne får den bedste behandling, når de er alvorligt syge. Det skal komme patienterne til gode gennem hele patientforløbet, også når de behandles i eget hjem – f.eks. via telemedicin – eller hvis borgerens praktiserende læge har brug for at trække på den specialiserede viden på sygehuset. For at sikre, at denne viden kommer alle patienter til gavn, er det nødvendigt, at både almen praksis og de kommunale sundhedstilbud i højere grad trækker på den viden og ekspertise, der er til stede.

**Der er brug for et øget samarbejde og en bedre koordination så sundhedstilbuddene udføres på det niveau, som betyder, at vi får mest mulig sundhed for pengene.
Der er ikke råd til at opbygge parallelle beredskaber**

Økonomisk bæredygtighed

Alle sundhedsvæsenets aktører skal arbejde målrettet på at indrette sundhedsvæsenet, så det bliver økonomisk bæredygtigt. Spild i de administrative og kliniske processer skal undgås. Der skal fokus på at forebygge indlæggelser og undgå unødvendige genindlæggelser, som koster samfundet dyrt og som ikke bidrager til bedre resultater for patienterne – i værste fald det modsatte.

Der er heller ikke råd til at opbygge parallelle beredskaber, der betyder, at de samlede ressourcer ikke udnyttes optimalt. For eksempel koster det 2,5 millioner kroner om året at opretholde et døgnberedskab på én sygeplejerske.

Der er brug for et øget samarbejde og en bedre koordination så sundhedstilbuddene udføres på det niveau, som betyder, at vi får mest mulig sundhed for pengene. Det betyder ikke, at sundhedstilbud altid skal udføres på det lavest mulige kompetenceniveau, men at de skal udføres på det Laveste Effektive Omsorgs Niveau.

De konkrete initiativer

Regionerne vil i de kommende år formulere og implementere politikker, strategier og planer, som skal sikre kvalitet og sammenhæng i hele sundhedsvæsenet.

Planerne skal understøtte en overordnet bevægelse væk fra enkelte initiativer og projekter hen mod en systematisk og sammenhængende indsats til gavn for patienterne. Der skal være fokus på, hvordan de gode løsninger kan blive udbredt i stor skala. De regionale planer skal samtidig sikre, at indsatsen og tilbuddene organiseres, så de kommer til at fungere optimalt i forhold til regionale og lokale forhold og forskelle.

De konkrete initiativer er beskrevet nærmere i det følgende.

Nogle initiativer vil umiddelbart kunne sættes i gang i regionalt regi. Andre skal aftales nærmere i f.eks. overenskomster og sundhedsaftaler. Det vil eksempelvis være nødvendigt for at styrke indsatsen omkring forebyggelse, at etablere nye modeller for samarbejdet mellem regioner og kommuner. Enkelte initiativer som f.eks. nye incitamentstrukturer og én samlet rehabiliteringsplan kræver lovændringer.

Der er brug for at tage konkrete initiativer og gå nye veje på tre områder.

1. Nyt og stærkere samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis

Der skal igangsættes konkrete forsøg med nye samarbejdsformer mellem regioner og kommuner om særligt udsatte patientgrupper

Der er behov for nytænkning i opgaveløsningen i forhold til særligt sårbare patientgrupper, som er særligt afhængige af, at samarbejdet mellem kommune, sygehuse og almen praksis er velfungerende. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter, særlige udsatte dele af kronikergrupperne f.eks. svage KOL-patienter eller kronikere, som har flere kroniske tilstande samtidig (multisyge) samt personer med psykiske lidelser. Der er brug for, at regioner og kommuner tager et fælles ansvar for disse udsatte patientgrupper med komplicerede forløb på tværs af sektor- og faggrænser.

Der skal udvikles nye samarbejdsmodeller, som med udgangspunkt i patienternes behov leverer integrerede sundheds- og eventuelt sociale tilbud til disse patienter.

Nye studier viser meget positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud. Det gælder både i forhold til behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og omkostningseffektivitet (se boks 3, som opsummerer resultaterne af et nyt europæisk studie på området).

Et helt nyt europæisk studie samler op på de dokumenterede effekter af integrerede, multidisciplinære behandlings- og plejetilbud, som er forankrede i sygehuset, men fysisk foregår i hjemmet. Studiet dækker patienter med specialiserede behandlings-, pleje- og rehabiliteringsbehov herunder patienter, som lider af henholdsvis KOL eller kroniske hjertekarsygdomme i moderat grad.

Studiet viser bl.a. at:

- Patienter og pårørende er meget tilfredse med tilbuddene og tilvælger de integrerede tilbud i hjemmet fremfor indlæggelse og ambulant opfølgning.
- De kliniske resultater er bedre end ved indlæggelse med efterfølgende ambulant opfølgning. De patienter, der modtager et integreret tilbud, har højere funktionsniveau (f.eks. mindre behov for hjemmehjælp) og færre genindlæggelser. Patienter med apopleksi kan klare sig med en time mindre hjemmehjælp om ugen og færre sengedage, patienter med hjertesvigt eller KOL har typisk en genindlæggelse mindre allerede det første år.
- Der er god økonomi i de integrerede tilbud og store potentialer for besparelser.

Kilde: Integrated Homecare in Europe for elderly frail somatic patients - focusing on stroke, heart failure and COPD. A Health Technology Assessment, Larsen T et.al, (forventes publiceret april 2012). Website: www.integratedhomecare.eu

Selvom Danmark på en række punkter adskiller sig fra eksempelvis England og andre lande, som har positive erfaringer med integrerede modeller, er der stor inspiration i at hente de løsninger, man afprøver der. I England har man i både nord-vest London og i området Torbay opnået gode resultater ved at etablere integrerede modeller med fælles mål og værdier, fælles faglig ledelse, fælles organisation og IT og en indsats, som leveres af integrerede multidisciplinære teams tæt på borgeren.

Med inspiration fra gode erfaringer fra udlandet ønsker regionerne i samarbejde med kommunerne at udvikle og afprøve modeller, som bygger på følgende logik og principper:

- **Fælles patienter:** Udgangspunktet er en gruppe af patienter, som kommuner og regioner har et fælles ansvar for. Det vil sige en konkret, fælles population af f.eks. svage eller multisyge kronikere eller ældre medicinske patienter.
- **Fælles målsætninger og værdier:** Et fælles værdisæt og fælles målsætninger for det konkrete samarbejde om de fælles patienter skal danne ramme for modellerne.
- **Fælles faglig ledelse og organisation:** Kernen i modellerne er fælles faglig ledelse og en fælles enstrengt organisation med brug af fælles data og IT. Den politiske ledelse er stadig adskilt.
- **Multidisciplinære integrerede teams:** Bestående af både speciallæger, sygeplejersker, terapeuter og eventuelt sagsbehandlere, som med udgangspunkt i patienternes behov og ressourcer leverer de konkrete tilbud til den fælles population af patienter.

Almen praksis skal fortsat være indgangen til sundhedsvæsenet og skal understøttes af sygehusene i denne rolle

Almen praksis er hjørnestenen i det regionale, nære sundhedstilbud til borgerne. I Danmark har alle deres egen læge, som følger dem gennem livet. Her kan vi møde op med stort og småt. Den praktiserende læge er specialist i at vurdere, hvad der kan klares i lægekonsultationen, og hvornår der er brug for at henvise videre til f.eks. sygehuset. Ni ud af ti gange kan det klares på stedet. Den praktiserende læge er frontlinjen i sundhedsvæsenet og den praktiserende læge har derfor også "det direkte nummer" til det store bagland af specialister på f.eks. sygehusene.

Almen praksis skal fortsat have en central rolle som borgernes primære indgangsdør til sundhedsvæsenet i nærmiljøet. Almen praksis skal bevare og udvikle sin kernefunktion. Det skal også fremover være almen praksis, der tager sig af de fleste patienter og vurderer om de har behov for at blive sendt videre til diagnostik og behandling på f.eks. sygehuset. Sygehusene har også en opgave med at understøtte opgaveløsningen i almen praksis. Det kan f.eks. være let adgang til rådgivning fra specialister på sygehusene eller udvidet adgang til diagnostiske faciliteter. Rammerne for almen praksis udvikles, så almen praksis kan indgå i et gensidigt forpligtende samspil, f.eks. i forhold til at følge aftaler om arbejdsdeling og samarbejde. Der bør også ske en præcisering af almen praksis' rolle i løsningen af de kommunale sundhedsopgaver.

Bedre integration af de øvrige ydere i praksissektoren (praktiserende speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter m.v.) i det samlede sundhedsvæsen

Den behandlingskapacitet, der ligger hos de privat praktiserende speciallæger, privat praktiserende fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer, kiropraktorer, tandlæger og tandplejere skal udnyttes fornuftigt. Og f.eks. skal kapaciteten indtænkes i den samlede sundhedsplanlægning. Ressourcerne bør målrettes de patienter, der har behov for det. Der er også brug for kvalitetsudvikling på alle områder og et udvidet samarbejde omkring Den Danske Kvalitetsmodel.

I forhold til de privatpraktiserende speciallæger er det et vigtigt skridt i den rigtige retning, at en del af de enkelte speciallægers kapacitet kan anvendes til lokale aftaler med regionerne. Det blev aftalt med den seneste overenskomst. Hensigten er, at regionerne i højere grad kan anvende speciallægenes kapacitet i den samlede planlægning.

Shared care mellem almen praksis, speciallægepraksis og psykiatrien

Der er brug for at udbygge samarbejdet mellem psykiatrien og almen praksis omkring den stærkt voksende gruppe af personer med ikke-psykotiske lidelser (f.eks. angst og depression). Det skal ske gennem modeller, som er baseret på shared care. Internationale erfaringer viser, at når almen praksis kan trække på psykiatere, psykologer og psykiatriske specialsygeplejersker, så kan langt de fleste patienter behandles fuldt tilstrækkeligt i almen praksis.

Systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne

For at styrke samarbejdet skal der også ske en mere systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne. Sundhedsaftalerne udgør i dag den forpligtende ramme for regionerne og kommunernes samarbejde. Det er der også behov for fremadrettet. Det er samtidigt vigtigt, at kunne evaluere på sundhedsaftalernes effekt og at sundhedsaftalerne kan udvikles yderligere.

Nyt fokus på sammenhæng og samarbejde i uddannelse

Det er sundhedsvæsenets medarbejdere, der leverer kvalitet og sammenhæng til patienterne. De sundhedsfaglige uddannelser skal derfor systematisk afspejle de opgaver, som personalet vil møde i sundhedsvæsenet i hverdagen, herunder at arbejde tværfagligt, forløbsorienteret og tværsektorielt. I den løbende kompetenceudvikling af medarbejderne kan dette hensyn f.eks. understøttes med initiativer som fælles skolebænk for medarbejdere fra sygehus, almen praksis og hjemmesygeplejen.

Ledelse på tværs

Ledelser på alle niveauer i både regioner og kommuner skal sikre bedre sammenhæng i patientforløbene og have fokus på det tværsektorielle samarbejde. Der er behov for at udbygge ledernes kompetencer på dette område og tilpasse eksisterende organisations- og ledelsesmodeller. Der er også behov for at udvikle helt nye ledelsesmodeller, der kan håndtere ledelse på tværs af faggrupper, organisationer og sektorer og som kan rumme tværfaglighed, patientinddragelse og fokus på kvalitet.

De økonomiske incitamenter skal ændres, så de understøtter bæredygtighed, helhed og sammenhæng

Incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet skal sikre et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen. Det gør den nuværende struktur ikke. Den kommunale medfinansiering medfører eksempelvis bureaukrati, splid og usikkerhed omkring snitfladerne og ansvaret i den vigtige forebyggelsesindsats. Derfor skal modellen ændres og den kommunale medfinansiering afskaffes så der er overensstemmelse mellem incitamenter og de resultater, der skal opnås. Desuden skal der også udvikles nye honorarmodeller for almen praksis.

2. Sammenhængende behandlingstilbud tæt på patienterne

Sundhedshuse og andre fysiske enheder skal udbygges og videreudvikles, så der er sikret en integreret og kvalificeret behandling af patienterne i deres nære miljø

Almen praksis skal fortsat være kernen i de nære regionale tilbud, og der skal sikres en bred lægedækning i hele landet. Nogle steder vil almen praksis derfor være en del af sundhedshuse m.v., men almen praksis vil også være placeret andre steder for at sikre den bredest mulige lægedækning. Sygehusene vil fortsat være stedet, hvor den mest specialiserede diagnostik og behandling vil foregå. Men der er brug for at supplere de eksisterende tilbud med fysiske enheder, som bygger på en grundidé om, at flere af sundhedsvæsenets aktører udøver deres arbejde fra den samme matrikel. Og at deres indbyrdes samarbejde og relationer sigter på at opnå det samme mål – nemlig de bedst mulige sundhedsmæssige resultater for de borgere og patienter, de har ansvaret for.

Med de nuværende sundhedshuse er man mange steder i gang med at samle praktiserende læger, og andre ydere fra praksissektoren, regionale funktioner som ambulatoriefunktioner, jordemoderkonsultationer, og billeddiagnostik samt kommunale tilbud om træning, pleje og forebyggelse i

de samme fysiske rammer. I alle regioner findes allerede en række sundhedshuse eller andre fysiske enheder f.eks. praksisfællesskaber og akut- og skadepoliklinikker.

Sundhedshusene m.v. skal videreudvikles så der skabes et netværk af sundhedstilbud af høj faglig kvalitet i patienternes nære miljø. Disse tilbud skal sikre sammenhæng for patienterne, mere effektive patientforløb, samling af flere faglige kompetencer og dermed en større behandlingskvalitet og -kapacitet bl.a. fordi mulighederne for faglig sparring og multidisciplinært samarbejde bliver udvidet. Der er også effektiviseringsgevinster at hente, i form af fælles støttefunktioner og faciliteter.

Overordnet skal udviklingen gå i retningen af:

- at der etableres et reelt organisatorisk og fagligt samarbejde på tværs af sektorer, tilbud og faggrupper,
- at samarbejdet er understøttet af fælles kvalitetsmål, standarder, retningslinjer, IT, data m.v.,
- at der er en tæt opkobling til sygehusene, så den faglige viden, der er til stede der, bringes bedre i spil i forhold til tilbuddene i patienternes nære miljø,
- at sundhedshuse m.v. udvalgte steder bliver udbygget yderligere med regionale funktioner som laboratoriefunktioner, billeddiagnostik, blodbank, jordemoderkonsultationer, ambulatoriefunktioner på f.eks. diabetesområdet samt akutte tilbud til patienter med lettere skader eller lidelser m.v.,
- at den ambulante psykiatri tænkes ind,
- at det flere steder vil være relevant, at privatpraktiserende speciallæger og andre ydere fra praksissektoren, som f.eks. fysioterapeuter, bliver tilknyttet,
- at udgående teams, som f.eks. palliative teams, KOL-sygeplejersker m.v. eventuelt kan kobles op på sundhedshuse m.v.

Endelig kan samarbejdet med hjemmesygeplejen med fordel indtænkes i de nye sundhedshuse m.v. Hjemmesygeplejen kan kobles både organisatorisk og fagligt tættere sammen med de udbyggede sundhedshuse og andre fysiske enheder. Det kan være med til at give hjemmesygeplejen et veludbygget fagligt miljø at agere i. Og det kan bidrage til en bedre koordination af indsatsen i forhold til patienterne fra bl.a. hjemmesygeplejen og almen praksis.

BOKS 4

Kaiser Permanentes "medicinske centre"

I forhold til videreudviklingen af sundhedshuse og andre fysiske enheder i patienternes nære miljø kan Danmark med fordel lære af erfaringerne fra den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente. Her foregår en meget stor del af behandlingen som et integreret tilbud i såkaldte medicinske centre (medical centres).

De medicinske centre kan bedst beskrives som en kombination af hospitalsambulatorier og lægehuse. De har veludbyggede laboratorie- og billeddiagnostiske faciliteter og huser ofte også et apotek. Centrene har typisk 5-40 læger tilknyttet. Det er både praktiserende læger og andre speciallæger (f.eks. interne medicinere, gynækologer og obstetrikere samt børnelæger). Der er tilknyttet en lang række andre sundhedsprofessionelle som sygeplejersker – ofte med specialuddannelser, fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer samt personale med korte sundhedsfaglige uddannelser.

Centrene er tæt knyttet til Kaiser Permanentes hospitaler og når det er nødvendigt kan hospitalets specialister tilkaldes.

Kilde: Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? Anne Frølich et.al., Syddansk Universitetsforlag, 2011.

De store potentialer ved telemedicin skal udnyttes

På det telemedicinske område er der et stort potentiale for at rykke sundhedsvæsenets tilbud helt ud i patienternes eget hjem, så patienterne kan fortsætte deres hverdag tæt på de pårørende, og samtidig løftes kvaliteten i sundhedstilbuddene. Telemedicinsk behandling åbner nemlig helt nye muligheder for at inddrage og engagere patienten i eget behandlingsforløb og for at skabe sammenhængende forløb.

Telemedicinsk behandling skal have samme høje kvalitet, som den behandling, der foregår på sygehuse. Derfor er det afgørende, at den telemedicinske behandling varetages af klinikere med de rette faglige og ofte højt specialiserede kompetencer. Hjemmesygeplejen og hjemmeplejen skal inddrages i relevant omfang i de relevante plejeopgaver, der er forbundet med behandlingen.

Regionerne arbejder på at skabe rammer, der sikrer, at de mange potentialer ved telemedicin kan udnyttes bedst muligt. Forudsætningerne for at udnytte telemedicins mange potentialer er, at der iværksættes en samlet indsats i et større geografisk område. Det er vigtigt, fordi det kræver et vist befolkningsgrundlag at udvikle telemedicinske løsninger systematisk og i stor skala, hvilket er nødvendigt både for at sikre den faglige kvalitet og for at opnå økonomiske stordriftsfordele.

For at tage hensyn til patienter med flere diagnoser og multisyge skal der udvikles generiske telemedicinske modeller. Det er også vigtigt, at fokus ikke alene er på de teknologiske løsninger. Det handler i lige så høj grad om organisering og tilrettelæggelse af nye arbejdsgange og samarbejdet med kommuner og almen praksis. Der skal arbejdes målrettet på at integrere telemedicin i den daglige drift.

De gode eksempler på udgående funktioner fra sygehuse og telefonisk rådgivning skal udbredes systematisk i stor skala

Det drejer sig f.eks. om initiativer, hvor sygehusets personale kommer til patientens hjem for at fortsætte og følge op på behandlingen efter udskrivelse fra sygehuset. Der findes også en række initiativer, hvor udgående teams fra sygehuse behandler personer med kroniske sygdomme som KOL og diabetes eller palliative patienter. Andre eksempler på indsatser, der virker, er de opsøgende teams indenfor psykiatrien til f.eks. unge skizofrene (OPUS) og voksne psykotiske (OP-teams). Det er vigtigt, at disse initiativer koordineres med og foregår i tæt samarbejde med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen.

Mange steder er der gode erfaringer med at yde telefonisk rådgivning til borgere og patienter. Et eksempel er regionale, rådgivende sundhedstelefonordninger, hvor sygeplejersker tilbyder sundhedsfaglig rådgivning og kan oplyse, om det er relevant at besøge egen læge, vagtlægen eller skadestuen og i så fald, hvor der er kortest ventetid til skadestuer. Nogle sygehusafdelinger tilbyder også direkte telefonrådgivning til patienter. På psykiatriområdet ydes rådgivning til patienter, pårørende m.v. gennem PsykInfo.

Styrke patienten som en del af teamet omkring egen behandling

Patienten skal ikke være et passivt centrum for sundhedspersonalets behandling. Det er naturligvis personalet, der har ansvar for, at levere den faglige ekspertise, men patienten skal være en vigtig del af teamet i sin egen behandling. I det omfang det er muligt, skal man som patient tage aktivt del i og ansvar for sin egen sundhed og behandling. Sundhedsvæsenet skal styrke patienternes evne til egenomsorg/mestring (*patient empowerment*). Det skal ske ved, at der bliver arbejdet systematisk på at inddrage patienterne gennem f.eks. fælles beslutningstagning. Og ved, at der på tværs af sektorerne bliver im-

plementeret tiltag, som styrker og understøtter patienternes engagement i egen behandling og deres evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom. Det kræver, at der sættes ind både i forhold til uddannelse og efteruddannelse af sundhedspersonalet, at organisation og ledelse udvikles så den understøtter patientinddragelse, at patienterne har adgang til egne data og endelig, at konkrete værktøjer til patientinddragelse og fælles beslutningstagning udvikles, evalueres og at de gode eksempler udbredes i stor skala.

3. Bedre anvendelse af data og forskningsbaseret viden

Højere og mere ensartet kvalitet på forebyggelsesområdet

For at løfte forebyggelsesindsatsen er det helt afgørende, at kommunerne tænker forebyggelse ind på tværs af de velfærdsområder, de har ansvaret for f.eks. ved at sikre god hygiejne og sund mad i alle kommunale institutioner. Det er her kommunerne for alvor kan gøre en forskel.

Der er også brug for en klar og gennemskuelig arbejdsdeling i forhold til forebyggelsesindsatsen. Ellers er der risiko for, at der bliver opbygget parallelle tilbud i f.eks. almen praksis og kommunerne og det er ikke en hensigtsmæssig brug af ressourcerne.

Både patienter, sygehuse og almen praksis skal kunne regne med, at der er adgang til de rette forebyggelsestilbud af den rette kvalitet. Det er altså ikke nok, at der er et tilbud. Der skal også være evidens for, at det virker. Der er brug for, at indsatserne udvikles så alle borgere – uanset hvor de bor – er sikret et minimum af forebyggelsestilbud og at tilbuddene lever op til fastsatte kvalitetskrav. Det kan sikres gennem forpligtende aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Der er også brug for, at den eksisterende viden om, hvad der virker og ikke virker i forhold til både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse bringes i spil i hele sundhedsvæsenet. Det kræver, at kommunerne i højere grad også bliver forpligtet på at anvende den faglige viden, der findes og stilles til rådighed af regionerne. Regionerne har ifølge sundhedsloven en forpligtigelse til at sikre, at den forskningsbaserede viden og de særlige kompetencer, som findes i forhold til forebyggelse på sygehusene, stilles til rådighed for kommunerne.

Bedre sammenhæng vedrørende genoptræning og rehabilitering

For at styrke kvaliteten af indsatserne i forhold til genoptræning og rehabilitering er det nødvendigt at sikre bedre sammenhæng mellem indsatsen på sygehuset og indsatsen i kommunen. Det kan ske ved, at sygehuspersonalet i genoptræningsplanen definerer patientens behov, herunder genoptræningens omfang, metode og karakter, hvilket der ikke er mulighed for i dag. For de patienter, der også har brug for rehabilitering kunne det eventuelt ske i en samlet rehabiliteringsplan.

Fælles retningslinjer og standarder

Faglighed og kvalitet kan sikres gennem forpligtende aftaler om kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og standarder, der favner patientforløbet fra start til slut. Tilbuddene skal være baseret på evidens og den bedste praksis, de skal hænge sammen og være bundet op på en fælles forståelse og gensidige aftaler. Den Danske Kvalitetsmodel er et vigtigt redskab til at løfte kvaliteten i hele sundhedsvæsenet. Modellen er med til at sikre, at sundhedspersonalet og de ledelsesansvarlige arbejder systematisk med kvalitet. I dag er kvalitetsmodellen i brug på sygehusene, på apotekerne og på det præhospitale område. Der er brug for, at praksissektoren og kommunerne hurtigst muligt forpligter sig på også at blive en del af Den Danske Kvalitetsmodel. Dét vil skabe en fælles ramme og forståelse for kvalitetsudvikling på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder.

Sundheds-IT og data skal anvendes på tværs

Et moderne sundhedsvæsen hænger kun sammen når dets mange teknologiske løsninger 'taler sammen'. Patienternes egne registreringer skal kunne bruges til at støtte de beslutninger læger og sygeplejersker træffer. Desuden skal de registreringer, som foretages om patienternes helbred på sygehuse, i praksissektor og i kommunerne deles på tværs og være tilgængelig for patienten selv.

Der er allerede skabt mulighed for, at dele patienternes elektroniske oplysninger på tværs af landet og for at anvende patienternes data til monitorering af kvaliteten i behandlingen. Disse landsdækkende løsninger danner i dag en infrastruktur, som kan anvendes som basis for nye teknologiske behandlingsformer – f.eks. telemedicinske løsninger.

Ved udgangen af 2013 er regionerne klar med sammenhængende elektroniske patientjournal-systemer i hele landet. For at opretholde den teknologiske sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet er det vigtigt, at kommunernes aktiviteter inden for sundheds-IT tager afsæt i eksisterende løsninger. Regioner, almen praksis og kommuner skal fremadrettet have et forpligtigende samarbejde omkring sundheds-IT. Det er samtidig vigtigt, at der både på sygehuse, i praksissektoren og i kommunerne opbygges kompetencer og værktøjer til på baggrund af data (kliniske resultatdata) at arbejde systematisk med kvalitetsforbedringer og udvikling af sundhedstilbuddene.

**DANSKE
REGIONER**



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 28

Emne: Danske Regioners oplæg – Sammenhæng i behandlingen af mennersker
med psykisk sygdom

2 bilag



Til regionsrådene

12-03-2012

Sag nr. 12/271

Dokumentnr.

Mikkel Lambach

Tel. 35298212

E-mail: Mla@regioner.dk

Sammenhæng i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom

Danske Regioners bestyrelse har drøftet pejlemærkerne for de kommende års udvikling af psykiatriområdet. Bestyrelsens drøftelse tog afsæt i en række overordnede spørgsmål, der omhandlede følgende temaer:

- Udviklingen af en sammenhængende psykiatrisk behandlingsindsats
- Psykiatriens kvalitetsmæssige udfordringer og satsningsområder
- Håndtering af psykiatriens kapacitetsmæssige udfordringer

Der var i Danske Regioners bestyrelse et ønske om at brede drøftelsen ud og involvere regionsrådene. Det skal bl.a. ses i relation til, at regeringen snart nedsætter et udvalg, der skal fremlægge en langsigtet plan for, hvordan den psykiatriske behandling mest effektivt kan tilrettelægges. Udvalgets arbejde skal også inddrages i evaluering af kommunalreformen.

Til inspiration for regionsrådenes drøftelser *vedlægges* et notat, der kort ridses en række aktuelle problemstillinger og udfordringer i psykiatrien op. Regionsrådenes bidrag vil indgå i foreningens videre arbejde. Danske Regioner ser frem til regionsrådenes bidrag, der gerne må være foreningen i hænde **inden fredag den 1. juni 2012**.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

NOTAT

Psykiatrioplæg

DANSKE
REGIONER**En sammenhængende psykiatrisk behandling**

Behandlingen af mennesker med en psykisk sygdom er inde i en rivende udvikling fra at være baseret på stationær behandling til i dag, hvor over 90 procent behandles ambulant, nogle med social støtte og træning. Det overordnede udviklingstræk i psykiatrien de seneste mange år har været målet om at skabe et mere normalt liv for psykisk syge, og hvor behandlingen i højere grad ydes i tilknytning til patienternes øvrige liv. Udviklingen har rod i de psykiatriske visioner formuleret i 80'erne.

I konsekvens heraf var der i slutningen af 80'erne ca. 6.000 psykiatriske sengeplaser. I 2000 var sengetallet reduceret til 4.100, og siden strukturen har sengetallet ligget stabilt omkring 3.200. Siden slutningen af 80'erne er antallet af ambulante besøg mere end 3-doblet fra ca. 300.000 til ca. 950.000 i 2011.

Antallet af mennesker, der modtager psykiatrisk behandling øges hvert år. Siden 2007 er antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien steget med 44 pct. I voksenpsykiatrien er antallet af patienter i samme periode steget 10 pct.

Der er dog fortsat ventelister, om end de seneste opgørelser viser et fald i ventelisterne – især blandt de, der venter mere end 2 måneder. Alligevel forventes flere i årene frem at have behov for psykiatrisk behandling.

Regionerne har de senere år iværksat flere fælles initiativer i psykiatrien¹. Initiativerne er rettet mod at forbedre kvaliteten og øge kapaciteten, men der er fortsat udfordringer, som kræver en langsigtet og målrettet indsats.

¹ *En af os*, Landsdækkende afstigmatiseringskampagne i samarbejde med staten og bruger-pårørendeorganisationer.

En psykiatri i verdensklasse – Regionernes visioner for fremtidens psykiatri, Danske Regioner, 2009.

Mindre tvang i psykiatrien – En regional holdning og målsætning, 2010

Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed, Danske Regioner, 2011.

Kvalitet i psykiatrien – En ny dagsorden for diagnostik og behandling, Danske Regioner, 2011.

Etablering af uddannelse til specialpsykolog.

09-03-2012

Sag nr. 12/271

Dokumentnr.

Tommy Kjelsgaard/

Birgitte Bælum Høyrup/

Mikkel Lambach

Regeringen vil snart nedsætte et udvalg, som skal komme med forslag til, hvordan den psykiatriske behandling mest effektiv kan tilrettelægges og give et bud på en langsigtet plan. Udvalgets arbejde skal også inddrages i evaluering af kommunalreformen. KL er i den forbindelse kommet med nogle meldinger om, at kommunerne skal overtage dele af den ambulante psykiatri.

I det efterfølgende vil følgende emner blive udfoldet:

- Ledestjernerne i udviklingen af de psykiatriske behandlingstilbud
- De kvalitetsmæssige udfordringer i psykiatrien
- De kapacitetsmæssige udfordringer i psykiatrien.

De overordnede ledestjerner for psykiatrisk behandling og støtte

Psykiatrien er som det øvrige sundhedsvæsen præget af en stigende efterspørgsel efter diagnostik og behandling. Det stiller krav til kapaciteten. Desuden specialiseres psykiatrien ligesom resten af sundhedsvæsenet. Det stiller krav til fagligheden og betyder, at indsatsen overfor konkrete målgrupper og diagnoser samles og målrettes. Det gælder såvel behandling af hyppigt forekommende psykiske sygdomme med komplicerede forløb som mere sjældne psykiske sygdomme.

Senge contra ambulant behandling

Der har hidtil været bred national konsensus om, at psykisk syge ikke skal være indlagt længere end højst nødvendigt, og at psykiatrisk behandling så vidt muligt skal ske ambulant. Derfor behandles stadig flere patienter med psykiske sygdomme ambulant. Det sikrer mindst indgriben i patientens dagligdag, og det betyder, at flere patienter kan behandles. Omlægningen til ambulant behandling stiller krav om en bred vifte af tilbud med bl.a. ambulatorier, klinikker, distriktspsykiatriske centre, udadgående/opsøgende teams. Viften og især intensiteten i den ambulante behandling er ikke færdigudbygget. F.eks. har de intensive patientforløb under udadgående/opsøgende teams vist gode behandlingsresultater, og aktiviteten kan med fordel styrkes og udbygges til flere patienter. Herved kan flere patienter fastholdes i deres behandlingsforløb og mange indlæggelser undgås.

Sideløbende med udbygningen af den ambulante virksomhed er sengekapa- citeten reduceret. Samlet set er kapaciteten presset, dog med regionale forskelle. I den sidste satspuljeaftale er der afsat penge til flere senge

Sengeudviklingen dækker over, at især de åbne almene senge, er nedlagt eller omdannet til enten retspsykiatriske eller lukkede intensive senge. Den udvikling afspejler dels en stigende specialisering af de eksisterende senge, dels at antallet af retspsykiatriske patienter er steget kraftigt. Udviklingen understøttes af Sundhedsstyrelsens specialeplan.

Akut hjælp – tilgængelighed og synlighed

Mange patienter har behov for let adgang til akut støtte og udredning. Alligevel udtrykker både patienter og pårørende fortsat, at det er vanskeligt at få psykiatrisk hjælp i akutte situationer. Det stiller krav til viften af akuttillbud som skadestue, akutteam, akuttelefon, akutpladser i socialpsykiatrien mv. Den rette akuthjælp vil betyde færre indlæggelser og en højere tryghed for patienter og pårørende. Eksempler på indsatser, der virker, er de opsøgende og udgående funktioner til f.eks. unge skizofrene (OPUS) og voksne psykotiske (OP-teams).

Erfaringer fra Silkeborg i Region Midtjylland har vist, at man via døgn-dækning i distriktspsykiatrien kan nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser med 25-30 procent. Døgndækning indebærer f.eks., at sygeplejersker hele tiden kan rykke ud til psykisk syge borgere, som har brug for sygepleje og behandling. Kombineret med et tæt samarbejde med kommunen har det resulteret i, at langt færre psykisk syge behøver at blive indlagt.

Tilsvarende er konceptet om den fælles akutmodtagelse ved at blive indarbejdet i regionerne. Det vil betyde en hurtigere og mere kvalificeret hjælp i akutte situationer, også for psykiatriske patienter.

Socialpsykiatrien – nærhed og specialisering

Fundamentet for korte, intensive indlæggelser i psykiatrien er, at der eksisterer en veludbygget ambulant psykiatri og en bredspektret socialpsykiatri, der også er i stand til at tilbyde en højt specialiseret socialfaglig behandling.

Ved strukturreformen var diskussionen om socialpsykiatrien præget af, at nærhed var den vigtigste værdi for borgeren. Det var alfa og omega, at botilbud kunne integreres i borgerens hverdag. 'Nærhed' og 'hverdag' er centrale elementer, forstået sådan, at en borger med svær psykisk sygdom har brug for at lære sociale færdigheder i et hverdagslignende miljø for at blive rehabiliteret. Nærhed forudsætter således ikke en lokal forankring.

En større specialisering i behandlingspsykiatrien kombineret med kortere, mere intensive behandlingsforløb medfører behov for, at nogen tager hånd om borgeren, når han eller hun udskrives. Det gælder særligt patienter med misbrug eller udadreagerende adfærd. En betydelig del af denne patientgruppe kan ikke fungere tilstrækkeligt i egen bolig uden døgndækning. Her er en socialpsykiatri, der kun fokuserer på lokale tilbud og behandling af almene psykiatriske lidelser, ikke optimal. Også i socialpsykiatrien er der behov for en højt specialiseret social indsats til de patienter, som – når de forlader sygehuset – ikke er raske, men heller ikke har gavn af at være længere tid på en psykiatrisk afdeling. Indsatsen skal være socialfaglig og hverdagsnær, men med et tværfagligt perspektiv, så også sundhedsfaglig viden og personale med relation til behandlingspsykiatrien inddrages. Sådanne tilbud kan optimere borgerens rehabilitering og modvirke unødige genindlæggelser, samtidig med at borgeren får en nærhed til et hverdagsliggende miljø.

Kvalitetsmæssige udfordringer

Sektorovergang – sammenhæng og samarbejde

I mange år har der været fokus på, hvorledes overgangen fra et regi til et andet sikres, uden at der opstår problemer, informationsstab og brud. Alligevel oplever patienter og pårørende ofte, at der mangler sammenhæng i indsatsen. Der begås et antal selvmord og selvmordsforsøg lige efter, at indlagte udskrives. Regionerne og kommunerne har udviklet en række forskellige samarbejdsmodeller, bl.a. Psykiatriens Hus i Silkeborg, hvor den ambulante psykiatri bor dør og dør med kommunernes sagsbehandler på området.

Det er især for de sværest psykiske syge, at sammenhæng er altafgørende. En udfordring er de mange planer, som den enkelte patient skal forholde sig til, herunder behandlingsplan, udskrivningsaftale og social handleplan.

Misbrug – sammenhæng og effektiv behandling

En effektiv behandling af psykisk sygdom kombineret med misbrug kræver, at begge lidelser behandles samtidigt. Regionerne har ansvar for at behandle psykiatriske patienters misbrug, når de er indlagt. Ved udskrivning overgår misbrugsbehandlingen til kommunen. Det er imidlertid en generel erfaring, at overlevering af misbrugsopgaven er vanskelig, og at mange patienters misbrugsbehandlingsforløb mangler kontinuitet. En undersøgelse har vist, at der finder en betydelig underbehandling af psykiatriske patienters misbrug sted.

Det rejser spørgsmålet om behovet for en bedre integration af psykiatri og misbrugsbehandling, herunder et større sundhedsfagligt fokus i misbrugsbehandling. Udfordringen er at sikre patienterne en evidensbaseret, specialiseret og koordineret behandling af både deres misbrug og psykiske sygdom. Hertil kommer, at en meget stor del af denne målgruppe også har betydelige somatiske helbredsproblemer.

Almen praksis – tættere samarbejde

En af de store udfordringer for psykiatrien i de kommende år er at sikre tilbud til de relativt store grupper med ikke-psykotiske lidelser (angst, depression, tvangstanker o.lign.). Der er international evidens for, at behandlingen af ikke-psykotiske lidelser kan styrkes gennem et standardiseret samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien, hvor såkaldte care managers med ansættelse i psykiatrien arbejder sammen med almen praksis om behandlingen. Evidensen er stærkest indenfor rammerne af shared care-modellen *collaborative care*.

Erfaringer fra udlandet viser, at *collaborative care* i form af hurtig og rigtig behandling sikrer kortere sygeforløb og rummer potentielt store samfundsøkonomiske gevinster. Dermed reduceres for det første risikoen for sygdomsforværring. For det andet øges chancen for en hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Dermed bidrager patienterne igen positivt til arbejdsstyrken og eventuel førtidspensionering undgås.

De praktiserende læger har tilkendegivet, at de finder det vanskeligt at løfte flere opgaver, særligt i forhold til de psykisk syge, som går ubehandlet rundt.

Psykiatri og somatik

Psykiatriens sammenhæng med somatikken er afgørende for en effektiv psykiatrisk behandling. Særligt kræves der samarbejde med pædiatrien, neurologien og geriatrien. For så vidt angår de kliniske diagnostiske servicefunktioner, har psykiatrien brug for adgang til billeddiagnostiske undersøgelser, f.eks. MR-skanninger og til laboratorieundersøgelser. Undersøgelser peger på, at psykiatriske patienters somatiske lidelser opdages sent eller slet ikke. Det er en medvirkende faktor til, at psykisk syge lever væsentligt kortere end den øvrige befolkning. Psykiatrien betragtes ofte som et helt særligt speciale i sundhedsvæsenet, hvilket indimellem kan betyde, at den generelle kvalitetsudvikling indenfor sundhedsvæsenet ikke kommer psykiatrien til gode.

Børne- og ungdomspsykiatrien - øget kapacitet og effektiv behandling

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning har 1½-2 procent af en børne- og ungeårgang behov for psykiatrisk udredning og behandling. Med de seneste års udbygning af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien er dette mål nået.

Til trods herfor er der stadig ventelister i børne- og ungdomspsykiatrien, og kapaciteten er under pres. Derfor skal de eksisterende ressourcer anvendes så optimalt som muligt, og udrulningen af pakkeforløb forventes at kunne bidrage.

Presset på børne- og ungdomspsykiatrien rejser også spørgsmålet om kommunernes forebyggende rolle. I dag henvises og afvises alt for mange børn og unge, fordi de ved nærmere øjesyn ikke har behov specialiseret behandling. Det vil kræve, at den kommunale PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) styrkes, og at kommunerne i højere grad tager hånd om de sociale faktorer, som oftest er årsag eller i det mindste medvirkende til børn og unge mistrives. Det kræver også et opgør med den udbredte praksis, hvor kommunal hjælp og støtte ofte forudsætter en psykiatrisk diagnose.

Ikke-psykotiske sygdomme – nye teknologier og organisationsformer

Antallet af mennesker, der får en ikke-psykotiske sygdom f.eks. depression eller angst, er stigende og forventes at stige de kommende årtier. Langt de fleste kan helbredes.

Mennesker med en svær ikke-psykotisk lidelse behandles af den specialiserede psykiatri. Regionerne er ved at opbygge kapaciteten, men der er ventelister. De første psykiatripakker forventes til sommer. De skal sikre patienterne ensartede, intensive og effektive behandlingsforløb.

Mennesker med lette til moderate lidelser kan behandles fuldt tilstrækkeligt af de praktiserende læger eller hos privat praktiserende psykiatere og psykologer. Et tættere samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis forventes at medføre, at flere kan behandles i almen praksis. Adgangen til psykologbehandling gennem sygesikringens overenskomst udvides løbende, men er ikke fuldt udbygget. Forskningsresultater viser, at telepsykiatri herunder manualiseret og modulopbygget behandling via internettet har ligeså stor effekt som traditionel konsultationsbaseret behandling. Til gengæld er internetpsykiatri meget billigere pr. patient og mindre speciallægekrævende.

Samfundets grænser for normalitet indsnævres i disse år. Det, der tidligere måske blev betragtet som et almindeligt menneskeligt problem eller en simpel afvigelse fra en norm, bliver gjort til en sygdom eller en forstyrrelse, der kræver behandling. Der er mange mulige forklaringer på udviklingen, men under alle omstændigheder vokser antallet af børn, unge og voksne med en psykisk diagnose næsten eksponentielt. Udviklingen ses bl.a. indenfor ADHD-spektret og af, hvor mange børn, unge og voksne der behandles med psykofarmaka. Alene salget af ADHD-medicin (det amfetaminbeslægtede stof Ritalin) steg med 60 pct. i perioden 2009-2011.

Udviklingen har en række konsekvenser for den enkelte. Dels sygeliggøres almindelige menneskelige reaktioner på f.eks. livskriser, dels gøres sociale problemer til individuelle. Samtidig er der betydelige bivirkninger af medicinen og mangelfuld viden om de langsigtede konsekvenser heraf. På samfundsmæssigt plan kan udviklingen skævvride sundhedsvæsenets ressourcer.

Der er derfor behov for en mere overordnet diskussion af, hvordan samfundet og dets institutioner kan gøres mere rummelige, samt hvordan den enkelte kan tage større ansvar for sin egen mentale sundhed.

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 29

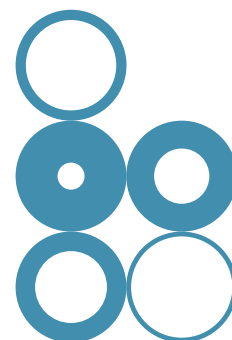
Emne: Danske Regioners oplæg vedrørende det fremtidige social- og specialundervisningsområde, "Klart ansvar for de svageste"

4 bilag

Klart ansvar
for
de svageste

Høj kvalitet og
god økonomi på
det specialiserede
socialområde

DANSKE
REGIONER



Klart ansvar for de svageste

Oplæg om det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde



Klart ansvar for de svageste
Danske Regioner 2012

Layout: UHI, Danske Regioner
Tryk: Danske Regioner

ISBN elektronisk: 978-87-7723-760-7

Forord

En lille dreng, som ikke havde udsigt til hverken at kunne gå eller tale. En ung pige, der siden hun var 14 år, har været indlagt flere år med alvorlige psykiske lidelser. En 16-årig dreng som er svært hørehæmmet og har ADHD. En midaldrende mand der er faldet ned af en kældertrappe og har slået hovedet og fået blødninger i hjernen. Det er alle mennesker – rigtige mennesker – for hvem en højt specialiseret social indsats er et liv til forskel!

Der findes en lille gruppe af mennesker med komplekse handicap eller sociale problemer. De lever et liv med så store udfordringer, at den rette hjælp og støtte har afgørende betydning for hvilket liv, de skal leve.

Som politikere har vi et ansvar for at forvalte og tage vare på velfærdssamfundet. Det betyder også, at vi skal turde stille spørgsmål, diskutere og tænke nyt, når vi ser, at udviklingen tager en forkert drejning. En drejning, hvor den centrale hjælp og støtte til borgere med svære og komplekse behov ikke længere er specialiseret nok.

På social- og specialundervisningsområdet er der behov for en mere systematisk indsats, der på en og samme tid sikrer en højt specialiseret social indsats til borgere med svære og komplekse behov, og en mere effektiv udnyttelse af de ressourcer, som er til rådighed på området. Her er specialisering vejen frem. Øvelse gør mester, også på det socialområde. Med den rigtige planlægning og organisering er det muligt at sikre tilbud til de få, som har det allersværest – også uden, at der går nærhed tabt for de mange, som har mindre komplekse behov.

Forudsætningerne for at drive et fagligt og økonomisk bæredygtigt højt specialiseret socialområde, er et stort befolkningsgrundlag, høj faglige ekspertise med specialviden, bæredygtige faglige miljøer og muligheden for et nært samarbejde med sundhedsvæsenet. Disse forudsætninger besidder regionerne. Regionerne bør derfor fremover have et myndigheds- og finansieringsansvar for det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Vi har bygget et samfund på tanker og principper om ligeværd og værdighed. At alle mennesker trods forskelle i livsmuligheder er værdifulde. Vi har forpligtet os på at tage vare på hinanden. Og det gør vi ved at sikre, at mennesker med behov for en højt specialiseret indsats får den rette hjælp og støtte.

Bent Hansen og Carl Holst
Formand og næstformand i Danske Regioner

Klart ansvar for de svageste

Det sociale område bør være funderet på et menneskesyn præget af ligeværd og værdighed. Værdier, som bør være omdrejningspunktet for tilgangen til mennesker med sociale behov og organiseringen af tilbud og ydelser på det sociale område.

En stor gruppe af mennesker har fra livets begyndelse eller får gennem livet behov for hjælp på grund af handicap eller komplekse sociale problemer. Uanset årsag, bør de mødes med en hjælp, der afspejler, at de på lige fod med alle andre skal kunne leve et liv så tæt på det normale som muligt. Deres eksistens skal vises den værdighed, at også de har krav på et liv med færrest mulige forhindringer. Det gælder ikke mindst gruppen af mennesker, som er særlig hårdt ramt af komplekse handicap eller sociale problemer¹.

Ligeværd og værdighed kan kun realiseres, hvis man gennem ydelser og tilbud tager højde for disse menneskers handicap og sociale udfordringer. Fordringen er her, at ydelserne og tilbuddene er af tilstrækkelig høj kvalitet. Uden specialisering og høj faglig kvalitet mister mennesker med komplekse handicap og sociale problemer muligheden for at tilnærme sig det liv, som mennesker uden handicap og sociale problemer lever.

Den danske socialektor har længe været et forbillede i international sammenhæng. Man har igennem mange år arbejdet målrettet med at udvikle området for at nå et fagligt højt niveau i den hjælp og støtte, vi tilbyder borgere med sjældne handicap eller komplekse sociale problemer. Gennem de seneste år har Danmark imidlertid tabt terræn. Det må være en fælles vision, at fremtidssikre socialområdet, så vi fremover kan befinde os i en førerposition. Det bør ske med et stærkt fokus på faglig kvalitet, borgeren i centrum og ikke mindst økonomisk bæredygtighed. Fremtidens social- og specialundervisningsområde skal derfor indrettes, så det imødekommer et værdigt liv for handicappede og borgere med komplekse sociale behov gennem:

- Kompetent støtte, der bygger på faglig evidens, så borgeren kan leve et liv så tæt på det normale som muligt
- Sammenhæng i de offentlige tilbud
- Samfundets krav om en effektiv ressourceudnyttelse

Danmark har grundlæggende en velfungerende og veldrevet socialektor, der understøtter visionerne.

Socialområdet drives i dag - med afsæt i loven - med udgangspunkt i borgerens nærmiljø og i tæt sammenhæng med almenområdet. I dag har kommunerne det fulde myndigheds-, forsynings- og finansierungsansvar på det sociale område. Det betyder, at hovedparten af de sociale opgaver varetages i kommunalt regi. Det er en god og rigtig organisering til gavn for de fleste borgere. Her kan kommunerne sikre nærhed, sammenhæng og faglig kvalitet i løsningen af opgaverne. Mange sociale opgaver bliver således løst på det rigtige niveau med den fornødne faglige kvalitet. Og sådan bør det fortsat være.

Men for en lille del af befolkningen – de mennesker, der har komplekse handicap og sociale problemer – fører den nuværende arbejdsfordeling ikke altid til en tilfredsstillende hjælp, støtte og livssituation.

1 "Borgere med komplekse og/eller sociale problemer" dækker over borgere, der har handicap og/eller sociale problemer, som er komplekse og ofte sjældne

Det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde er på flere centrale områder præget af afspecialisering og manglende udvikling. Vidensmiljøer opbygget gennem mange år er gået tabt. Det har konsekvenser for kvaliteten af den hjælp, som borgeren med komplekse handicap får, og dermed deres mulighed for at leve så ligeværdigt som muligt.



Hensynet til nærhed må ikke ske på bekostning af kvaliteten og dermed den enkelte borgers behov.

Der er derfor behov for et opgør med denne udvikling. Der er behov for se nuanceret på det specialiserede social- og specialundervisningsområde, og sikre en langt mere faglig og økonomisk bæredygtig drift til gavn for borgerne.

Specialisering er vejen frem. Det er den vej, som sikrer et bedre liv for mennesker med komplekse handicap eller sociale problemer. Med de rette kompetencer vil opgaven kunne løses både bedre og billigere. Specialisering er nødvendig for at sikre kvalitet, en effektiv ressourceudnyttelse og i det hele taget fremtidssikre social- og specialundervisningsområdet. Hensynet til nærhed må ikke ske på bekostning af kvaliteten og dermed den enkelte borgers behov. Kvaliteten og ressourceudnyttelsen bør være afgørende. Med andre ord er det vigtigere, at borgeren får det rette tilbud, end et tilbud lige henne om hjørnet. Erfaringen fra

sundhedsområdet viser, at langt de fleste borgere prioriterer tilbuddets indhold og kvalitet frem for dets placering. Borgerne er i al overvejende grad optaget af deres funktionsevne og dermed livsvilkår, snarere end at tilbuddet gives i nærområdet.

Der er derfor behov for at trække en ny streg i sandet. Der er behov for at sikre en organisering af det specialiserede socialområde, som hviler på en solid faglig og økonomisk bæredygtighed.

Dette oplæg præsenterer et bud på, hvordan visionerne for området kan understøttes gennem specialisering og en justering af arbejdsdelingen på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde - det område, hvor der gives ydelser til mennesker med komplekse handicap eller sociale problemer. Herudover præsenteres et bud på, hvordan vi på en og samme tid kan sikre fagligt og økonomisk bæredygtige rammer for udviklingen af den specialiserede indsats.

Et nyt tankesæt

På social- og specialundervisningsområdet er der behov for at skabe rammerne for en mere systematisk indsats og derved opnå bedre kvalitet for brugerne af de højt specialiserede tilbud og en mere effektiv udnyttelse af de ressourcer, som er til rådighed på området.

På sundhedsområdet har man lange traditioner for at arbejde målrettet med at sikre kvaliteten i behandlingen. Elementerne er blandt andet en evidensbaseret tilgang og en højt specialiseret indsats. Tanken er, at øvelse gør mester. For at opnå specialiseret kompetence, kræver det, at man som fagperson ser og behandler tilstrækkelig mange komplekse sager/tilfælde for at opnå viden om, hvordan de skal håndteres. I sundhedsvæsenet vægter man desuden kvalitet frem for nærhed, når der er tale om komplicerede og livstruende sygdomme. Det optimale for patienten er i reglen det fagligt bedste tilbud frem for et tilbud tættest muligt på patienten, når der er behov for et højt specialiseret tilbud. Al erfaring har også vist, at patienterne i langt overvejende grad ønsker og vælger de fagligt bedste og mest specialiserede

tilbud frem for det tilbud, som er tættest på deres bopæl. Specialisering og faglighed er med andre ord kerneværdier i tilgangen til patienterne i sundhedsvæsenet, særligt når der er tale om komplicerede og/eller livstruende sygdomme.

På samme måde bør specialisering og faglighed af hensyn til borgerne være omdrejningspunkt på det specialiserede social- og specialundervisningsområde. Specialisering handler nemlig om, hvordan man kan imødekomme særlige behov og levere specialydelser til den mindst mulige enhedspris og samtidig sikre den særlige faglige ekspertise i tilbuddet. Udover højere faglig kvalitet vil specialisering også betyde en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Helt konkret er der behov for principper for en niveauinddeling af specialisering på socialområdet, så borgere med komplekse handicap eller sociale problemer kan modtage tilbud på det rette niveau.

Hvad betyder specialisering?

Specialisering skal opfylde et bestemt behov hos en borger. Det er altså borgerens specielle behov, der udløser en specialiseret funktion, f.eks. en ydelse eller tilbud.



Specialisering og faglighed er med andre ord kerneværdier i tilgangen til patienterne i sundhedsvæsenet

Borgerens behov kan være specielt af flere grunde. Det specielle behov kan være karakteriseret ved, at det ikke kan rummes i alment systemet f.eks. i en almindelig folkeskole. Det specielle kan betyde, at der er tale om et handicap i svær grad. Samtidig kan det specielle betyde, at borgeren tilhører en lille gruppe med sjældne former for vanskeligheder. Det specielle kan også komme til udtryk ved, at behovet er komplekst, fordi der er tale om flere vanskeligheder på én gang, eller at der er behov for behandling i nær tilknytning til højt specialiseret behandling i f.eks. sundhedsvæsenet.

For at imødekomme borgerens specielle behov er der brug for en specialiseret ydelse. En specialiseret ydelse er kendetegnet ved, at det kan være et tilbud,

der kræver en særlig tværfaglig viden – ofte særlig tværfaglig viden, og det kan være komplekst, det vil sige vanskeligt at udøve. Det kan også betjene borgere fra et større geografisk område og involvere flere forskellige sektorer og faggrupper. Det specialiserede tilbud kan ligeledes betyde, at tilbuddet er en individuel ydelse, der er tilpasset den enkelte.

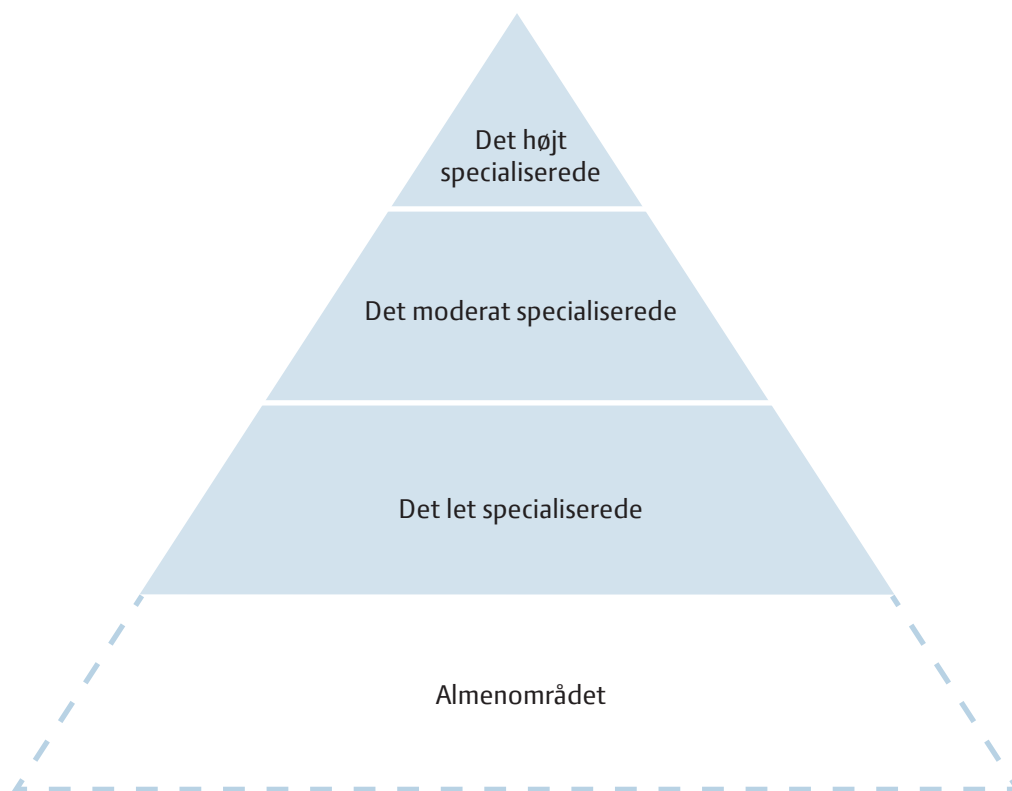
Formålet med en specialiseret ydelse er at hjælpe mennesker med nedsat funktionsniveau til at få en hverdag, hvor de er mest muligt selvhjulpne. Det betyder også, at indsatsen kan være mere eller mindre midlertidig og af varierende intensitet.

Flere specialiseringsniveauer

Gradueringen af specialiseringsniveauer tager afsæt i tre faktorer: Forekomsten af det specielle behov, kompleksiteten og et hensigtsmæssigt ressourceforbrug.

I figuren nedenfor er specialiseringstankegangen illustreret.

**Figur 1 – specialiseringsgraduering
på social- og kommunikationsområdet**



Almenområdet i figuren omfatter de ydelser, som "almindelige borgere" har behov for i kommunen som f.eks. ældrepleje. Det specialiserede socialområde omfatter de tre kasser i pyramiden. Graden af specialisering stiger, jo højere op man kommer, og øverst varetages ydelserne til de borgere, der har de mest sjældne, sværest og komplekse behov. Målgrupperne bliver tilsvarende mindre, i takt med specialiseringsgraden. Nedenfor gennemgås de forskellige specialiseringsniveauer i figuren.

Det let specialiserede tilbud

Under det let specialiserede socialområde ligger langt den overvejende del af de specialiserede sociale tilbud. De er karakteriseret ved at være opgaver, der i dag overvejende varetages af kommunerne. Det kunne fx. være bofællesskaber, værksteder mv., hvor målgruppen oftest er stor og bred i den forstand, at der er tale om forskelligartede, mindre specialiserede behov.

Derfor er der grundlag for, at den enkelte kommune kan oprette og drive et tilbud. Tilbuddene skal bidrage med og støtte borgeren i de mest basale livs- og hverdagsfunktioner, hvor der er behov for en mindre behandlingsmæssig eller specialpædagogisk støtte.

Det moderat specialiserede tilbud

De moderat specialiserede tilbud er kendetegnet ved i udgangspunktet at ligne de ovennævnte, blot er målgruppens størrelse og bredde mindre end i den let specialiserede kategori. Samtidig kræves en højere faglig ekspertise, idet målgruppen har mere komplekse behov.

Dermed er grundlaget for at oprette og drive et tilbud for den enkelte kommune mindre, og der kan være behov for samarbejde mellem flere kommuner eller med regionen for at sikre både kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse. Tilbuddene skal supplere formålene med særlige indsatser som fx socialkom-penserende indsatser og /eller specialpædagogiske/behandlingsmæssige indsatser. Eksempler kunne være botilbud eller beskyttet beskæftigelse til personer med mere komplekse behov.

Det højt specialiserede tilbud

De højt specialiserede ydelser er tilbud, hvor der kræves en høj faglig ekspertise og højt kvalificerede faglige miljøer. Det kunne f.eks. være genoptræningscentre til personer med senhjerneskade, eller tale-, høre-, og synscentre. Målgruppen for disse tilbud er lille og har helt særlige behov. Det betyder, at op-retholdelsen og udviklingen af tilbuddene kræver et geografisk stort område for at sikre kvalitet og en effektiv ressourceudnyttelse. De tilbud, der i dag benævnes som lands- og landsdelsdækkende tilbud, hører som eksempel under denne kategori. Men der er langt flere tilbud, end de tilbud, som regionerne varetager i dag, der kan klassificeres som højt specialiserede.

Det højt specialiserede tilbud kan være af midlertidig karakter, hvor borgeren bliver udredt og modtager intensiv støtte og/eller undervisning i en begrænset periode. Ofte vil borgerne efter det højt specialiserede, intensive forløb alene have behov for tilbud på et lavere specialiseringsniveau. Der findes dog nogle grupper, som vil have behov for højt specialiseret, intensiv støtte eller under-visning en stor del af deres liv.

Højt specialiserede tilbud er ikke blot tilbud, der rummer viden og støtte inden for egen matrikel – de er også i høj grad kompetencecentre, der sikrer, at den viden som genereres i tilbuddene er til-gængelig for mindre specialiserede tilbud. Viden er ikke bundet i tilbuddenes mursten, men det er anerkendt, at viden opbygges i relationer. Derfor skal der være faglige miljøer i højt specialiserede tilbud, for at viden kan udvikles.

En nuancering af begrebet specialiseret illustrerer spændvidden i den hjælp og støtte, der gives på det specialiserede socialområde og ikke mindst variationen i den enkeltes behov.

En ny arbejdsfordeling

I dag har kommunerne ansvaret for både almenområdet, det let specialiserede, det moderat specialise-rede og det højt specialiserede område. Regionernes opgave er at drive de tilbud, som kommunerne ønsker, at regionerne skal drive.

Ud fra ønsket om en socialektor, der kan imødekomme behovene for tilbud til mennesker med kom-plekse handicap eller sociale problemer, er der brug for en klarere arbejdsdeling på socialområdet. En klar struktur, der ikke blot tilgodeser muligheden for at drive, men også muligheden for at udvikle og etablere de mest specialiserede sociale tilbud.

På det højt specialiserede område kræver det nogle helt særlige forudsætninger at drive, udvikle og etablere de højt specialiserede tilbud. Forudsætningerne er:

- Stort befolkningsgrundlag
- Høj faglig ekspertise med specialviden på området
- Bæredygtige faglige miljøer
- Mulighed for nært samarbejde med sundhedsvæsenet

Et tilstrækkeligt stort befolkningsgrundlag er nødvendigt for at kunne sikre borgere til omkostningstunge og komplekse tilbud for sjældne målgrupper. Et stort befolkningsgrundlag er dermed også forudsætning for at opnå stordriftsfordele og sikre økonomisk bæredygtighed på selv de allermest specialiserede tilbud. Regionernes befolkningsgrundlag er langt større end befolkningstallet i selv de største kommuner, hvilket giver grundlag for stordriftsfordele og sikrer økonomisk bæredygtighed på selv de allermest specialiserede tilbud. Et eksempel på dette er, når man samler dyre enkeltmandsforanstaltninger i fælles enheder. Det øger kvaliteten, fordi mange medarbejderes og eksperters viden arbejder sammen. Samtidig minimeres udgifterne, fordi man deles om udgifter, eksempelvis husleje og nattevagter.

Med specialviden i forvaltningen og højt specialiserede tilbud vil man kunne skabe bæredygtige faglige miljøer, som kan give borgerne den hjælp, de har brug for, for at få et liv, der er så tæt på det normale som muligt. Med den rette visitation og med en målrettet støtte og ekspertise, vil borgere kunne få det rigtige tilbud på det rigtige tidspunkt. På den måde undgås det, at borgerens tilstand forværres unødigt og på sigt bliver dyrere for samfundet.

En ny arbejdsfordeling vil endvidere kunne sikre, at alle borgere uanset bopæl, får et ensartet tilbud af høj kvalitet, og samtidig sikre, at alle kommuner har lige adgang til ydelserne på de højt specialiserede regionale tilbud. Dermed øges den sociale sikkerhed for den enkelte borger, idet det udelukkende er behovet, der udløser et højt specialiseret tilbud. Og kommunerne får lige mulighed for at tilbyde deres borgere den hjælp, som de har brug for.



En ny arbejdsfordeling vil endvidere kunne sikre, at alle borgere uanset bopæl, får et ensartet tilbud af høj kvalitet, og samtidig sikre, at alle kommuner har lige adgang til ydelserne

Endelig er der en geografisk dimension. Med en ny arbejdsfordeling vil man bedre kunne sikre en bredere geografisk spredning af de højt specialiserede tilbud, så tilbuddene ikke alene er centreret omkring landets største byer. Dermed får de tyndt befolkede egne af landet også mulighed for at kunne huse kvalificerede tilbud til borgere fra de ofte små målgrupper med komplekse behov.

Et regionalt forsyningsansvar og en ny finansieringsmodel

En ny arbejdsfordeling betyder, at regionerne skal have ansvaret for at drive, udvikle og etablere de højt specialiserede tilbud, som er placeret øverst i figuren. Samtidig kan regionerne tilbyde at drive let til moderat specialiserede tilbud, hvis kommunerne efterspørger det. Med andre ord bør regionerne have et forsyningsansvar for at drive, udvikle og etablere højt specialiserede tilbud, og en forsyningsforpligtelse for moderat specialiserede tilbud.

Når regionerne har ansvaret for at drive, udvikle og etablere højt specialiserede tilbud, betyder det samtidig også, at regionerne får ansvaret for at fastsætte serviceniveauet for denne mindre gruppe af borgere og dermed har finansierings- og myndighedsansvaret for indsatsen til disse. Kommunerne visiterer fortsat til de regionale tilbud, hvilket sikrer minimalt bureaukrati.

Den fremtidige finansiering – basisfinansiering – af området bør derfor være baseret på to forskellige modeller. For de højt specialiserede tilbud har regionerne finansieringsansvaret. Det er på linje med devisen ”Den, der bestiller musikken, skal også betale”. Regionens finansiering bør ske via et fastsat statsligt bloktilskud til det sociale område. For at sikre, at borgeren ikke bliver i det højt specialiserede system længere end nødvendigt, er det vigtigt at sikre de rigtige incitament. Der skal derfor være en medfinansiering fra kommunen.

For de let til moderat specialiserede tilbud, som kommunerne ønsker, at regioner skal drive, skal der fortsat afregnes med en takst, der afspejler udgifterne for drift af tilbuddet.

Målgrupper for regionale højt specialiserede tilbud

Borgerens specielle behov er det, der udløser et højt specialiseret tilbud. De højt specialiserede tilbud kan derfor afgrænses ud fra hvilken gruppe af borgere og dermed hvilke behov, som de er rettet mod.

Det foreslås, at drift, udvikling og etablering af højt specialiserede tilbud til de mest komplekse tilfælde af voksne, børn og unge indenfor følgende målgrupper placeres i regionerne:

1. Børn, unge og voksne borgere med multiple funktionsnedsættelser, herunder komplekse sjældne diagnoser og komplekse erhvervede hjerneskader
2. Børn, unge og voksne borgere med komplekse kommunikationshandicap
3. Børn, unge og voksne borgere med psykisk sygdom kombineret med misbrug og/eller omfattende problemskabende adfærd
4. Børn, unge og voksne borgere med udviklingshæmning kombineret med misbrug og/eller problemskabende adfærd, eventuelt med dom eller i varetægtssurrogat.
5. Børn og unge med omfattende sociale problemer som kriminalitet, misbrug, psykisk sygdom og udadreagerende adfærd, anbragt på sikrede/delvist lukkede institutioner og på åbne institutioner idømt ungdomssanktion
6. Børn, herunder spædbørn, og unge med særligt komplekse sociale og/eller følelsesmæssige vanskeligheder

At det lige netop er disse seks målgrupper, er ikke tilfældigt. Det er nemlig alle målgrupper, hvor borgerne har et specielt behov, som ikke kan dækkes i det almindelige system, fordi de har problematikker af høj kompleksitet, kan have en meget problemskabende adfærd, et lavt funktionsniveau eller har behov for ydelser, der har en nær sammenhæng til specialiseret behandling – f.eks. i sundhedssystemet, herunder især neuropsykologi og psykiatriområdet.

En fyldestgørende handicapkompensation over for denne type borgere kræver, at de får højt specialiserede tilbud. Dette er bl.a. kendetegnet ved høj faglig kompetence, som sikrer tværfaglighed og blik for samspillet mellem forskellige funktionsnedsættelser. Det kan være et døgntilbud, et tilbud om rådgivning, der er tilknyttet et døgntilbud, et dagtilbud eller et tilbud om specialundervisning.

Bæredygtige rammer for udviklingen af den specialiserede indsats

De nuværende rammeaftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser på social- og specialundervisningsområdet har vist sig at være uegnede som garant for en langsigtet og faglig tilstrækkelig udvikling af de specialiserede tilbud – også selv efter den seneste lovændring. Rammeaftalerne er uforpligtende, hvilket begrænser muligheden for drift og udvikling betydeligt.

Rammerne og vilkårene for sektoren skal gøre det muligt at lave en langsigtet og sammenhængende planlægning og udvikling af de ydelser, som brugerne er så afhængige af.

Det foreslås derfor, at der oprettes et politisk dialogforum, et socialt samarbejdsudvalg, som får ansvaret for at udarbejde en politisk aftale om rammerne for samarbejdet og udvikling af sektoren, en social- og specialundervisningsaftale.

Sociale samarbejdsudvalg

Med inspiration fra sundhedskoordinationsudvalgene på sundhedsområdet foreslås det, at der i hver region nedsættes et socialt samarbejdsudvalg for at styrke samarbejdet mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne på hele det let-, moderat- og højt specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Formålet er at skabe et centralt politisk forum på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar og at understøtte sammenhængende tilbud og ydelser indenfor det specialiserede social- og specialundervisningsområde. Det sociale samarbejdsudvalgs arbejde skal desuden understøtte kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Opgaven for udvalget bliver derfor i høj grad at fremme en langsigtet bæredygtighed i opgaveløsningen på social- og specialundervisningsområdet.

Udvalget får til opgave at drøfte udviklingen af det specialiserede socialområde, og herunder ansvaret for at udarbejde en politisk aftale for samarbejdet, en social- og specialundervisningsaftale.

Social- og specialundervisningsaftaler

Det nye aftalekoncept - social- og specialundervisningsaftaler - skal være en politisk aftale. Aftalerne skal i lighed med sundhedsaftalerne indgås én gang pr. valgperiode mellem regionsrådet og hver enkelt kommunalbestyrelse.

Aftalen skal fastsætte målsætningerne for samarbejdet mellem parterne på en række områder indenfor social- og specialundervisningsområdet.

De sociale samarbejdsudvalg har i løbet af perioden ansvaret for at følge op på aftalen samt drøfte udviklingen, herunder på lands- og landsdelsdækkende tilbud med de øvrige samarbejdsudvalg. Herudover har de sociale samarbejdsudvalg ansvaret for en løbende dialog med bruger- og pårørende-organisationer.

De nye aftaler skal derfor fokusere på hele det specialiserede social- og specialundervisningsområde, og på de områder, hvor drift og udvikling af den samlede tilbudsvifte kræver samarbejde på tværs af alle kommuner i regionen.



Formålet er at skabe et centralt politisk forum på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar

**DANSKE
REGIONER**



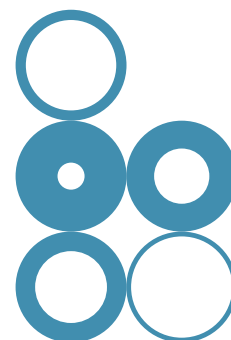
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Klart ansvar
for
de svageste

Høj kvalitet og
god økonomi på
det specialiserede
socialområde

DANSKE
REGIONER



Specialisering

Nyt tankesæt om specialisering på
social- og specialundervisningsområdet



Specialisering – Nyt tankesæt om specialisering
på social- og specialundervisningsområdet

Danske Regioner 2012

Layout: UHI, Danske Regioner
Tryk: Danske Regioner

ISBN elektronisk: 978-87-7723-758-4

Specialisering

– Nyt tankesæt om specialisering på social- og specialundervisningsområdet

Hvad er et specialiseret socialtilbud? Hvad vil det sige at have et specielt behov? Hvordan bør graden af specialisering balanceres hensigtsmæssig i forhold til nærheden i tilbuddet, således at borgerne får et tilbud af højeste kvalitet?

I dette oplæg opstilles en række generiske principper for graduering i forhold til specialisering på social- og specialundervisningsområdet¹. Oplægget skal ses som et led i at skabe rammerne for en mere velovervejet og systematisk indsats på socialområdet og derved opnå bedre kvalitet for brugerne af de sociale tilbud.

At arbejde evidensbaseret vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden om, hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer.

Med inspiration fra evidenstankegangen er formålet med dette oplæg at skabe forudsætninger for evidens – og dermed kvalitet i de sociale ydelser - ved at kvalificere terminologien og specialiseringstankegangen på socialområdet. Arbejdet er et nødvendigt skridt på vejen til at påvirke traditionerne på socialområdet mod en i højere grad evidensbaseret kultur, hvilket regionerne anser for en betydningsfuld opgave.

Forståelse og identificering af "det specialiserede"

Specialisering skal i denne sammenhæng forstås som en samfundsmæssig funktion, der skal opfylde et bestemt behov. Tankegangen er, at specialisering består af tre elementer. For det første det specielle behov, der udløser funktionen. For det andet den specialiserede ydelse, som kan ses som specialiseringens praktiske udtryk. Og for det tredje de betingelser, der må være opfyldt for, at funktionen fungerer, det vil sige betingelserne for at opretholde og udvikle specialiseringen².

Tankegangen er skitseret nedenfor:

1 Herefter "socialområdet"

2 Tankegangen er inspireret af Socialpædagogerne analyse "Specialisering på det socialpædagogiske område – specielle behov, specialiserede tilbud og specialiseringsbetingelser i den socialpolitiske diskussion" fra april 2007

Figur 1 – specialisering som samfundsmæssig funktion



Betydningen af **specialisering** ligger gemt i sammenspillet mellem de tre elementer.

I det følgende beskrives de tre elementers karakteristika. Det er vigtigt at bemærke, at ikke alle karakteristika for de enkelte elementer behøver at være til stede samtidig, for at et behov eller en ydelse kan kaldes specialiseret, og ikke alle betingelser skal være opfyldt for at undgå afspecialisering.

Det **specielle behov** eller borgere, som siges at have et specielt behov, er karakteriseret ved ikke at kunne omfattes af alment systemet, og at behovet er ekstremt, det vil sige, at der er tale om en lidelse i svær grad. Samtidig kan det specielle betyde, at borgeren tilhører en lille gruppe med sjældne former for vanskeligheder, eller at borgeren er blandt samfundets svageste. Det specielle kan ligeledes udmøntes i, at behovet er komplekst, fordi der er tale om flere vanskeligheder på én gang, eller at der er behov for behandling i nær tilknytning til sundhedsvæsenet.

Den **specialiserede ydelse** kan være et tilbud, der kræver en særlig viden, og det kan være komplekst, det vil sige vanskeligt at udøve. Samtidig kan det betjene borgere fra flere kommuner eller regioner og involvere flere forskellige sektorer og faggrupper. Det specialiserede tilbud kan ligeledes betyde, at tilbuddet er en individuel ydelse, der er tilpasset den enkelte. Der kan også være tale om en omkostningstung ydelse, som er orienteret mod en helhed af behov.

En række **betingelser** skal være til stede for at opretholde og udvikle specialisering. Det kræver en afgrænset målgruppe med sammenlignelige behov både, hvad angår vanskelighedernes art og deres sværhedsgrad. Samtidig er rammerne for faglig sparring mellem medarbejderne, der arbejder med de specialiserede tilbud, vigtig for udviklingen af specialisering. Forudsætningen for specialisering i et tilbud er et stabilt økonomisk fundament, der muliggør langsigtet planlægning og udvikling. Der kræves i tilknytning hertil en vis volumen i tilbuddet såvel som i optageområdet. Det betyder, at optageområdet skal have en vis geografisk størrelse for, at specialisering kan opretholdes og udvikles.

Figur 2 – karakteristika for "det specialiserede"

Det specielle behov	• behovet ikke dækkes i alment systemet • behovet er ekstremt • man tilhører en lille gruppe mennesker med sjældne former for vanskeligheder, er blandt samfundets svageste eller tilhører en uhomogen gruppe • behovet er komplekst, fordi, der kan være tale om flere vanskeligheder • behovet kan være behandlingskrævende
Den specialiserede ydelse	• kræver en særlig viden • betjener borgere fra flere kommuner/regioner og involverer forskellige sektorer og faggrupper • er tilpasset den enkelte borger • er omkostningstungt • orienteret mod en helhed af behov
Betingelser	• en afgrænset målgruppe • et fagligt miljø • økonomisk stabilitet • volumen i tilbuddet og optageområdet • passende geografisk størrelse

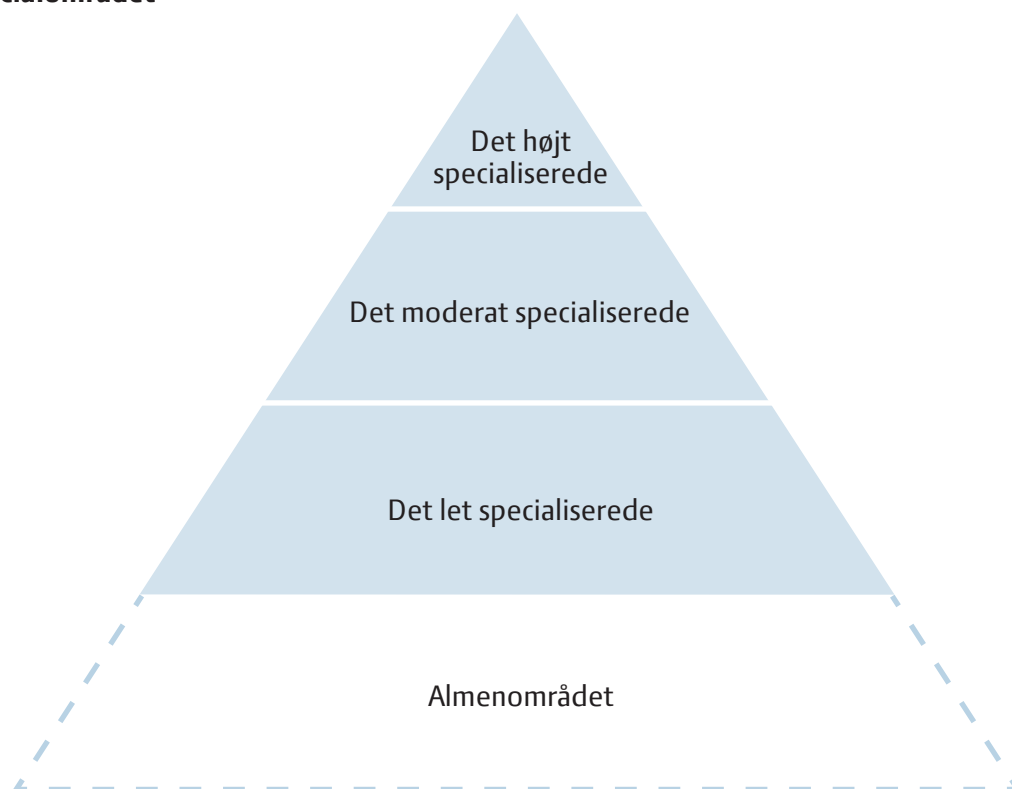
Flere specialiseringsniveauer

En klar niveauinddeling af de sociale ydelsers specialiseringsgrad kan medvirke til at sikre høj faglig kvalitet og helhed i ydelserne under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Af den nedenfor skitserede figur ses den specialiseringstankegang, som regionerne ser for sig. Selve placeringen af ydelserne i de tre (fire medtaget almenområdet) kategorier tager udgangspunkt i følgende faktorer:

- forekomst: målgruppens størrelse og omfanget af det behov, der skal dækkes, det vil sige volumen
- kompleksitet: opgavens faglige kompleksitet
- ressourceforbrug: der skal tages hensyn til samfundsøkonomiske, driftsøkonomiske og personalemæssige forhold, herunder eventuelt samarbejde mellem flere kommuner/regioner

Figur 3 – specialiseringsgraduering på socialområdet



Ovenstående figur skitserer regionernes forståelse af socialområdet. Trekanten skal illustrere, at målgruppens størrelse bliver mindre jo højere specialiseringsgraden er. Det specialiserede socialområde omfatter de tre øverste dele af trekanten. På det almene socialområde er kommunerne eneste aktør, og tilbuddene omfatter fx almindelige børnehaver og vuggestuer samt folkeskoler.

Regionerne betragter det specialiserede socialområde ud fra en rehabiliteringstankegang. Ud fra denne forståelse handler den specialiserede sociale indsats om at hjælpe mennesker med nedsat funktionsniveau til bedst muligt at genetablere hverdagen med størst mulig selvhjulpenhed. Det betyder samtidig, at indsatsen kan være mere eller mindre midlertidig og af varierende intensitet, for at den enkelte borger genetablerer funktionsniveauet.

Det let specialiserede tilbud

Under det let specialiserede socialområde ligger langt den overvejende del af de specialiserede sociale tilbud. De er karakteriseret ved at være opgaver, der i dag overvejende varetages af kommunerne. Det kunne fx være bofællesskaber, værksteder mv., hvor målgruppen oftest er stor i antal og bred i den forstand, at der er tale om forskelligartede, mindre specialiserede behov, hvorfor der er grundlag for, at den enkelte kommune kan oprette og drive et tilbud. Tilbuddene skal bidrage med og støtte borgeren i de mest basale livs- og hverdagsfunktioner. Der kan være behov for en mindre behandlingsmæssig eller specialpædagogisk støtte.

Det moderat specialiserede tilbud

De moderat specialiserede tilbud er kendetegnet ved i udgangspunktet at ligne ovennævnte, blot er målgruppens størrelse og bredde mere snæver end i den let specialiserede kategori. Samtidig kræves en højere faglig ekspertise, idet målgruppen har mere komplekse behov. Dermed er grundlaget for at oprette og drive et tilbud for den enkelte kommune mindre, og der kan være behov for et samarbejde mellem flere kommuner for, at både kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse sikres. Tilbuddene skal supplere formålene med særlige indsatser, som fx socialkompenserende indsatser og/eller specialpædagogiske/behandlingsmæssige indsatser. Eksempler kunne være botilbud eller beskyttet beskæftigelse til personer med mere komplekse behov.

Det højt specialiserede tilbud

De højt specialiserede ydelser er tilbud, hvor der kræves en høj faglig ekspertise. Målgruppen for disse tilbud er små og har helt særlige behov. Det betyder, at opretholdelsen og udviklingen af tilbuddene kræver et geografisk større område end kommunegrænser og måske endda regionsgrænser, for at kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse sikres. De tilbud, der i dag benævnes som lands- og landsdelsdækkende tilbud, hører som eksempel under denne kategori, men der er langt flere tilbud, end dem regionerne nu varetager, der kan klassificeres som højt specialiserede.

Det højt specialiserede tilbud kan være af midlertidig karakter, hvor borgeren bliver udredt og modtager intensiv støtte og/eller undervisning i en tidsafgrænset periode. Ofte vil borgerens behov efter det højt specialiserede, intensive forløb kunne varetages på et lavere specialiseringsniveau. Dog vil nogle grupper have behov for højt specialiseret, intensiv indsats en meget stor del af deres liv.

Specialisering – den rette vej til kvalitet

Specialiseringstankegangen er ikke værdineutral – det er en særlig tilgang til social- og specialundervisningsområdet. Når fokuset rettes mod specialisering, nedtones det på den anden side i forhold til hensynet til nærhed og rummelighed i tilbuddet.

Det er et bevidst valg. For regionerne er den rette specialiseringsgrad og anvendelse af den aktuelt bedste viden en forudsætning for høj kvalitet i de sociale tilbud. Der er behov for et specialsystem, som retter koncentreret fokus mod en gruppe borgere, som har et behov, der kræver et specialiseret fokus for at blive imødeset. Det betyder, at regionerne prioriterer specialisering og tilpasning af tilbuddene til den enkelte borgere højere end nærhed og rummelighed i tilbuddet på dette område.

Nogle borgere har meget sammensatte behov, som kræver indsatser fra en vifte af instanser. Selvom der skal holdes et skarp blik på specielle behov, og det specialiserede tilbud skal være til stede, er det vigtigt også at have øje for det hele menneske med mangeartede behov. På den måde kræves der koordination og overblik for, at sammenhængen i tilbuddet sikres. Det er en opgave, som regionerne ser som en særlig udfordring, når specialisering sættes i højsædet.

**DANSKE
REGIONER**



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

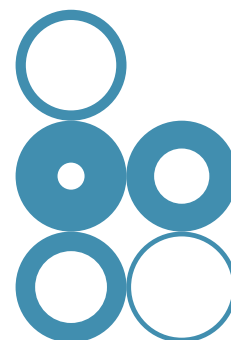
T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Klart ansvar
for
de svageste

Høj kvalitet og
god økonomi på
det specialiserede
socialområde

Bilag 3

DANSKE
REGIONER



Målgrupper

Borgere med særlige behov



Målgrupper - Borgere med særlige behov

Danske Regioner 2012

Layout: UHI, Danske Regioner
Tryk: Danske Regioner

ISBN elektronisk: 978-87-7723-761-4

Borgere med særlige behov

– Målgrupper

Nogle borgere har et behov for en social indsats, der er så kompleks eller sammensat, at de ikke altid kan få den hjælp, der skal til, i kommunernes almene sociale system. Det drejer sig om borgere med komplekse handicap eller sociale problemer¹, som har brug for særlige rammer og tværfaglige miljøer. Disse borgere har brug for en social indsats, der er højt specialiseret. En indsats, der gives på det *højt specialiserede* social- og specialundervisningsområde.

Den højt specialiserede indsats kræver stor viden, er vanskelig at udføre og involverer tit forskellige sektorer og specialister, som skal kende til hinandens områder og have etableret et samarbejde for at kunne give den korrekte sociale støtte og pædagogiske behandling til borgeren.

En systematisk indsats

Regionerne mener, der er behov for at skabe rammer for en mere systematisk indsats på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde. Det er nødvendigt for at opnå bedre kvalitet for brugerne af de højt specialiserede tilbud og en mere effektiv udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed på området. På sundhedsområdet har man lange traditioner for at arbejde målrettet med at sikre kvaliteten i behandlingen. Elementerne er blandt andet en evidensbaseret tilgang og en højt specialiseret indsats. Tanken er, at øvelse gør mester.

For at opnå specialiseret kompetence, kræver det, at man som fagperson ser og behandler tiltrækkeligt mange komplekse sager/tilfælde for at opnå viden om, hvordan de skal håndteres. I sundhedsvæsenet vægter man desuden kvalitet frem for nærhed, når der er tale om komplicerede og livstruende sygdomme. Al erfaring har vist, at patienterne i langt overvejende grad ønsker og vælger de fagligt bedste og mest specialiserede tilbud frem for det tilbud, som er tættest på deres bopæl. På samme måde bør specialisering og faglighed af hensyn til borgerne være omdrejningspunkt på det sociale område.

I udspillet 'Klart ansvar for de svageste' foreslås det, at regionerne som de eneste driver en række botilbud og institutioner², rådgivningsenheder, midlertidige tilbud, dagtilbud og tilbud om specialundervisning, der er en del af det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde.

1 "Borgere med komplekse handicap eller sociale problemer" dækker her over borgere, der har handicap og/eller sociale problemer, som er komplekse og ofte sjældne

2 Forskellen mellem et 'botilbud' og en 'institution' er målgruppen. Mens et botilbud er for voksne, er en institution for børn og unge. 'Tilbud' er bredere og dækker både midlertidige og permanente botilbud, rådgivningsenheder, dag- og beskæftigelsestilbud og tilbud om specialundervisning

Hvilke borgere handler det om?

Dette papir er et baggrundspapir til udspillet "Klart ansvar for de svageste". Papirets formål er at beskrive, hvilke borgere der har brug for en højt specialiseret social- eller specialundervisningsindsats. Grundlæggende er der tale om borgere med tre typer af udfordringer: fysiske funktionsnedsættelser³, psykiske funktionsnedsættelser og sociale problemer⁴.

At have en funktionsnedsættelse eller et socialt problem udløser imidlertid ikke i sig selv et behov for en højt specialiseret indsats. Man kan således godt have en funktionsnedsættelse som 'synsnedsættelse' eller et socialt problem som 'udadreagerende adfærd' uden at have brug for en indsats præget af tværfaglighed, høj ekspertise og tæt sammenhæng til somatik eller psykiatri – altså sundhedsvæsenet. Derfor må følgende parametre også vurderes, når man skal vurdere en borgers behov:

- Graden af funktionsnedsættelse/omfang af det sociale problem
- Antal og hyppighed af funktionsnedsættelser/sociale problemer

Graden af funktionsnedsættelse/omfang af socialt problem

Graden af en borgers funktionsnedsættelse eller *omfanget* af det sociale problem er centralt i forhold til, om en borger har brug for en højt specialiseret social indsats. Eksempelvis dækker diagnosen 'erhvervet hjerneskade' over funktionsnedsættelser af forskelligt omfang lige fra let til meget svær hjerneskade. Og 'udadreagerende adfærd' kan være alt fra at sige grimme ord til at have en voldsom og voldelig adfærd. En svær funktionsnedsættelse eller et omfattende socialt problem vil øge sandsynligheden for, at borgeren har behov for et tilbud på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Det er imidlertid ikke altid, at behovet for specialiseret støtte stiger i samme grad som funktionsnedsættelsen eller det sociale problem bliver større. F.eks. kan en borger være hjerneskadet i en sådan grad, at han befinder sig i en tilstand, hvor han har ringe mulighed for rehabilitering. Han vil derfor godt kunne få opfyldt sit behov gennem en social indsats, som er let eller moderat specialiseret.

Et andet eksempel på, at sværhedsgrad og specialisering ikke altid følges ad, kan være en borger med en meget invaliderende funktionsnedsættelse som f.eks. lammelse fra halsen og ned. Han vil nok have brug for en massiv pleje og støtte døgnet rundt. Men her er tale om en indsats på et let eller moderat specialiseret niveau – f.eks. hjælp til at tage tøj på, lave mad, gøre rent, køre bil.

3 En funktionsnedsættelse kan beskrives som en begrænsning i forhold til kroppens anatomi (fysisk funktionsnedsættelse) eller i forhold til kroppens mentale funktioner (psykisk funktionsnedsættelse). Kilde: Socialstyrelsens sociale begreber. www.socialebegreber.dk

4 Et socialt problem kan beskrives som en tilstand, hvor en person er eller er i fare for at blive marginaliseret. Kilde: Socialstyrelsens sociale begreber. www.socialebegreber.dk

Antal og hyppighed af funktionsnedsættelser/sociale problemer

At vurdere graden af borgerens funktionsnedsættelse eller omfanget af det sociale problem er altså ikke altid nok til at konkludere på, hvorvidt borgeren har brug for en højt specialiseret indsats. Her er også brug for at afdække *antallet og hyppigheden* af borgerens funktionsnedsættelser eller sociale problemer.

Ofte har en borger nemlig flere funktionsnedsættelser eller sociale problemer på én gang, som indvirker på hinanden og skaber en samlet kompleksitet. Eksempelvis vil et barn med en mindre hørenedsættelse normalt ikke have behov for en højt specialiseret specialundervisningsindsats. Men har barnet samtidig Aspergers syndrom eller udviklingshæmning, vil der straks skulle en anden og mere tværfaglig indsats til for at lære barnet at bruge f.eks. hjælpemidler for sit hørehandicap.

Samtidig er det relevant at kigge på *hyppigheden* af tilfælde, når målgruppen for den højt specialiserede indsats skal defineres. At drive et tilbud for en målgruppe, der er meget lille, vil kræve et stort befolkningsunderlag og dermed et større geografisk optageområde for at gøre tilbuddet fagligt og økonomisk bæredygtigt. Her vil det være en fordel, at regionerne leverer ydelsen, fordi kommunerne som geografiske enheder er for små. Dette er dog kun relevant, hvis borgeren med det sjældne problem har brug for en højt specialiseret indsats, da han ellers vil kunne få den fornødne hjælp på et lavere specialiseringsniveau i kommunen.

Hvor specialiseret en indsats?

Vurderer man borgeren ud fra de parametre, der er beskrevet i forrige afsnit, vil det være muligt at konkludere, hvor specialiseret en indsats borgeren har behov for.

Opsummerende kan det siges, at svære, sjældne eller multiple funktionsnedsættelser eller sociale problemer alene eller i kombination typisk vil udløse behov, der er *uforudsigelige, ustabile og varierende*. At levere ydelser, der passer til denne slags behov, kræver et miljø med et tværfagligt og ofte højt uddannet personale, der har omfattende og specialiseret viden om målgruppens problemstillinger. Det vil ofte dreje sig om særlig socialpædagogisk viden eller en viden, der ligger tæt op ad den højt specialiserede behandling i sundhedsvæsenet – f.eks. psykiatri eller neuropsykologi. For at sikre udvikling i tilbuddet er det samtidig nødvendigt med en løbende tilegnelse af ny viden og forskning på relevante område. Sådanne tilbud på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde sikres bedst i regionalt regi.

Samme *uforudsigelige, ustabile og varierede* behov vil man finde hos borgere, som endnu ikke har fået afklaret og udredt, hvad de præcis fejler, men hvis problemer man formoder, er komplekse. De vil have brug for et højt specialiseret *midlertidigt* social- eller specialundervisningstilbud, hvor de i en periode kan få en særlig behandlingsmæssig støtte eller pleje.

En systematisk klassifikation af målgrupper

Regionerne har udviklet en klassifikationsmodel, som kan danne udgangspunkt for en klassifikation af målgrupper, der har brug for et højt specialiseret social- eller specialundervisningstilbud i regionalt regi. Modellen ses herunder.

Model 1: Specialisering af ydelser, social- og specialundervisningsområdet.

Borgere	Funktionsnedsættelse/ socialt problem med et stabilt og forudsigeligt ydelsesbehov Afklarede og udredte støttebehov	Funktionsnedsættelse/ socialt problem med et uforudsigeligt ustabilt og varierende ydelsesbehov og/eller ikke afklarede og udredte støttebehov
Borgere med få og entydige kendetegn på en funktionsnedsættelse eller et socialt problem	Let specialiseret Enkle og selvstændige basisydelser Leveret af kommunalt tilbud	Moderat specialiseret Sammensatte ydelser bestående af kombinerede basisydelser Leveret af kommunalt eller regionalt tilbud
Borgere med en kombination af funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer Og/eller borgere med en sjælden funktionsnedsættelse/socialt problem	Moderat specialiseret Sammensatte ydelser bestående af kombinerede basisydelser Leveret af kommunalt eller regionalt tilbud	Højt specialiseret Specialiserede ydelser bestående af både kombinerede basisydelser og af individuelt specialdesignede ydelser Leveret af regionalt tilbud

Klassifikationsmodellen kan bruges på enhver borger med funktionsnedsættelser eller sociale problemer og afspejler, hvilken specialisering – altså kompleksitet – i ydelserne, borgeren har behov for.

Som det ses af modellen, er ydelserne på det lettere specialiserede socialområde enkle og selvstændige basisydelser. Det kunne eksempelvis dreje sig om støtte til madlavning og rengøring hos en bedre fungerende borger med en let hjerneskade. Ydelser som disse bør i fremtiden leveres af kommunerne alene, sådan som det også er tilfældet i dag.

På det moderat specialiserede område er ydelserne sammensatte og består af kombinerede basisydelser. Et eksempel kunne være, at en borger med en moderat hjerneskade får sociopædagogisk støtte i hjemmet og samtidig får et dagligt aktivitetstilbud på et værksted. Ydelser som disse bør i fremtiden kunne leveres af både kommuner og regioner, sådan som det sker i dag. Regionerne leverer i det omfang, kommunerne har et ønske om det.

Ydelserne på det højt specialiserede område består af både kombinerede basisydelser og specialdesignede ydelser. Her kunne være tale om et døgnbaseret rehabiliteringstilbud til en person med en alvorlig hjerneskade, der inkluderer både overvågning og støtte fra ergoterapeut, talepædagog og neuropsykolog. Ydelser som disse bør i fremtiden *alene* leveres af regionerne, som har de bedste forudsætninger for at drive tilbud med tilstrækkelig grad af specialisering og faglig og økonomisk bæredygtighed. I dag leveres de både af kommuner og regioner.

Se Danske Regioners oplæg 'Klart ansvar for de svageste' og 'Nyt tankesæt om specialisering på social- og specialundervisningsområdet' for at læse mere om faglig specialisering og regionernes fremtidige rolle på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Seks målgrupper i regionale hænder

Regionerne peger på seks grupper af borgere, som vil have behov for et regionalt højt specialiseret tilbud.⁵ Målgrupperne er sammensat ud fra, at de ydelser, de har behov for, ligner hinanden. Der er tale om de mest komplekse problemstillinger i forhold til:

1. Børn, unge og voksne borgere med multiple funktionsnedsættelser, herunder komplekse sjældne diagnoser og komplekse erhvervede hjerneskader
2. Børn, unge og voksne borgere med komplekse kommunikationshandicap
3. Børn, unge og voksne borgere med psykisk sygdom kombineret med misbrug og/eller omfattende problemskabende adfærd
4. Børn, unge og voksne borgere med udviklingshæmning kombineret med misbrug og/eller problemskabende adfærd, eventuel med dom eller i varetægtssurrogat
5. Børn og unge med omfattende sociale problemer som kriminalitet, misbrug, psykisk sygdom og udadreagerende adfærd, anbragt på sikrede/delvist lukkede institutioner og på åbne institutioner idømt ungdomssanktion
6. Børn, herunder spædbørn, og unge med særligt komplekse sociale og/eller følelsesmæssige vanskeligheder

De seks målgrupper er tænkt som de målgrupper, regionerne som de eneste skal drive tilbud til. Herudover kan de drive en række moderat specialiserede tilbud på social- og specialundervisningsområdet til borgere med mindre komplicerede problemstillinger, hvis kommunerne beder dem om det. Læs mere i regionernes udspil 'Klart ansvar for de svageste'.

5 Grupperne lægger sig opad de fysiske og psykiske funktionsnedsættelser samt sociale problemer, som Socialstyrelsen har beskrevet under deres klassifikation af området for socialt udsatte og voksne med handicap. En undtagelse er hjemløse og prostituerede. Se www.socialebegreber.dk. Disse begreber ligger til grund for 'Voksen-udredningsmetoden' udarbejdet af KL, Socialstyrelsen og Social- og Integrationsministeriet

Målgruppe 1

Børn, unge og voksne borgere med multiple funktionsnedsættelser, herunder komplekse sjældne diagnoser og komplekse erhvervede hjerneskader

Det særlige for denne gruppe af borgere er, at de er forholdsvis få på landsbasis, og at de – udover et behov for specialiseret pædagogisk behandling - har behov for intensiv, koordineret og tværsektoriel indsats fra eksperter med specialviden på området, ofte fra sundhedsvæsenet.

F.eks. kan borgere med disse lidelser have brug for personlig overvågning, specialiseret pleje eller måske særlige og individuelt tilpassede hjælpemidler. Eller de kan have behov for midlertidigt eller permanent ophold på et botilbud eller en institution, hvor der er tæt kontakt til somatiske, psykiatriske eller andre eksperter.

Regionerne bør fremover varetage opgaver i forhold til børn, unge og voksne, der har nedestående problemer:

Multiple funktionsnedsættelser

Personer med multiple funktionsnedsættelser har behov for særlig hjælp og støtte, som er højt specialiseret og som leveres af specialister, der er afhængige af et kendskab til hinandens områder.

Funktionsnedsættelserne kan være af både fysisk og psykisk art, og de tilfælde af multiple funktionsnedsættelser, som regionerne bør drive tilbud til, er kombinationer af diagnoserne:

- Medfødte hjerneskader
- Medfødte fysiske misdannelser
- Muskelsygdomme
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Epilepsi
- Mental retardering
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelser i form af eksempelvis infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers Syndrom og svære tilfælde af ADHD
- Medfødt døvhed

I det omfang ovenstående funktionsnedsættelser medfører komplekse behov for kompensation på kommunikationsområdet, vil de dog blive en del af målgruppe 2.

Sjældne diagnoser

Sjældne diagnoser giver multiple funktionsnedsættelser af både fysisk og psykisk karakter. De vil typisk være kroniske og hyppigt være arvelige med en forekomst på færre end 1000 diagnosticerede tilfælde i landet. De bliver komplekse, når de er i kombination med andre funktionsnedsættelser, og her vil der typisk være behov for en højt specialiseret social indsats. Regionerne bør drive tilbud til personer med de komplekse udgaver af:

- Prader Willi Syndrom
- Tourette Syndrom
- Huntingtons Chorea

Kompleks erhvervet hjerneskade

Følgerne efter en ikke medfødt hjerneskade er både omfattende og komplekse og kan omfatte både fysiske, psykiske, kognitive, sociale og personlighedsmæssige aspekter. Det betyder, at også behandlingen og rehabiliteringen bliver kompleks. Der kan være tale om hjerneskader forårsaget af en hjerneblødning eller blodprop, af kranietraumer, forgiftning eller af infektionssygdomme.

At tilrettelægge en sammenhængende og meningsfuld indsats i forhold til en borger med en kompleks eller svær hjerneskade kræver erfaring og specialviden hos både forvaltning og på tilbuddet om social støtte eller specialundervisning. Det kræver også en løbende kontakt til sundhedsvæsenets eksperter og adgang til nye forskningsresultater.

Målgruppe 2

Børn, unge og voksne borgere med komplekse kommunikationshandicap

Borgere med kommunikationshandicap er borgere, der har problemer med at høre, se eller tale. Deres handicap er i mange tilfælde komplekse. Det gælder f.eks. i de tilfælde, hvor de optræder i sammenhæng med andre handicap, såvel fysiske som psykiske.

Borgere med sjældne, alvorlige eller flere kommunikationshandicap på én gang har brug for en højt specialiseret indsats. En indsats, der bliver varetaget af specialuddannet personale med stor praksiserfaring, som arbejder tæt sammen med sundhedsvæsenets specialister på øre-, hals- og øjenområdet samt neurologiområdet.

Funktionsnedsættelserne under målgruppe 2 er i sig selv så sjældne og/eller komplekse, at de kræver en højt specialiseret indsats uanset sværhedsgrad. Regionerne bør fremover varetage opgaver i forhold til børn, unge og voksne, der har følgende funktionsnedsættelser:

Taleområdet

- Afasi (sprogvanskeligheder efter hjerneskade)
- Mundhuleopererede (ofte cancer)
- Afoni (ingen stemme)
- Laryngektomi (fjernelse af struben)
- Børn, unge og voksne med læbe-/ganespalte
- Børn, unge og voksne med progredierende neurologiske lidelser, hvor det går ud over evnen til at tale herunder ALS, sclerose, parkinson
- Dysartri (artikulationsvanskeligheder)
- Dysfoni (stemmevanskeligheder)
- Fonasteni (stemmetræthed)
- Stammen/løbsk tale

Høreområdet

- Døvblevne
- Døvblindblevne
- Døvfødte
- Ménière
- Tinnitus
- Hyperacusis (lydoverfølsomhed)

Synsområdet

- Børn, unge og voksne, der er blinde eller stærkt svagsynede med behov for synshjælpemidler og teknikker for at opnå selvhjulpenhed
- Børn med synsproblemer (disse udgør kun 0,3 promille af befolkningen og bør derfor have tilbud med stort optageområde)
- AMD (aldersrelateret Macula, våd/tør) Glaucom (grøn stær)
- Retinitis Pigmentosa (arvelig nethindesygdom)
- Cerebralt betingede synsnedsættelser (herunder borgere med psykisk udviklingshæmning og borgere ramt af blodpropper og blødninger i hjernen)

Målgruppe 3

Børn, unge og voksne borgere med psykisk sygdom kombineret med misbrug og/eller omfattende problemskabende adfærd

Mennesker med psykiske lidelser, der samtidig har et misbrug af rusmidler eller udviser omfattende problemskabende adfærd, kræver et personale med højt specialiserede kompetencer inden for både psykiske lidelser, misbrug og konflikthåndtering. Og et tilbud med en organisation, der har et indgående kendskab til at arbejde tværsektorielt i samarbejde med både psykiatri, retspsykiatri, misbrugsbehandling og kriminalforsorg.

F.eks. kan der være brug for særlige fysiske rammer, alarmsystemer og pædagogiske og psykologiske kompetencer for at tackle en udviklingshæmmet borger med skizofreni, der reagerer voldeligt. Eller der kan være behov for somatisk ekspertise for at kunne give behandling for de skader, som misbrug medfører, som f.eks. fejlnæring, neurologiske skader eller sår.

Børn og især unge med svær psykisk sygdom udgør her en særlig målgruppe. En psykisk lidelse kombineret med den normale teenageudvikling skaber store udfordringer. Den unges problemer og adfærd betyder, at han eller hun ikke kan følge normale skole- eller uddannelses tilbud og ikke kan bo alene. Derfor er der brug for særlige institutioner målrettet unge, som udover en højt specialiseret faglig viden på området også er i stand til at skabe et relevant "ungemiljø".

Regionerne bør fremover varetage opgaver i forhold til børn, unge og voksne, der har en kombination af nedenstående problemer:

Svær psykisk sygdom

- Skizofreni,
- Svær angst - OCD
- Svær ADHD
- PTSD
- Svære spiseforstyrrelser
- Svær mani
- Alvorlige personlighedsforstyrrelser som f.eks. dyssocial personlighedsforstyrrelse eller borderline
- Frontotemporal demens
- Svær neurokognitiv sygdom

Misbrug

- Misbrug af alkohol
- Misbrug af stoffer (også lægeordinerede)
- Misbrug af håndkøbsmedicin

Problemskabende adfærd

- Udadreagerende adfærd
- Selvskadende adfærd
- Kriminel adfærd

Målgruppe 4

Børn, unge og voksne borgere med udviklingshæmning kombineret med misbrug og/eller problemskabende adfærd, eventuelt med dom til anbringelse eller i varetægtssurrogat

For en gruppe borgere med udviklingshæmning gælder det, at de har tillægsdiagnoser som psykisk sygdom, misbrug eller problemskabende adfærd – f.eks. adfærd, der er seksuelt krænkende eller voldelig. En del af disse borgere er anbragt i varetægtssurrogat eller efter dom på sociale botilbud.

Borgere med udviklingshæmning, som samtidig har et misbrug eller en problemskabende adfærd er svære at tackle på botilbud eller institutioner for "almindelige udviklingshæmmede", hvor erfaringen er, at de skaber utryghed og frygt blandt medbeboere og et hårdt psykisk arbejdsmiljø for medarbejderne. For at skabe et velfungerende liv for disse borgere er der behov for at skabe og fastholde de eksisterende højt specialiserede botilbud, hvor man kan levere specialdesignede ydelser inden for specialviden om så forskellige discipliner som socialpædagogik, kriminologi, psykologi, misbrugsbehandling, sexologi og psykiatri.

Regionerne bør fremover varetage opgaver i forhold til børn, unge og voksne, der har nedestående problemer:

- Udviklingshæmning og misbrug
- Udviklingshæmning og problemskabende adfærd
- Udviklingshæmning, misbrug og problemskabende adfærd

For alle tre grupper gælder det, at de, udover at have ovenstående udfordringer, kan være anbragt i varetægtssurrogat eller være dømt til anbringelse og behandling på såvel åbne som sikrede botilbud eller institutioner.

Målgruppe 5

Børn og unge med omfattende sociale problemer som kriminalitet, misbrug, psykisk sygdom og udadreagerende adfærd, anbragt på sikrede/delvist lukkede institutioner og på åbne institutioner idømt ungdomssanktion

Børn og unge, der bliver anbragt på de sikrede institutioner og på de fremtidige "delvist lukkede institutioner" har behov for en helt særlig ekspertise, der kombinerer hensyn til en vifte af socialpædagogiske, kriminelle, psykologiske og psykiatriske problemstillinger. Det samme gælder de børn og unge med dom til ungdomssanktion, der anbringes på de åbne afdelinger, der hører under de sikrede institutioner.

Mange unge flyttes frem og tilbage mellem sikrede og åbne afdelinger, og for at sikre en pædagogisk kontinuitet i de unges forløb er det vigtigt, at disse to former for institutioner drives i samme regi. Regionerne bør fremover varetage opgaver i forhold til børn og unge, der:

- ifølge magtanvendelsesbekendtgørelsen for børn og unge anbragt uden for hjemmet opfylder betingelserne for anbringelse på sikret eller delvist sikret afdeling
- er idømt ungdomssanktion (ungdomssanktionens fase 2 og 3)

Disse børn og unge vil typisk have funktionsnedsættelser som personlighedsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser, udviklingshæmning og sociale problemer som misbrug, kriminalitet og have været udsat for overgreb eller selv have begået seksuelle eller voldelige overgreb og lignende.

Målgruppe 6

Børn, herunder spædbørn, og unge med særligt komplekse sociale og/eller følelsesmæssige vanskeligheder

Børn, herunder spædbørn, og unge med særlige sociale eller følelsesmæssige vanskeligheder har ofte psykiatriske lidelser på grund af tidlige skader, seksuelle overgreb eller lignende. Tit er de voldsomt udadreagerende med konfliktskabende eller selvskadende adfærd, og de kan have svært ved at knytte sig til nogen. De har typisk også problemer med indlæring.

Institutioner for disse grupper - som f.eks. spædbørnshjem eller behandlingshjem med en skole tilknyttet - adskiller sig fra almindelige børnehjem ved, at børnene er meget skadede, når de anbringes udenfor hjemmet. De vil derfor ofte have behov for at opholde sig i et højt specialiseret fagligt døgnbehandlingsmiljø. Et sådant miljø kræver et tværfagligt højt uddannet personale, der har en omfattende og specialiseret viden inden for eksempelvis specialpædagogik som psykologi og psykiatri, ligesom tilegnelse af ny viden og forskning inden for områderne er af afgørende betydning.

Regionerne bør fremover varetage opgaver i forhold til børn og unge med én eller flere af følgende problematikker:

- Spædbørn med følelsesmæssige og/eller sociale skader
- Børn og unge med tilknytningsforstyrrelser
- Børn og unge med udadreagerende adfærd
- Børn og unge med selvskadende adfærd

**DANSKE
REGIONER**



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

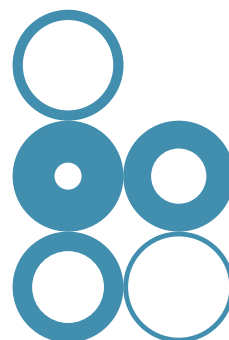
T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Klart ansvar
for
de svageste

Høj kvalitet og
god økonomi på
det specialiserede
socialområde

Bilag 4

DANSKE
REGIONER



Finansiering

Finansieringsmodel for det højt specialiserede social-
og special-undervisningsområde



Finansiering
– for det højt specialiserede social- og special-undervisningsområde
Danske Regioner 2012

Layout: UHI, Danske Regioner
Tryk: Danske Regioner

ISBN elektronisk: 978-87-7723-759-1

Finansieringsmodel for det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde

Den nuværende finansieringsmodel og de tilhørende styringsinstrumenter – særligt rammeaftalen på det specialiserede social- og specialundervisningsområde – har ikke formået at sikre en stabil drift og udvikling af de højt specialiserede tilbud. Den eksisterende model kan således ikke imødekomme borgere med de mest specialiserede behov.

Kommunerne har forfulgt en selvforsyningsstrategi, hvor efter selv de mest komplekse opgaver er søgt løst inden for egen kommunegrænse. Som konsekvens heraf er der dels sket afspecialisering af vidensmiljøer og lukning af tilbud, idet langt de fleste kommuner ikke selv har kunnet fylde pladserne ud med egne borgere. Herudover er der sket afspecialisering af indsatsen.

Regionerne har i dag forudsætningerne for at løse den højt specialiserede opgave fagligt og økonomisk bæredygtigt. Regionerne har det fornødne befolkningsunderlag, høj faglig ekspertise på området, bæredygtige faglige miljøer og tæt tilknytning til det specialiserede sundhedsvæsen.

Efter den kommunale overtagelse af en lang række tilbud har regionerne imidlertid en meget heterogen gruppe af tilbud, både inden for den enkelte region og mellem regionerne. Det mindsker mulighederne for udvikling både økonomisk og fagligt, når man ikke har ansvar for en ensartet gruppe af tilbud. Blandt andet fordi stordriftsfordele og andre synergieffekter er begrænsede. Dette forstærkes af, at regionerne ikke kan vide sig sikker på tidsperspektivet for de institutioner, der er tilbage.

Der er behov for en finansieringsmodel, som understøtter og sikrer de højt specialiserede faglige miljøer og tilbud til de grupper, som har de mest komplekse behov. Samtidig skal finansieringsmodellen sikre økonomiske incitamenter for alle involverede parter til en rationel drift af området.

Regionerne anbefaler, at arbejdsdelingen på det specialiserede sociale- og specialundervisningsområde justeres. Det foreslås, at ansvaret for at drive, udvikle og etablere en række højt specialiserede tilbud på social- og specialundervisningsområdet placeres i regionerne. Det drejer sig om tilbud til de mest komplekse tilfælde af:

- 1) Børn, unge og voksne borgere med multiple funktionsnedsættelser, herunder komplekse sjældne diagnoser og komplekse erhvervede hjerneskader.
- 2) Børn, unge og voksne borgere med komplekse kommunikationshandicap.
- 3) Børn, unge og voksne borgere med psykisk sygdom kombineret med misbrug og/eller omfattende problemskabende adfærd.
- 4) Børn, unge og voksne borgere med udviklingshæmning kombineret med misbrug og/eller problemskabende adfærd, evt. med dom eller i varetægtssurrogat.
- 5) Børn og unge med omfattende sociale problemer som kriminalitet, misbrug, psykisk sygdom og udadreagerende adfærd, anbragt på sikrede/delvist lukkede institutioner og på åbne institutioner idømt ungdomssanktion.
- 6) Børn, herunder spædbørn, og unge med særligt komplekse sociale og/eller følelsesmæssige vanskeligheder.

Der er tale om *højt specialiserede tilbud*, hvor der kun er et tilstrækkeligt antal borgere til målgruppen, hvis man samler dem fra et stort geografisk område. Dertil vil det være sådan, at regionerne formentligt fortsat vil drive *moderat specialiserede* samt i mere sjældne tilfælde også *let specialiserede* tilbud, hvis kommunerne ønsker det.

Tillægges regionerne et egentligt forsynings- og driftsansvar for de højt specialiserede tilbud, er der brug for en finansieringsmodel, der både tilgodeser en fremadrettet og effektiv drift samt en løbende udvikling af de regionale tilbud.

Idealmodel for finansieringssystem

Det er væsentligt, at en ny opgavefordeling mellem kommuner og regioner for det første ikke giver anledning til tvivl om hvem, der har ansvaret for opgavevaretagelsen. For det andet skal opgavefordelingen understøtte, at faglig kvalitet, udvikling og økonomisk ansvarlighed går hånd i hånd.

I en *idealmodel*, skal finansieringssystemet rumme:

- incitamenter til rationel drift (hurtig kapacitets- og udgiftstilpasning),
- mulighed for udvikling af indhold, anlæg og pladser,
- incitamenter til at give det nødvendige og tilstrækkelige tilbud til den enkelte borger,
- hensynet til det overordnede samfundsøkonomiske perspektiv – undgå suboptimering,
- hensynet til, at den der bestiller/ fastsætter serviceniveauet også betaler,
- hensynet til, at finansieringssystemet skal være håndterbart og minimere administration.

Historiske finansieringsmodeller

Over tid har kommuner og amter/regioner været underlagt forskellige finansieringsmodeller for de af amterne/regionerne drevne tilbud:

1. Frem til 1. januar 2002 havde man en ligelig deling af udgifterne mellem kommuner og amter. Det betød, at både amter og kommuner hentede betydelige beløb ind via refusion for ydelser, som den medfinansierende modpart ingen indflydelse havde på.
Svaghed: Modellen indeholdt svage incitamenter til at udvise samfundsøkonomisk ansvarlighed. Populært sagt kostede det 50 øre at udskrive en krone, og som konsekvens steg udgifterne til området markant.
Styrke: Modellen var forbundet med begrænset administration og skabte rum for udvikling af tilbud.
2. Fra 1. januar 2002 indførtes en grundtakstfinansiering. Grundtaksten betød, at kommunerne betalte en minimumsudgift i form af en såkaldt grundtakst ved brug af de amtslige tilbud. Omvendt medfinansierede amterne de kommunale tilbud, hvor udgifterne lå over grundtaksten.
Svaghed: Modellen var forbundet med dobbelt visitation i forbindelse med fastlæggelse af serviceniveauet for den enkelte borger. Niveaulet for grundtaksten var sat lavt, hvorfor amterne blev involveret i for mange kommunale opgaver. Den amtslige involvering var endvidere kilde til mange uoverensstemmelser.
Styrke: Modellen indeholdt i vid udstrækning de rette incitamenter til effektiv drift og økonomistyring på højt specialiserede og ofte dyre opgaver, jf. ovenstående om idealmodellen. Den dobbelte visitation sikrede dialog om indholdet i støtten og en høj faglig indsigt som grundlag for visitationen.

3. Med strukturreformen 1. januar 2007, overgik man til 100 procent kommunal finansiering af omkostningerne. Den fulde kommunale finansiering af samtlige omkostninger på området sker primært ved, at kommunerne betaler en takst beregnet på samtlige omkostninger forbundet med det pågældende tilbud.

Svagthed: Takstfinansiering fungerer bedst under markedsvilkår, men markedsvilkårene falder betydeligt i takt med specialiseringsgraden. Modellen mangler derfor tilstrækkelige incitamenter til udvikling og etablering af højt specialiserede tilbud. I kombination med de kommunale muligheder for at overtage tilbud har regionerne en heterogen masse af tilbud, som svækker stordriftsfordelene, og samtidig reelt ikke incitamenter til at sikre lave omkostninger og tilpasninger.

Styrke: Modellen indeholder incitamenter til effektiv drift og ressourceallokering i forhold til de mindre specialiserede tilbud.

Udover takstfinansiering gælder der i dag særlige regler for de sikrede tilbud til unge - § 67 stk. 3 samt for de lands- og landsdelsdækkende tilbud.

Sikrede tilbud til børn og unge finansieres sker dels via en grundtakst efter forbrug og dels via objektiv finansiering, når de sikrede pladser bruges i forbindelse med varetægt og dom. Ordning kan således betragtes som en *forsikringsordning med selvrisiko*. Benyttes de sikrede pladser til anbringelse i pædagogisk observation eller efter faglighedskriteriet sker finansieringen via takstbetaling jf. gældende rammeaftale.

Sikrede tilbud til voksne finansieres fuldt ud efter objektive kriterier. Omkostningerne pr. tilbud fordeles fuldt ud til landets kommuner. Ordningen kan betragtes som en *forsikringsordning*. Kommunerne betaler et stort set fast beløb hvert år, uanset om de benytter tilbud på området eller ej.

Hovedtrækkene i finansieringsmodellen, for de lands- og landsdelsdækkende tilbud er, at en "andel" af de samlede omkostninger fordeles via objektive kriterier (typisk befolkningstal) mellem samtlige kommuner/kommuner inden for landsdelen. For den resterende del af omkostningerne beregnes der en takst pr. plads, som betales af "brugerkommunen". Denne ordning kan betragtes som en *forsikringsordning med selvrisiko*. For enkelte ydelser finansieres de samlede omkostninger fuldt ud efter objektive kriterier.

I den nuværende finansieringsmodel er der indbygget statsrefusion for at sikre kommunerne mod meget store udgifter i de dyreste enkeltsager. Statsrefusionsordningen finansieres solidarisk af kommunerne ved løbende regulering af bloktilskud. Refusionsordningen er i perioden 2007-2010 indfaset gradvist med stadig større kommunal andel. Der opereres med følgende statsrefusions-satser i 2012:

- 25 procent af udgifter, der årligt overstiger 0,95 millioner kroner.
- 50 procent af udgifter, der årligt overstiger 1,77 millioner kroner.¹

¹ Begge beløbsgrænser er opgjort efter vejledning om regulering af satser på socialområdet for 2012. VEJ nr. 84 af 25/10/2011

Forslag til en fremtidig finansieringsmodel

Forslaget til en fremtidig finansieringsmodel – basisfinansiering – bevarer hovedstrukturen i den nuværende finansiering af regionernes opgaver. Det vil for det første sige, at regionernes opgaver alt overvejende finansieres via et statsligt bloktilskud uden ret til skatteudskrivning. For det andet forudsættes regionernes økonomi fortsat at bestå af tre særskilte dele - sundhed, udvikling og sociale institutioner - mellem hvilke, der ikke kan prioriteres og flyttes penge.

Forslaget understøtter en opgavefordeling på socialområdet, hvor regionerne får et lovhjemmelt ansvar for at drive og udvikle *højt specialiserede tilbud* til de førnævnte seks målgrupper, og en forsyningsforpligtelse for *moderat specialiserede tilbud*. Dette er samtidig de tilbud, som er tænkt at omfattes af et fremadrettet aftalekoncept for drift og udvikling på social- og specialundervisningsområdet. Dertil skal finansieringsmodellen kunne håndtere de knap så hyppige tilfælde, hvor regionerne efter kommunalt ønske driver *let specialiserede tilbud*. Kommunerne visiterer fortsat til de regionale tilbud, hvilket sikrer minimalt bureaukrati.

Med udgangspunkt i lovhjemmelet regionalt ansvar for at drive og udvikle de *højt specialiserede tilbud* får regionerne et ansvar for at fastsætte serviceniveauet for de borgere, der anvender tilbuddene. For at kunne varetage disse funktioner samt leve op til idealkravene for en finansieringsmodel, må regionerne tillægges et selvstændigt finansieringsansvar for de højt specialiserede tilbud.

Den fremtidige finansiering af den regionale opgavevaretagelse bør baseres på to forskellige modeller, der hver især tager højde for områdernes kendetegn og sammen sikrer størst mulig økonomisk optimering:

Det kommunale ansvarsområde - let til moderat specialiserede tilbud

I det omfang kommunerne ønsker, at regionerne skal udbyde og drive tilbud indenfor det let til moderat specialiserede område, finansieres disse tilbud som hidtil fuldt ud af kommunerne. Let til moderat specialiserede tilbud er et kommunalt ansvarsområde, og regionale tilbud i denne kategori kan sidestilles med de pladser, kommunerne køber af hinanden. Der bør derfor gælde samme finansieringsregler for disse tilbud, uanset om tilbuddene drives af en kommune eller en region. Principperne for takstberegningen fastsættes i en bekendtgørelse, der udmøntes lokalt i en takstafale. Takstafalen indgås i forbindelse med socialaftalerne - rammeaftalernes afløser.

Det mest enkle er at fortsætte den nuværende takstfinansiering, hvor samtlige omkostninger forbundet med at drive tilbuddet afholdes af brugerkommunerne i form af takster.

Det regionale ansvarsområde - højt specialiserede tilbud

For de højt specialiserede tilbud, som fremadrettet foreslås placeret i regionerne, anbefales det, at finansieringsgrundlaget baseres på et regionalt bloktilskud til socialområdet suppleret med kommunal takstbetaling.

En regional basisfinansiering via bloktilskud til socialområdet vil både udgøre et stabilt finansieringsgrundlag og understøtte incitamenter til bl.a. effektiv drift, budgetsikkerhed, langsigtet udvikling og risikovillighed. Kombineret med et kommunalt forbrugsafhængigt bidrag vil der samtidig skabes incitamenter til forebyggelse og hensigtsmæssige løsninger i nærmiljøet, når funktionsevnen tillader det.

For det første indebærer en regional finansiering et incitament for regionerne til at udvise økonomisk ansvarlighed, fordi den økonomiske ramme ikke kan suppleres med andre indtægter. Bloktilskuddet kan ikke suppleres med bidrag fra andre regionale kasser, og en regulering af bloktilskuddet til socialområdet sker efter aftale med staten.

For det andet vil et stabilt finansieringsgrundlag på det højt specialiserede område give kommunerne en høj grad af budgetsikkerhed. Kommunernes udgifter kan nemt forudsiges, og den eneste usikre faktor er kommunernes egen efterspørgsel. En ekstraregning fra regionen vil med andre ord bero på, at kommunen selv har efterspurgt flere pladser/ydelser end forudsat.

For det tredje vil den faste økonomiske ramme sikre ro og stabilitet omkring driften, og dermed skabe bedre grundlag for faglig udvikling og langsigtet planlægning.

For det fjerde vil de stabile økonomiske rammer understøtte risikovillighed med hensyn til at igangsætte udviklingstiltag og følge op herpå, f.eks. i form af etablering af nye typer tilbud målrettet nye typer behov. I dag har den enkelte kommune meget få incitamenter til at udvikle og etablere nye tilbud på områder, hvor kommunen kun har få brugere. Problemstillingen øges jo højere specialiseringsniveau den konkrete opgave repræsenterer, for i takt med, at størrelsen af det bæredygtige befolkningsunderlag stiger, så falder den enkelte kommunes incitament til at påtage sig opgaven.

Der er i socialektoren såvel som i alle andre offentlige sektorer behov for incitamenter til, at opgaverne løses på lavest mulige omkostningsniveau eller slet og ret, bedst og billigst. Derfor bør det regionale bloktilskud suppleres med et forbrugsafhængigt kommunalt bidrag, der kan stimulere kommunerne til at prioritere forebyggelse og opfølgning på højt specialiserede indsatser.

Et forbrugsafhængigt bidrag vil skabe incitament i kommunerne til at have fokus på egne kompetencer, muligheder og forpligtelser og samlet set modvirke, at mindre specialiserede behov "eksporteres" til regionens højt specialiserede tilbud.

En finansieringsmodel baseret på en regional basisbevilling over bloktilskuddet suppleret med en forbrugsafhængig kommunal takst vil, sammenlignet med fuld kommunal takstfinansiering, være væsentligt enklere at administrere, fordi alle borgere til samme type tilbud koster kommunen det samme. Afregning mellem kommunen og region kan derfor alene baseres på viden om antal borgere og foranstaltningstype.

**DANSKE
REGIONER**



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 30

Emne: Beretning fra rigsrevisionen om mål, resultater og opfølgning på
kræftbehandlingen

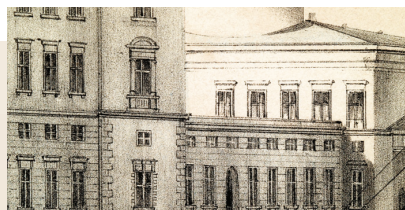
2 bilag

5/2011

STATSREVISORERNE



Beretning om
mål, resultater og opfølgning på
kræftbehandlingen



Beretning om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2012

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Ministerens for sundhed og forebyggelse afgiver en redegørelse til beretningen. Ministerens kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske ultimo august 2012.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2011, som afgives i april 2013.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk

ISSN 0108-3902
ISBN 978-87-7434-372-1

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM MÅL, RESULTATER OG OPFØLGNING PÅ KRÆFTBEHANDLINGEN

Der er i de senere år iværksat en række initiativer til forbedring af kræftbehandlingen i Danmark. Der er bl.a. iværksat 3 kræftplaner og pakkeforløb for kræftpatienter, og kræftområdet er i perioden 2007-2010 tilført øgede bevillinger på ca. 6,8 mia. kr.

Statsrevisorerne kritiserer, at Sundhedsministeriet og regionerne ikke har etableret et fyldestgørende grundlag for at vurdere, om de mange initiativer og de tilførte bevillinger reelt har resulteret i en bedre kræftbehandling, herunder kortere ventetid på behandling og stigende overlevelse blandt kræftpatienter.

Et sådant grundlag er vigtigt for den politiske og ledelsesmæssige prioritering af sundhedsvæsenets fortsatte indsats for at styrke kræftbehandlingen.

Beretningen viser bl.a.:

- Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for, hvilke resultater regionerne skal opnå for bevillingerne på kræftområdet, og ministeriet har heller ikke opstillet mål for kvaliteten i kræftbehandlingen eller patienternes overlevelse.
- Sundhedsministeriet har derimod opstillet mål for kræftpatienters maksimale ventetid og mål for forløbstider for patienter i pakkeforløb, men ministeriet har ikke etableret en overvågning af, om målene overholdes. Statsrevisorerne konstaterer, at Sundhedsministeriet nu vil overvåge de maksimale ventetider og forløbstiderne, men bemærker, at overvågningen burde have været etableret for længst.
- Det har alene været muligt at vurdere, om der er sket en forbedring i kvaliteten af behandlingen på 1 ud af de 3 kræftformer, der er undersøgt i beretningen. Regionerne har således sikret en bedre behandling af lungekræft, hvor tiden fra henvisning til behandling er blevet kortere. Regionerne lever dog ikke op til målet om, at 85 % af lungekræftpatienterne skal være behandlet inden for 42 dage, og der er regionale forskelle på, hvor hurtigt patienterne bliver behandlet.
- Kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark kan forbedres. Sammenlignet med 5 andre lande har danske patienter med lungekræft, kræft i æggestokkene eller tyktarms- og endetarmskræft den dårligste overlevelse. Der ses dog en positiv udvikling, idet flere patienter end tidligere overlever det første år efter, at diagnosen er stillet.

Statsrevisorerne,
den 18. januar 2012

*Peder Larsen
Henrik Thorup^{*)}
Helge Adam Møller
Kristian Jensen
Mogens Jensen
Klaus Frandsen*

^{*)} Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.



Beretning til Statsrevisorerne om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006 og lov nr. 1272 af 21. december 2011. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	5
	A. Baggrund	5
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	7
III.	Økonomisk prioritering af kræftområdet.....	10
IV.	Mål og resultater af kræftbehandlingen	13
	A. Kvaliteten af kræftbehandlingen	13
	B. Kræftpatienters ventetid.....	16
	C. Kræftpatienters overlevelse	20
V.	Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning	23
	A. Sundhedsministeriets opfølgning.....	23
	B. Regionernes opfølgning.....	28
	Bilag 1. Ordliste.....	31

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007
Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010
Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011
Astrid Krag: oktober 2011 -

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om økonomi, mål, resultater og opfølgning på kræftområdet. Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses (herefter Sundhedsministeriet) opgave at fastsætte de overordnede rammer for sundhedsvæsenet, herunder kræftbehandlingen, mens regionerne har ansvaret for driften.

2. Baggrunden for undersøgelsen er, at kræftområdet igennem en årrække har været højt politisk prioriteret og bl.a. har fået tilført betydelige økonomiske midler. Der er samtidig gennem de senere år taget en række initiativer til at forbedre kræftbehandlingen.

3. Kræft er i dag den hyppigste dødsårsag i Danmark, og årligt dør mere end 15.000 personer af kræft.

I 2010 blev der konstateret ca. 36.000 nye kræfttilfælde i Danmark. Antallet er stigende år for år, bl.a. fordi befolkningens gennemsnitsalder stiger, og med alderen stiger også risikoen for at få kræft. Ved udgangen af 2010 levede ca. 235.000 danskere med kræft. Tallet omfatter både personer, som var i behandling eller gik til kontrol, og personer, som var erklæret raske.

4. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundhedsministeriet har opstillet mål for kræftbehandlingen, og om ministeriet og regionerne følger resultaterne af kræftbehandlingen. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- I hvilket omfang er der afsat midler til kræftområdet, og har Sundhedsministeriet knyttet betingelser til og fastsat resultatmål for bevillingerne?
- Har Sundhedsministeriet opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse, og er der sket en forbedring på disse 3 områder?
- Følger Sundhedsministeriet og regionerne kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse?

5. Undersøgelsen omfatter Sundhedsministeriet og de 5 regioner og er afgrænset til perioden 2007-2010. I undersøgelsen indgår i nogle tilfælde også data fra tidligere år for at vise udviklingen over flere år. Som led i undersøgelsen er der udvalgt 3 kræftsygdomme: lungekræft, tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Undersøgelsen er igangsat på baggrund af Statsrevisorernes ønske om en opfølgning på beretningen om sammenhængende patientforløb. Denne beretning supplerer den tidligere beretning ved at undersøge et sygdomsområde, hvor der i særlig grad er taget initiativer til sammenhængende patientforløb på sygehusene.

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Kræft er i dag den hyppigste dødsårsag i Danmark, og årligt dør mere end 15.000 personer af kræft. Rigsrevisionen har med udgangspunkt i 3 konkrete kræftsygdomme undersøgt økonomi, mål, resultater og opfølgning på kræftområdet.

Det er Sundhedsministeriets opgave at fastsætte de overordnede rammer for sundhedsvæsenet, herunder kræftbehandlingen, mens regionerne har ansvaret for driften.

Der er i de senere år iværksat en række initiativer på kræftområdet, bl.a. 3 kræftplaner, og indført pakkeforløb, der skal sikre, at patienterne får så optimale forløb som muligt og undgår unødigt ventetid. Regionerne har i perioden 2007-2010 fået tilført ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten. Sundhedsministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne forventes at opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.

De maksimale ventetider

Sundhedsministeriet har med de maksimale ventetider opstillet mål for kræftpatienters ventetid til forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Statsrevisorerne bemærkede til beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling, at de fandt det utilfredsstillende, at Sundhedsministeriet ikke via sygehusejerne havde sikret sig kendskab til, om de patientrettigheder, der var fastsat i ordningen, var tilgodeset.

Sundhedsministeren gav i sin redegørelse til beretningen udtryk for, at det i alle nye lovforslag, hvor der etableres nye procedureregler – og i særdeleshed nye rettigheder for borgerne – angives, hvilken overvågning der eventuelt bliver tale om.

Sundhedsministeren gav således på daværende tidspunkt ikke tilsagn om, at der skulle etableres en overvågning af de maksimale ventetider. En sådan overvågning er stadig ikke etableret. Efter Rigsrevisionens vurdering er der fortsat behov for at overvåge de maksimale ventetider, så der kan reageres, hvis ventetiderne ikke overholdes. Rigsrevisionen finder det positivt, at Sundhedsministeriet nu vil tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Forløbstider i pakkeforløb

Sundhedsministeriet har for patienter i pakkeforløb opstillet forløbstider, som fastsætter, hvor meget tid der er afsat til patientens udrednings- og behandlingsforløb. Sundhedsministeren anførte i sin redegørelse til beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling i april 2008, at ministeriet ville sikre en mere detaljeret overvågning af pakkeforløbene.

Undersøgelsen har vist, at Sundhedsministeriet ikke har etableret en detaljeret overvågning, og det er derfor ikke muligt at vurdere, om forløbstiderne i pakkeforløbene overholdes. Ministeriet har oplyst, at ministeriet nu vil sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Rigsrevisionen finder det særdeles utilfredsstillende, at Sundhedsministeriet ikke som oplyst har etableret en detaljeret overvågning.

Kvaliteten af behandlingen og patienternes overlevelse

Sundhedsministeriet har ikke opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen eller patienternes overlevelse. Ministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen i de kliniske databaser. Regionerne følger ikke i alle tilfælde tilfredsstillende op på resultaterne fra de kliniske databaser.

Sammenfatning

Rigsrevisionen anerkender, at der på alle niveauer i sundhedsvæsenet arbejdes på at styrke kræftbehandlingen. Sundhedsministeriet bør dog i højere grad stille krav til regionerne om konkrete resultater på kræftområdet. Klare mål og en løbende opfølgning kan skabe mere ledelsesmæssig opmærksomhed på området og gøre det muligt at vurdere, om de tilførte midler og de mange initiativer reelt fører til en bedre kvalitet i behandlingen, kortere tid fra henvisning til behandling og stigende overlevelse.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende:

I hvilket omfang er der afsat midler til kræftområdet, og har Sundhedsministeriet knyttet betingelser til og fastsat resultatmål for bevillingerne?

Staten har i perioden 2007-2010 tilført regionerne ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten. Hovedparten af bevillingerne er ikke øremærket konkrete tiltag, og Sundhedsministeriet opstiller ikke betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. Regionerne prioriterer selv, hvordan de tildelte midler anvendes på sundhedsområdet i den enkelte region.

Sundhedsministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne forventes at opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.

Har Sundhedsministeriet opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse, og er der sket en forbedring på disse 3 områder?

Sundhedsministeriet har ikke opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen eller for kræftpatienters overlevelse. Ministeriet har med de maksimale ventetider opstillet mål for, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Ministeriet har også for patienter i pakkeforløb fastsat mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling.

Regionerne har sikret en højere kvalitet i behandlingen af lungekræft. Der er således en større andel af lungekræftpatienterne, som får den kvalitet i behandlingen, der er fastsat som mål i den kliniske database. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en forbedring i opfyldelsen af kvalitetsmålene for tyktarms- og endetarmskræft og kræft i ægestokkene.

Regionerne har ikke nået målsætningen om, at 85 % af alle lungekræftpatienter skal være behandlet inden for 42 kalenderdage. Der er dog sket en forbedring af tiden fra henvisning til behandling for lungekræftpatienter, idet en stigende andel af patienterne starter behandling inden for det fastsatte mål. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en tilsvarende forbedring for patienter med tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Der var i perioden 1998-2009 en stigende andel af patienterne, der overlevede det første år efter, at kræftdiagnosen var stillet. Danmark er for de 3 kræftsygdomme placeret blandt de lande, som har den dårligste overlevelse i gruppen af lande, der sammenlignes med. Det gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen.

Følger Sundhedsministeriet og regionerne kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse?

Udviklingen på kræftområdet følges af Sundhedsministeriet og regionerne i regi af bl.a. Kræftstyregruppen og Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Kvaliteten af kræftbehandlingen kan følges i de kliniske databaser. Sundhedsministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen i de kliniske databaser. Regionerne følger ikke i alle tilfælde tilfredsstillende op på resultaterne fra de kliniske databaser.

Sundhedsministeriet kan fortsat ikke følge, om de maksimale ventetider er overholdt, da overvågningen er baseret på sygehusenes skøn. Ministeriet vil imidlertid tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Sundhedsministeriet kan ikke følge forløbstiderne i pakkeforløbene, da ministeriet ikke har etableret en detaljeret overvågning. Ministeriet vil nu sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Sundhedsministeriet følger udviklingen i tiden fra henvisning til behandling på 11 kræftområder, som dækker de hyppigste kræftsygdomme. Regionerne følger patienternes forløbstider på baggrund af sygehusenes skøn.

Sundhedsministeriet følger kræftpatienters overlevelse for 8 kræftsygdomme og følger endvidere overlevelsen gennem forskellige internationale sammenligninger. Flere regioner oplyser, at de løbende analyserer på overlevelsen og følger denne via de kliniske databaser.

II. Indledning

A. Baggrund

6. Denne beretning handler om økonomi, mål, resultater og opfølgning på kræftområdet.

Kræft er i dag den hyppigste dødsårsag i befolkningen, og både de menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger ved behandling, pleje, rehabilitering og palliation af kræftpatienter er betydelige. Samtidig viser internationale undersøgelser, at danske kræftpatienters overlevelse er lav sammenlignet med andre lande.

7. Der er de senere år gennemført en række initiativer til at forbedre kræftbehandlingen i Danmark, herunder iværksat Kræftplan I, II og III samt indført pakkeforløb for kræftpatienter.

Kræftplan I, II og III

8. De 3 kræftplaner har bl.a. fokus på at forebygge kræft, skabe sammenhængende udrednings- og behandlingsforløb for patienterne, reducere ventetid til udredning og behandling, øge kapaciteten på sygehusene og uddanne det sundhedsfaglige personale, jf. boks 1.

BOKS 1. KRÆFTPLAN I, II OG III

2000: Kræftplan I handler om at udbygge sundhedsvæsenets indsats mod kræftsygdomme og fokuserer primært på strålebehandling, øget kapacitet til skanning og uddannelse af personale.

2005: Kræftplan II har anbefalinger for hele kræftområdet med særligt fokus på at forebygge rygning, organisere patientforløbene bedre og styrke kræftkirurgien.

2007: Sundhedsstyrelsen gennemfører en opfølgning på Kræftplan II på baggrund af bidrag fra regionerne og de faglige aktører på området.

2010: Kræftplan III har fokus på tidlig opsporing, hurtig diagnostik, forebyggelse, rehabilitering og palliation og indeholder en række forskellige initiativer, som træder i kraft, når de er færdigudviklet og klar til implementering.

Rehabilitering tager hånd om de fysiske og psykiske problemer, som kræftpatienter har i relation til et behandlingsforløb – både før og efter behandlingsforløbet. Formålet er, at patienterne opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Palliation er at lindre lidelse hos personer med en livstruende sygdom.

Udredning er et undersøgelsesforløb, der har til formål at stille en diagnose, beskrive sygdommens omfang og på den baggrund tilbyde en specifik behandling.

Pakkeforløb

9. I oktober 2007 indgik regeringen og Danske Regioner "Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter". Aftalen betød, at der skulle etableres pakkeforløb for kræftpatienter, ligesom kræftpatienternes behandlingsforløb løbende skulle følges. Formålet med pakkeforløbene var at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling for derigennem at forbedre patienternes overlevelse og livskvalitet.

Et pakkeforløb beskriver de undersøgelser og behandlinger, som en standardpatient skal modtage, fra der opstår begrundet mistanke om kræft til behandling og efterbehandling. Pakkeforløbene baseres på de senest opdaterede kliniske retningslinjer. Pakkeforløbene er sygdomsspecifikke og varierer således for de forskellige kræftsygdomme.

Pakkeforløbene hviler på nationale kliniske retningslinjer, som har til formål at understøtte en ensartet behandling på tværs af landet.

Pakkeforløbene fastsætter også den tid, som er afsat til standardpatientens forløb, fx booke undersøgelser, afholde samtale med patienten og undersøge patienten. Disse kaldes fagligt begrundede forløbstider.

De første pakkeforløb blev introduceret i 2008, og der er på nuværende tidspunkt udarbejdet og implementeret 35 pakkeforløb. Som led i Kræftplan III implementeres nu et pakkeforløb for patienter med uklare symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, og der er netop gennemført en revision af de sygdomsspecifikke pakkeforløb. Ansvar for at implementere pakkeforløbene påhviler regionerne, som skal tilrettelægge, hvordan pakkeforløbene konkret skal organiseres.

Øget aktivitet på kræftområdet

10. Sundhedsstyrelsen opgør, hvor mange nydiagnosticerede patienter inden for 11 store kræftområder der behandles for kræft på sygehusene, jf. boks 2. Ifølge Sundhedsstyrelsen er antallet steget fra 22.800 patienter i 2007 til 24.929 patienter i 2010. Det svarer til en stigning på ca. 9 %.

Nydiagnosticerede patienter er patienter, som for første gang får konstateret den pågældende kræftsygdom.

BOKS 2. ANTALLET AF PATIENTER, DER BEHANDLES FOR KRÆFT

Sundhedsstyrelsens opgørelse over antallet af nydiagnosticerede patienter, der behandles for kræft, omfatter ikke alle patienter, som undersøges eller behandles for kræft. Sygehusene behandler også patienter, hvor kræften er vendt tilbage – og der behandles således flere patienter inden for de 11 kræftområder, end det fremgår af pkt. 10. Samtidig omfatter Sundhedsstyrelsens opgørelse kun patienter, som får diagnosen kræft. De patienter, som undersøges for kræft, men som får en anden diagnose eller findes raske, indgår ikke.

Pakkeforløbene har ifølge regionerne forøget antallet af patienter, der undersøges for kræft, og medført et yderligere pres på kapaciteten, som ikke afspejles i Sundhedsstyrelsens opgørelse.

Endelig indgår de patienter, som får konstateret kræft, men hvor der ikke er registreret en relevant kræftbehandling – heller ikke i Sundhedsstyrelsens opgørelse. Det er fx patienter, som har modtaget anden medicinsk behandling (fx palliativ behandling), hvor det ikke har været relevant at behandle patienten, eller hvor patienten ikke har ønsket at modtage behandling.

Cancerregisterets formål er at indsamle og bearbejde data om nye kræfttilfælde, så der kan forskes i kræftsygdomme og udarbejdes statistik om sygdommene og deres udbredelse.

Cancerregisteret blev oprettet i 1942.

11. Tal fra Sundhedsministeriet viser også, at en større andel af den samlede økonomi i sygehusvæsenet anvendes på kræftbehandlingen end tidligere. Kræftbehandlingens andel af den samlede økonomi er således steget fra ca. 23 % i 2007 til ca. 25 % i 2010. I samme periode er behandlingen af den enkelte kræftpatient blevet dyrere, hvilket fx kan skyldes en mere kompliceret og teknologitung behandling.

Tidligere beretninger på kræftområdet

12. Rigsrevisionen har tidligere afgivet 2 beretninger til Statsrevisorerne på kræftområdet: beretning om Cancerregisteret og beretning om maksimale ventetider på kræftbehandling. I sidstnævnte undersøgte Rigsrevisionen bl.a., i hvilket omfang det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium overvågede ordningen om de maksimale ventetider. De maksimale ventetider angiver, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

13. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundhedsministeriet har opstillet mål for kræftbehandlingen, og om ministeriet og regionerne følger resultaterne af kræftbehandlingen. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- I hvilket omfang er der afsat midler til kræftområdet, og har Sundhedsministeriet knyttet betingelser til og fastsat resultatmål for bevillingerne?
- Har Sundhedsministeriet opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse, og er der sket en forbedring på disse 3 områder?
- Følger Sundhedsministeriet og regionerne kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse?

Første del af undersøgelsen handler om, hvor mange midler der i de senere år er afsat til kræftområdet, og hvilke betingelser og mål Sundhedsministeriet har knyttet til regionernes anvendelse af midlerne.

Anden del af undersøgelsen handler om, hvilke mål Sundhedsministeriet har opstillet på kræftområdet, og hvordan det de senere år er gået med kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse.

Tredje del af undersøgelsen handler om Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning på kræftområdet, herunder hvordan opfølgningen er organiseret, og hvilket datagrundlag der indgår i ministeriets og regionernes opfølgning.

Afgrænsning

14. Der findes over 200 forskellige kræftsygdomme. For mænd er de hyppigste kræftsygdomme prostatakræft, lungekræft, tyktarmskræft og blærekræft. For kvinder er de hyppigste kræftsygdomme brystkræft, lungekræft, tyktarmskræft og modermærkekræft.

15. Vi inddrager 3 kræftsygdomme i undersøgelsen: lungekræft, tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene, jf. boks 3. De 3 kræftsygdomme er udvalgt efter drøftelse med Sundhedsministeriet og Kræftens Bekæmpelse.

BOKS 3. FAKTA OM UNDERSØGELSENS 3 KRÆFTSYGDOMME

Lungekræft

I 2010 blev der behandlet ca. 3.300 patienter med nydiagnosticeret lungekræft. Det er en stigning sammenlignet med 2007, hvor ca. 3.000 nydiagnosticerede patienter blev behandlet. Lungekræft behandles ved operation, kemo- og strålebehandling eller anden form for medicinsk behandling. Ca. 3.600 patienter dør hvert år af lungekræft.

Tyktarms- og endetarmskræft

I 2010 blev der behandlet ca. 3.800 patienter med nydiagnosticeret kræft i tyktarm og endetarm. Dette er en lille stigning sammenlignet med 2007, hvor ca. 3.700 nydiagnosticerede patienter blev behandlet. Tyktarms- og endetarmskræft behandles primært ved operation. Ca. 2.000 patienter dør hvert år af tyktarms- og endetarmskræft.

Kræft i æggestokkene

I 2010 blev der behandlet ca. 500 patienter med nydiagnosticeret kræft i æggestokkene. Antallet af behandlede patienter med kræft i æggestokkene er uændret i forhold til 2007. Ca. 390 kvinder dør hvert år af kræft i æggestokkene.

16. De 3 kræftsygdomme er udvalgt ud fra forskellige parametre, herunder hvor mange der har sygdommen, andelen af patienter, der overlever, og om sygdommen udvikler sig hurtigt eller langsomt. Patienter med de 3 kræftsygdomme udgør ca. 30 % af alle nydiagnosticerede kræftpatienter i Danmark. Vi har valgt at fokusere på 3 kræftsygdomme for at kunne gennemføre en mere detaljeret undersøgelse, end det ville være muligt med en gennemgang af den samlede kræftbehandling.

Det har endvidere indgået i overvejelserne, om der har været en klinisk kvalitetsdatabase (herefter klinisk database) for de udvalgte kræftsygdomme, da data fra disse databaser indgår i undersøgelsen.

I en klinisk database registrerer lægerne oplysninger om en gruppe af patienter med en bestemt sygdom, fx lungekræft. Formålet med databaserne er at bidrage til forskning og til at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater. Det er de udredende og behandlende afdelinger, der registrerer i de kliniske databaser. Der registreres både oplysninger om patientens sygdom, behandling og organisationen på afdelingen, fx tiden fra henvisning til behandling.

17. I beretningen henviser vi til en række målsætninger for kræftbehandlingens kvalitet og for patienternes ventetid til behandling, men vi undersøger alene, om behandlingen lever op til de fastsatte målsætninger, og ikke, om målsætningerne er de rigtige, eller om nogle målsætninger er mere væsentlige end andre.

18. Undersøgelsen er afgrænset til perioden 2007-2010, da regionerne i denne periode har haft ansvaret for driften af sundhedsvæsenet, herunder kræftbehandling. I nogle tilfælde indgår dog også data fra tidligere år for at vise udviklingen over flere år.

Metode

19. Vi har som led i undersøgelsen afholdt møder med Sundhedsministeriet og regionerne om kræftområdet. Herudover har vi gennemført interviews med ledelse og klinikere på et sygehus i hver region: Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Roskilde Sygehus og Herlev Hospital.

Vi har desuden haft møder med forskere på kræftområdet, Kræftens Bekæmpelse og Danske Regioner. Data fra de kliniske databaser er drøftet med relevante klinikere.

20. I undersøgelsen indgår materiale fra Sundhedsministeriet, regionerne og sygehusene. Undersøgelsen er baseret på økonomiske redegørelser, aktivitetsoversigter fra ministeriet og data for patienternes overlevelse og tiden, fra henvisningen er modtaget på sygehuset til første behandling (benævnes herefter tiden fra henvisning til behandling).

Endvidere indgår de seneste årsrapporter fra de 3 kliniske databaser: Dansk Lunge Cancer Register, Landsdækkende database for kræft i tyktarm og endetarm og Dansk Gynækologisk Cancer Database. Endelig indgår årsrapporten om lungekræft fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), jf. boks 4.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) blev etableret i 1999, bl.a. i samarbejde med de daværende amter, det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium og Sundhedsstyrelsen.

NIP er nedlagt med udgangen af 2011, og de 8 NIP-databaser skal fremover være en del af regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram og indgå på lige fod med de andre landsdækkende kliniske databaser.

BOKS 4. KLINISKE DATABASER OG NIP

Der findes en række landsdækkende kliniske databaser, der hver især indeholder oplysninger om en gruppe af patienter med en bestemt sygdom, jf. pkt. 16.

De landsdækkende kliniske databaser er oprettet inden for mange forskellige specialer, herunder kræftområdet, hvor der findes 24 kliniske databaser. Data fra 3 af disse databaser for kræft indgår i Rigsrevisionens undersøgelse. Det er Dansk Lunge Cancer Register, Landsdækkende database for kræft i tyktarm og endetarm og Dansk Gynækologisk Cancer Database.

8 af de landsdækkende kliniske databaser er tilknyttet NIP. Dette gælder bl.a. for den kliniske database for lungekræft. NIP er et kvalitetsudviklingsprojekt, hvis formål er at udvikle og implementere indikatorer og standarder for sundhedsvæsenets arbejde, så den sundhedsfaglige kvalitet kan vurderes. NIP er et samarbejdsprojekt mellem regionerne, Danske Regioner, Dansk Medicinsk Selskab og andre interessefællesskaber, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

21. Beretningen har i udkast været forelagt Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

22. Bilag 1 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

III. Økonomisk prioritering af kræftområdet

Tilskuds- og lånepuljer

Tilskudspuljer giver regionerne mulighed for at søge om tilskud til forskellige projekter, fx kræftforskning og screeningsprogrammer.

Lånepuljer giver regionerne adgang til at optage formålsbestemte lån. Finansieringsomkostningerne ved lånet ligger ud over lånepuljen. Der er bl.a. afsat lånepuljer til udstyr, herunder skannere og strålekanoner, i finanslovsaftaler, Kræftplan II og i forbindelse med økonomiaftalerne for 2008 og 2009.

Bloktilskudsnøglen

Sundhedsministeriet fastsætter de enkelte regions andel af bloktilskuddet, som regionerne herefter kan lægge til grund for deres budgetlægning.

Staten har i perioden 2007-2010 tilført regionerne ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten. Hovedparten af bevillingerne er ikke øremærket konkrete tiltag, og Sundhedsministeriet opstiller ikke betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. Regionerne prioriterer selv, hvordan de tildelte midler anvendes på sundhedsområdet i den enkelte region.

Sundhedsministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne forventes at opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.

23. Rigsrevisionens undersøgelse af den økonomiske prioritering af kræftområdet har vist følgende:

- Opgørelser fra Sundhedsministeriet viser, at der bl.a. i finanslovsaftaler og økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner er afsat ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger i perioden 2007-2010, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten.
- Sundhedsministeriet opstiller ikke betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. De bevilgede midler indgår som en del af regionernes samlede økonomiske ramme for sundhedsområdet. Bevillinger, som regionerne har adgang til via tilskudspuljer eller lånepuljer, er dog målrettet specifikke formål. Ministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne skal opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.
- Regionerne og sygehusene oplyser, at de har anvendt de tildelte midler til kræftområdet. Herudover har regionerne udnyttet statslige lånepuljer til indkøb af udstyr til kræftbehandlingen. Nogle sygehuse oplyser desuden, at de har omprioriteret budget- og kapacitetsmæssigt til fordel for kræftbehandlingen.

24. Regionerne indgår én samlet årlig aftale om den økonomiske ramme for sundhedsområdet med regeringen. Økonomiaftalen indgås for regionerne under ét og er den samlede ramme for regionernes budgetlægning, der fordeles mellem regionerne efter bloktilskudsnøglen. Den enkelte region har ansvaret for at fordele tilskuddet til regionens forskellige opgaver på sundhedsområdet, herunder sygehusene og praksissektoren.

Regionerne har ansvaret for sygehusenes drift og fastsætter de økonomiske rammer for sygehusene. Det sker bl.a. i aftaler mellem regionen og det enkelte sygehus, hvor sygehusets økonomiske ramme knyttes til forskellige mål for sygehusets drift. Det enkelte sygehus har ansvaret for, at patienterne behandles i overensstemmelse med lovgivningen, og at sygehuset overholder budgetterne.

25. Rigsrevisionens undersøgelse af den økonomiske prioritering af kræftområdet tager udgangspunkt i en opgørelse fra Sundhedsministeriet, der viser "kræftrelaterede" midler i perioden 2007-2010 fordelt på økonomiaftaler, finanslovsaftaler, Kræftplan II, meraktivitetspulje til strålebehandling og aftale om implementering af pakkeforløb.

Ministeriets opgørelse viser, at der i perioden 2007-2010 er bevilget ca. 6,8 mia. kr., hvor kræftområdet er nævnt som et af formålene i aftaleteksten. Hertil kommer lånepuljer til kræftområdet og midler til sygehusmedicin, herunder til kræftbehandlingen.

26. Sundhedsministeriet har ikke opstillet betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. Regionerne kan således selv prioritere, hvordan de anvender midlerne. Ministeriet har oplyst, at det påhviler regionerne at udmønte de økonomiske midler på sygehusområdet, og ministeriet følger derfor ikke direkte, hvordan midlerne anvendes. Det gælder dog for enkelte større bevillinger, som regionerne har adgang til via tilskudspuljer eller lånepuljer, at disse er målrettet specifikke formål, fx øget strålekapacitet. Regionerne er således forpligtet til at anvende disse midler til det anførte formål.

Ministeriet opstiller ikke resultatmål for bevillingerne. Ministeriet og regionerne indgår således ingen aftaler om, hvilke resultater regionerne skal opnå på baggrund af de tildelte midler.

Ministeriet fremhæver, at der i forbindelse med Kræftplan III er udarbejdet en fælles udmøntningsplan, som tæt skal følge implementeringen af initiativerne i kræftplanen.

27. Vi har udvalgt 3 bevillinger fra Sundhedsministeriets opgørelse for at undersøge, hvordan de er anvendt i regionerne. Bevillingerne er udvalgt ud fra deres økonomiske væsentlighed, ligesom 2 af bevillingerne direkte henviser til pakkeforløbene i deres formålsbeskrivelse. Bevillingerne er fordelt mellem regionerne efter bloktilskudsnøglen.

Regionerne har som et varigt løft fra 2003 og frem fået bevilget 511 mio. kr. til "styrkelse af sygehuse, især understøttelse af indsatsen på kræftområdet". Regionerne har oplyst, at det ikke er muligt at dokumentere, hvor stor en andel af de 511 mio. kr. der er brugt på kræftområdet. Det skyldes, at midlerne er tildelt i 2003 til de daværende amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab, og at regionerne har overtaget bevillingen som en del af det almindelige bloktilskud. Regionerne har oplyst, at de løbende har prioriteret midlerne i den almindelige budgetproces, og at midlerne er indgået som en integreret del af de eksisterende driftsrammer.

I aftalen om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter fra 12. oktober 2007 blev der bevilget 225 mio. kr. som engangsbevilling i 2007. Midlerne blev afsat til midlertidig øget aktivitet og til at forbedre arbejdsgangene på kræftområdet. Regionerne har oplyst, at de bl.a. har anvendt midlerne til nyt apparatur, der har bidraget til større fleksibilitet i planlægningen og mere effektive patientforløb på kræftområdet. Regionerne har videre oplyst, at indkøb af apparatur til kræftbehandlingen også styrker diagnostikken på en række andre sygdomsområder, idet apparaturet også kan anvendes til andre patientgrupper.

I økonomiaftalen for 2009 mellem regeringen og Danske Regioner blev det aftalt, at regionernes bloktilskud varigt skulle løftes med 175 mio. kr. fra 2008 og frem med henblik på at færdigimplementere pakkeforløbene. Regionerne har oplyst, at midlerne bl.a. er anvendt til nyt kræftapparatur, til at implementere pakkeforløb på sygehusene, uddanne personale og ansætte forløbskoordinatorer.

28. Indkøb af nyt apparatur har ifølge regionerne været en væsentlig forudsætning for at kunne efterkomme målsætningen om akut handling. Der er derfor indkøbt apparatur gennem de nationale lånepuljer til kræftapparatur.

Forløbskoordinatorer

Det er obligatorisk for sygehuse, der behandler kræftpatienter, at have en forløbskoordinatorfunktion.

Forløbskoordinatorfunktionen skal forhindre unødigt ventetid og dårlig information, når patienterne skifter mellem afdelinger og sygehuse.

Medicoteknisk udstyr er fx overvågnings- og laboratorieudstyr. Udstyret kan også bruges til andre patientgrupper end kræftpatienter.

Der blev i økonomiaftalerne for 2007 og 2008 afsat en generel lånepulje på henholdsvis 800 mio. kr. og 900 mio. kr. til medicoteknisk udstyr. I 2007 og 2008 blev der endvidere afsat lånepuljer på henholdsvis 200 mio. kr. og 850 mio. kr. specifikt til indkøb af kræftapparatur. Lånepuljerne giver regionerne mulighed for at optage lån til formålsbestemte indkøb.

Regionerne har oplyst, at de næsten fuldt ud har udnyttet lånerammerne til både medicoteknisk udstyr og til kræftapparatur. Således er der i alt lånt 783 mio. kr. i 2007 og 888 mio. kr. i 2008 til medicoteknisk udstyr, mens der er lånt 169 mio. kr. i 2007 og 850 mio. kr. i 2008 til kræftapparatur. Regionerne har således i vid udstrækning udnyttet mulighederne for at investere i nyt udstyr til kræftbehandlingen. Investeringerne har bl.a. udvidet kapaciteten til strålebehandling.

29. Flere regioner har oplyst, at de via interne omprioriteringer har finansieret de øgede omkostninger forbundet med at implementere bl.a. pakkeforløb. Omprioriteringerne har bl.a. medført, at behandling af kræftpatienter i nogle tilfælde er blevet prioriteret frem for behandling af patienter med godartede sygdomme. Som konsekvens heraf har regionerne i flere tilfælde udbudt behandling af patienter med godartede sygdomme til private sygehuse for at sikre kapacitet til kræftbehandlingen.

Regionerne har videre oplyst, at de interne omprioriteringer har betydet længere ventetider på andre områder. Opbygningen af tilstrækkelig kapacitet inden for kræftbehandlingen har ifølge regionerne betydet, at patienter med andre ikke-akutte sygdomme har oplevet længere ventetider på behandling.

IV. Mål og resultater af kræftbehandlingen

Sundhedsministeriet har ikke opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen eller for kræftpatienters overlevelse. Ministeriet har med de maksimale ventetider opstillet mål for, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Ministeriet har også for patienter i pakkeforløb fastsat mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling.

Regionerne har sikret en højere kvalitet i behandlingen af lungekræft. Der er således en større andel af lungekræftpatienterne, som får den kvalitet i behandlingen, der er fastsat som mål i den kliniske database. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en forbedring i opfyldelsen af kvalitetsmålene for tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Regionerne har ikke nået målsætningen om, at 85 % af alle lungekræftpatienter skal være behandlet inden for 42 kalenderdage. Der er dog sket en forbedring af tiden fra henvisning til behandling for lungekræftpatienter, idet en stigende andel af patienterne starter behandling inden for det fastsatte mål. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en tilsvarende forbedring for patienter med tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Der var i perioden 1998-2009 en stigende andel af patienterne, der overlevede det første år efter, at kræftdiagnosen var stillet. Danmark er for de 3 kræftsygdomme placeret blandt de lande, som har den dårligste overlevelse i gruppen af lande, der sammenlignes med. Det gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen.

A. Kvaliteten af kræftbehandlingen

30. Rigsrevisionens undersøgelse af kvaliteten af kræftbehandlingen har vist følgende:

- Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kvaliteten af kræftbehandlingen.
- De 3 kliniske databaser i undersøgelsen har ikke et tilstrækkeligt datagrundlag til at vurdere kvaliteten af patienternes kemo- og strålebehandling. Det skyldes, at mange af de læger, som varetager kemo- og strålebehandling, ikke indberetter data til de kliniske databaser. De 3 kliniske databaser i undersøgelsen har opstillet kvalitetsmål for behandling ved operation, men ikke for kemo- og strålebehandling.

- I 2010 blev kvalitetsmålene i den kliniske database for lungekræft opfyldt på landsplan. I 2007 blev ingen af kvalitetsmålene opfyldt. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en tilsvarende udvikling i opfyldelsen af kvalitetsmålene for tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene. Det skyldes, at de kliniske databaser ikke har kunnet levere de nødvendige data.

31. Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kvaliteten af kræftbehandlingen. Rigsrevisionen undersøger derfor kvaliteten af kræftbehandlingen ud fra de mål for behandlingens kvalitet, som er fastsat i de kliniske databaser af sundhedsfaglige repræsentanter for den enkelte kræftsygdom.

Kvalitetsmålene udtrykker god faglig standard for udredning og behandling af patienterne og skal medvirke til at sikre patienterne den bedst mulige behandling, jf. boks 5. De 3 kliniske databaser i undersøgelsen har opstillet kvalitetsmål for behandling ved operation, men ikke for kemo- eller strålebehandling.

BOKS 5. FORMÅLET MED DE KLINISKE DATABASER

Formålet med de kliniske databaser er at bidrage til forskning og til at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater. Databaserne skal medvirke til at:

- overvåge og vurdere, om behandlingsresultaterne lever op til det ønskede
- forbedre behandlingsresultaterne
- synliggøre kvaliteten over for borgerne.

Regionerne har driftsansvaret for de kliniske databaser. Regionerne har, jf. bekendtgørelse nr. 459 af 16. maj 2006 om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske databaser, pligt til at sikre indberetning af oplysninger til de kliniske databaser, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Hovedparten af de kliniske databaser finansieres gennem Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingspulje.

Datagrundlag

32. Det er afgørende, at data for alle relevante patienter indberettes til de kliniske databaser. Har databaserne ikke et tilstrækkeligt datagrundlag, kan det være vanskeligt at vurdere kvaliteten og resultaterne af afdelingernes behandling. For at have et tilstrækkeligt datagrundlag skal databaserne have en patientkomplethed på mindst 90 % og en datakomplethed på mindst 80 %.

Kravene til de kliniske databaser om patient- og datakomplethed følger af bekendtgørelse nr. 459 af 16. maj 2006 om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser og krav fra Danske Regioner.

33. Patientkomplethed betyder, at mindst 90 % af de relevante patienter er indberettet til databasen. Dette krav opfyldes af de 3 databaser i undersøgelsen. Patientkompletheden varierer dog mellem regioner og sygehuse. Det er således ikke alle sygehuse, der opfylder målet om at indberette 90 % af patienterne.

Datakomplethed betyder, at alle oplysninger for hver patient skal indberettes. Målet er, at der i gennemsnit for hver patient skal indberettes mindst 80 % af oplysningerne. Dette opfyldes af de 3 databaser i undersøgelsen.

Datakompletheden for de 3 kliniske databaser opgøres dog uden data fra onkologerne, som er de læger, der varetager kemo- og strålebehandling af patienterne. Mange af onkologerne mangler at indberette til databaserne, og når der tages højde for disse manglende indberetninger, opfylder databaserne ikke målet om, at 80 % af oplysningerne om patienterne skal være indberettet. Den manglende registrering gør det vanskeligt at vurdere kvaliteten af patienternes kemo- og strålebehandling og et eventuelt behov for at forbedre denne del af kræftbehandlingen.

34. Regionerne har oplyst, at onkologerne har haft en særlig udfordring i forhold til at indberette til de kliniske databaser, da onkologerne behandler mange forskellige kræftsygdomme og derfor skal indberette til mange forskellige kliniske databaser for kræft.

35. Der er i 2011 igangsat et pilotprojekt om en national klinisk kræftdatabase, der skal undersøge mulighederne for primært at basere de kliniske databaser på data fra Landspatientregisteret. Ved at genbruge allerede indberettede data fra Landspatientregisteret kan antallet af indberetninger direkte til de kliniske databaser nedbringes, hvilket kan lette indberetningen for bl.a. onkologerne. Pilotprojektet forventes afsluttet og evalueret i 2012. Det skal på den baggrund senere vurderes, om projektet skal udrulles.

Udviklingen i kvaliteten af kræftbehandlingen

36. Rigsrevisionen har som udgangspunkt ønsket at undersøge, om behandlingen af kræftpatienter på landsplan lever op til de kvalitetsmål for lungekræft, tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene, som er fastsat i de 3 kliniske databaser.

For at vurdere, om de fastsatte kvalitetsmål er opfyldt, skal der inddrages såkaldte konfidensintervaller i analysen, ellers kan det ikke vurderes, om kvalitetsmålene statistisk sikkert er opfyldt.

Det er kun Dansk Lunge Cancer Register, som har kunnet levere konfidensintervaller for kvalitetsmålene. De kliniske databaser for kræft i tyktarm og endetarm og for kræft i æggestokkene har ikke kunnet levere konfidensintervaller, hvorfor vi ikke kan vurdere udviklingen i opfyldelsen af kvalitetsmålene.

I afsnittet undersøger vi derfor alene udviklingen i opfyldelsen af kvalitetsmålene for lungekræft. Endvidere inddrager vi kun de kvalitetsmål, der handler om den kliniske kvalitet, og ikke de mål, der handler om patienternes ventetid og patienternes overlevelse.

Lungekræft

37. I den kliniske database for lungekræft er der opstillet 2 kvalitetsmål for behandlingskvaliteten, som skal være opfyldt for en bestemt andel af patienterne. Målsætningen er, at de 2 kvalitetsmål skal være opfyldt for henholdsvis 20 % og 80 % af patienterne, jf. tabel 1.

Landspatientregisteret

Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygeshusvæsen, fx ved undersøgelse eller behandling, registreres en række oplysninger i Landspatientregisteret.

Det er bl.a. oplysninger om sygehus og afdeling, indlæggelses- og udskrivningsdato, diagnoser og operationer.

Konfidensintervaller

Når man i statistisk sammenhæng beregner, fx hvor stor en andel af patienterne der opereres med helbredende sigte, er det vigtigt at tage højde for konfidensintervaller.

Det skyldes, at der altid vil være en usikkerhed om resultatet, da det ikke vides, om de mennesker, der indgår, er repræsentative for alle andre. Der anvendes derfor konfidensintervaller, så der kan foretages en statistisk generalisering om mere, end der er data for.

Tabel 1. Opfyldelse af kvalitetsmål for lungekræft opgjort på landsplan i 2007 og 2010

Kvalitetsmål	2007	2010
Min. 20 % af patienterne kan opereres med helbredende sigte. Dette kræver bl.a., at sygdommen opdages i tide.	15 % af patienterne	22 % af patienterne
For min. 80 % af patienterne bør der være overensstemmelse mellem vurderingen af sygdommens omfang før og efter operation. Ved overensstemmelse har udredningen af patienten været korrekt.	73 % af patienterne	83 % af patienterne

Note: Der er i fortolkningen af tabellens resultater taget højde for konfidensintervaller (95 %), som dog ikke fremgår af tabellen.

Den kliniske database for lungekræft opstiller 19 kvalitetsmål for behandlingen:

- 2 mål handler om den kliniske kvalitet og fremgår af tabel 1.
- 7 mål handler om patienternes overlevelse.
- 10 mål handler om patienternes ventetid.

Sundhedsstyrelsen anvender medianen til at opgøre tiden fra henvisning til behandling.

Medianen egner sig til at opgøre data, hvor der forekommer store udsving, da den ikke påvirkes af, at der for nogle få patienter registreres meget korte eller meget lange forløb.

Tabel 1 viser, at en større andel af patienterne i perioden 2007-2010 har fået den kvalitet i behandlingen, der er fastsat som mål i den kliniske database. Således er andelen af patienter, der kan opereres med helbredende sigte steget fra 15 % i 2007 til 22 % i 2010. Tilsvarende er der en forbedret korrekt udredning af patienterne, idet andelen med korrekt udredning steg fra 73 % i 2007 til 83 % i 2010.

Tabellen viser også, at begge kvalitetsmål blev opfyldt i 2010. Dette var ikke tilfældet i 2007, hvor ingen af de 2 kvalitetsmål blev opfyldt.

B. Kræftpatienters ventetid

38. Rigsrevisionens undersøgelse af kræftpatienters ventetid har vist følgende:

- Sundhedsministeriet har fastsat maksimale ventetider, som angiver, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Ministeriet har også for patienter i pakkeforløb fastsat forløbstider, dvs. mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling.
- Det er ikke muligt at vise, om de maksimale ventetider og forløbstider i pakkeforløb er overholdt. Derimod kan tiden fra henvisning til behandling vises. En stigende andel af lungekræftpatienterne starter behandling inden for 42 kalenderdage fra henvisning. Regionerne har dog ikke nået målsætningen om, at 85 % af alle lungekræftpatienter skal være behandlet inden for de 42 dage.
- For patienter med kræft i tyktarm og endetarm gik der i perioden 2001-2007 gennemsnitligt 25 kalenderdage fra henvisning til behandling. I 2009 gik der 23 kalenderdage. For patienter med kræft i æggestokkene var medianen for tiden fra henvisning til behandling 26 kalenderdage både i 2007 og 2010.

39. Sundhedsministeriet har fastsat 2 forskellige målsætninger for, hvor lang tid kræftpatienters udrednings- og behandlingsforløb må vare – dels de maksimale ventetider, der gælder alle kræftpatienter, dels forløbstider, der gælder kræftpatienter i pakkeforløb.

Ministeriet har med de maksimale ventetider fastlagt, hvor lang tid patienten højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling, jf. pkt. 66.

I pakkeforløbene har Sundhedsstyrelsen på baggrund af faglig rådgivning fastsat mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling. Dette gælder dog kun for patienter i pakkeforløb, dvs. patienter, der kan følge et standardpatientforløb fra start til slut, hvilket langt fra er alle kræftpatienter.

Tiden fra henvisning til behandling

40. Det er ikke muligt at vise udviklingen i de maksimale ventetider og forløbstider i pakkeforløb. Tiden fra henvisning til behandling kan derimod vises for alle kræftpatienter.

Tiden fra henvisning til behandling skal forstås som den tid, der forløber, fra patientens henvisning fra praktiserende læge eller speciallæge er modtaget på sygehuset til første behandling på sygehuset. Denne periode indeholder aktiv tid, hvor patienten udredes og informeres, og behandlingsforløbet planlægges. Perioden kan også indeholde passiv tid, hvor patienten venter, fx hvis andre patienter skal opereres først, eller hvis patienten selv ønsker at vente.

41. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med lungekræft og tyktarms- og endetarmskræft vises med data fra de kliniske databaser. Sundhedsstyrelsen overvåger også tiden fra henvisning til behandling, men ifølge styrelsen afspejler de kliniske databaser mere præcist tiden fra henvisning til behandling, når det gælder lungekræft og tyktarms- og endetarmskræft.

Tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene vises med data fra Sundhedsstyrelsen. Det skyldes, at styrelsens data både omfatter patienter, der opereres, og patienter, der behandles med kemoterapi, mens data fra den kliniske database kun omfatter patienter, der behandles med kemoterapi.

Lungekræft

42. For lungekræftpatienter er der en målsætning om, at første behandling hos mindst 85 % af alle patienter skal starte senest 42 kalenderdage efter, at henvisningen er modtaget på sygehuset. Målsætningen er fastsat i regi af NIP, jf. boks 4. For lungekræftpatienter kan den første behandling enten være operation, kemo- eller strålebehandling.

Operation som første behandling

43. I tabel 2 vises andelen af patienter med lungekræft, der er opereret senest 42 kalenderdage efter, at patientens henvisning er modtaget på sygehuset.

Tabel 2. Andel af patienter med lungekræft, der er opereret senest 42 kalenderdage efter henvisning, fordelt på regioner i perioden 2003-2010 (%)

Region	2003-2007	2008	2009	2010
Nordjylland	44	66	79	85
Midtjylland	21	62	58	54
Syddanmark	54	56	44	51
Sjælland ¹⁾	-	-	-	-
Hovedstaden	26	45	36	52
Hele landet	34	56	50	56

¹⁾ Region Sjælland har i perioden ikke varetaget operation for lungekræft, og patienter fra regionen er derfor sendt til behandling i de andre regioner.

Tabel 2 viser, at andelen af lungekræftpatienter, der på landsplan opereres inden for 42 kalenderdage, er steget fra 34 % i perioden 2003-2007 til 56 % i 2010. Det er således en stigende andel af patienterne, som behandles inden for de 42 dage. Der er dog i 3 af regionerne langt til målsætningen om, at 85 % af alle patienter skal være behandlet inden for de 42 dage. Region Nordjylland opfylder som eneste region målsætningen.

44. Region Hovedstaden har oplyst, at en af årsagerne til regionens andel på 36 % i 2009 er, at de relevante afdelinger gennemgik en række strukturelle omlægninger. Ifølge regionen blev omlægningerne fulgt tæt for at sikre, at driften ikke blev påvirket. Regionen oplyser videre, at den har arbejdet målrettet med at forbedre resultaterne, og at der fortsat er stort fokus på området. Regionen forventer, at data for 2011 vil vise yderligere forbedringer.

Patienter i pakkeforløb er patienter, som kan følge et standardpatientforløb fra start til slut.

En del patienter kan ikke følge et standardpatientforløb. Sundhedsministeriet vurderer, at kun ca. 50 % af alle kræftpatienter indgår i et pakkeforløb fra starten. De øvrige patienter har på dette tidspunkt mere uspecifikke symptomer og kommer derfor først senere ind i pakkeforløbet, fx når der er begrundet mistanke om kræft.

Endvidere følger en del patienter ikke standardpatientforløbet, fordi de fx har andre sygdomme ud over kræft, der også skal tages hensyn til under udredning og behandling.

Kemo- eller strålebehandling som første behandling

45. Tabel 3 viser andelen af patienter med lungekræft, der er i kemo- eller strålebehandling senest 42 kalenderdage efter, at patientens henvisning er modtaget på sygehuset.

Tabel 3. Andel af patienter med lungekræft, der er behandlet med kemo eller stråler senest 42 kalenderdage efter henvisning, fordelt på regioner i perioden 2003-2010 (%)

Region	2003-2007	2008	2009	2010
Nordjylland	37	62	68	67
Midtjylland	35	60	64	56
Syddanmark	62	76	73	77
Sjælland	60	68	68	72
Hovedstaden	43	69	72	72
Hele landet	49	69	70	71

Tabel 3 viser, at andelen af lungekræftpatienter, der på landsplan er i kemo- eller strålebehandling inden for 42 kalenderdage, er stigende fra 49 % i perioden 2003-2007 til 71 % i 2010. Det er således en stigende andel af patienterne, som behandles inden for de 42 dage. Ingen af regionerne opfylder dog målsætningen om, at 85 % af alle patienter skal være behandlet inden for de 42 dage.

46. Regionerne har dog ifølge årsrapporten for 2010 fra Dansk Lunge Cancer Register reduceret tiden fra henvisning til behandling markant for de lungekræftpatienter, der har meget lange forløb. Meget lange forløb er, når patienten oplever mere end 8 uger fra henvisning til enten operation, kemo- eller strålebehandling. Således varede et patientforløb for mere end 40 % af patienterne i perioden 2003-2006 mere end 8 uger. Dette er nu faldet til ca. 10 % af patienterne.

47. Region Syddanmark har oplyst, at regionen fokuserer på at nedbringe tiden fra henvisning til behandling. Bl.a. fremhæver regionen, at udredningen af patienterne i 2011 er samlet på færre enheder. Samtidig arbejder regionen på at indføre videounderstøttede multidisciplinære konferencer mellem de udredende og behandlende afdelinger, hvilket kan medvirke til at strømline forløbene.

Region Midtjylland har oplyst, at regionen i de senere år har arbejdet målrettet på at forkorte tiden frem til lungekræftpatienternes første behandling. Regionen oplyser, at patientforløbene er blevet optimeret, og at der er indført videokonferencer på tværs af sygehuse, hvor patienten med det samme bookes til relevant behandling. Regionen forventer derfor, at flere patienter i 2011 behandles inden for de 42 dage.

Multidisciplinære konferencer

Som led i pakkeforløbene drøftes og fastlægges patienternes behandling på multidisciplinære konferencer, hvor læger fra alle de involverede specialer deltager.

Formålet er bl.a. at koordinere patientens behandlingsforløb, så diagnostik og behandling af patienten sker uden unødigt ventetid.

Tyktarms- og endetarmskræft

48. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med tyktarms- og endetarmskræft er vist i tabel 4. Tabellen viser det gennemsnitlige antal kalenderdage fra henvisning til enten operation, kemo- eller strålebehandling. Der er ikke som for lungekræftpatienter fastsat en målsætning for tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i tyktarm og endetarm.

Tabel 4. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med tyktarms- og endetarmskræft fordelt på regioner i perioden 2001-2009 (Antal kalenderdage)

Region	2001-2007	2008	2009
Nordjylland	22	21	21
Midtjylland	26	22	22
Syddanmark	26	23	23
Sjælland	29	27	26
Hovedstaden	24	20	24
Hele landet	25	23	23

Tabel 4 viser, at tiden fra henvisning til behandling i perioden 2001-2007 var 25 kalenderdage på landsplan, mens den i 2009 var 23 kalenderdage. I perioden 2001-2007 lå tiden fra henvisning til behandling i regionerne på 22-29 kalenderdage, mens den i 2009 lå på 21-26 kalenderdage.

Kræft i æggestokkene

49. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene er vist i tabel 5. Tabellen viser det mediane antal kalenderdage fra henvisning til enten operation eller kemoterapi. Der er ikke som for lungekræftpatienter fastsat en målsætning for tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene.

Tabel 5. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene fordelt på regioner i perioden 2007-2010 (Antal kalenderdage)

Region	2. halvår 2007	2. halvår 2008	2. halvår 2009	2. halvår 2010
Nordjylland	18	22	22	24
Midtjylland	22	25	18	20
Syddanmark	30	35	34	29
Sjælland	37	32	28	32
Hovedstaden	27	27	33	26
Hele landet	26	29	27	26

Tabel 5 viser, at medianen på landsplan både i 2007 og 2010 var 26 kalenderdage. Det svarer til, at der for 50 % af patienterne med kræft i æggestokkene gik 26 eller færre kalenderdage fra henvisning til behandling, mens der for de andre 50 % gik 26 eller flere kalenderdage fra henvisning til behandling.

50. Danske Regioner har oplyst, at det manglende fald i tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene i nogle regioner kan skyldes, at der mangler plads på intensivafdelingerne. Operation for kræft i æggestokkene er nu mere omfattende end tidligere og kræver derfor efterfølgende ophold på en intensivafdeling. Når intensivkapaciteten er begrænset, kan det føre til, at operationer må udskydes.

Danske Regioner fremhæver videre, at diagnostikken har udviklet sig med flere og mere komplicerede undersøgelser, hvilket forlænger udredningen og dermed den samlede tid fra henvisning til behandling. Disse tiltag skulle ifølge Danske Regioner gerne resultere i en bedre overlevelse. Endelig fremhæver Danske Regioner, at der er relativt få patienter med kræft i æggestokkene, og at der allerede er en hurtig håndtering af patienternes forløb, hvorfor der ikke nødvendigvis kan skabes hurtigere forløb.

51. Én af regionerne oplyser, at der ikke er sket en ændring i tiden fra henvisning til behandling, da afdelingerne altid har haft korte patientforløb. Ifølge regionen er det endvidere vanskeligt at forkorte forløbene yderligere, da patienter med kræft i æggestokkene ofte fejler andre alvorlige sygdomme, som er vigtige at behandle inden operation.

C. Kræftpatienters overlevelse

52. Rigsrevisionens undersøgelse af kræftpatienters overlevelse har vist følgende:

- Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kræftpatienters overlevelse.
- Der har i perioden 1998-2009 været en stigende 1-års overlevelse for de 3 kræftsygdomme, og der er således en større andel af patienterne end tidligere, der overlever det første år efter, at kræftdiagnosen er stillet. 5-års overlevelsen – opgjort for perioden 1998-2005 – er derimod henholdsvis svagt faldende, uændret og stigende for de 3 kræftsygdomme.
- Danmark er for de 3 kræftsygdomme – sammenlignet med 5 andre lande – placeret blandt de lande, der har den dårligste overlevelse. Det gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen.
- Alt efter hvilken region patienten bor i, er der forskel på, hvor mange lungekræftpatienter der overlever det første år efter, at kræftdiagnosen er stillet.

53. Patienternes overlevelse er det naturlige målepunkt, når sundhedsvæsenets evne til hurtig udredning, bedre behandling og sammenhængende patientforløb skal vurderes. Kræftpatienters overlevelse kan bl.a. ses som en effekt af behandlingens kvalitet og tiden fra henvisning til behandling. Samtidig kan mere effektive udredningsmetoder og behandlingsteknikker – både inden for den kirurgiske og den medicinske kræftbehandling – have en positiv effekt på kræftpatienters overlevelse.

Kræftpatienters overlevelse afhænger ud over behandlingen af andre faktorer, fx hvor længe patienten går med symptomer på sygdom uden at kontakte læge, patientens generelle sundhedstilstand og patientens forudsætninger for at følge behandlingen. En bedre kræftindsats afhænger således også af fx initiativer, der kan få borgerne til at henvende sig tidligere til egen læge ved mistanke om kræft, så sygdommen ikke er så fremskreden, når diagnosen stilles. Endelig har det også betydning, om patienten lider af andre alvorlige sygdomme ud over kræft.

54. Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kræftpatienters overlevelse.

Udviklingen i overlevelsen

55. Vi har for de 3 kræftsygdomme undersøgt udviklingen i 1-års og 5-års overlevelsen i Danmark.

56. I tabel 6 er udviklingen i overlevelsen for de 3 kræftsygdomme angivet for perioden 1998-2009 for 1-års overlevelsen og for perioden 1998-2005 for 5-års overlevelsen. Årstallene angiver diagnoseåret, hvilket betyder, at 1-års overlevelsen vises for patienter, der fik stillet en kræftdiagnose i perioden 1998-2009, mens 5-års overlevelsen vises for patienter, der fik stillet en kræftdiagnose i perioden 1998-2005.

Tabel 6. Udvikling i 1-års og 5-års overlevelsen i Danmark

	1-års overlevelsen i perioden 1998-2009	5-års overlevelsen i perioden 1998-2005
Lungekræft	Stigende	Uændret
Kræft i æggestokkene	Svagt stigende	Svagt faldende
Tyktarms- og endetarmskræft	Stigende	Stigende

Tabel 6 viser, at der i perioden 1998-2009 har været en stigende 1-års overlevelse for de 3 kræftsygdomme. Det er således en større andel af patienterne end tidligere, der overlever det første år efter, at kræftdiagnosen er stillet.

Udviklingen i 5-års overlevelsen i perioden 1998-2005 er dog mindre entydig for de 3 kræftsygdomme. Overlevelsen for lungekræftpatienter er uændret i perioden, mens 5-års overlevelsen for patienter med kræft i æggestokkene er svagt faldende. Der var i perioden 1998-2005 således færre patienter med kræft i æggestokkene, der overlevede 5 år efter, at kræftdiagnosen var stillet. 5-års overlevelsen for patienter med tyktarms- og endetarmskræft er steget i perioden 1998-2005, og der var således flere patienter frem til 2005, der levede 5 år efter, at kræftdiagnosen var stillet.

57. Data for patienters overlevelse vil naturligvis altid være forsinket i forhold til den aktuelle indsats på kræftområdet, da der skal gå 1 år, fra patientens kræftdiagnose er stillet, til patientens 1-års overlevelse kan måles. Tilsvarende gælder for 5-års overlevelsen. Effekten på overlevelsen af den aktuelle kræftbehandling kan derfor først måles senere.

58. Ifølge Sundhedsministeriet har der frem til 2004 været fejl i klassificeringen af patienter med kræft i æggestokkene. Det har betydet, at data har vist en kunstig høj overlevelse for de patienter, der har fået en kræftdiagnose før 2004. Dette forhold gør det vanskeligt at vurdere udviklingen i overlevelsen for patienter med kræft i æggestokkene.

59. Danmark deltager sammen med 6 andre lande i International Cancer Benchmarking Partnership, hvor overlevelsen for 4 kræftsygdomme sammenlignes mellem de 6 lande. Alle 6 lande oplever en stigende overlevelse for undersøgelsens 3 kræftsygdomme. Selv om Danmark har en stigende 1-års og 5-års overlevelse, er Danmark fortsat placeret blandt de lande, der har den dårligste overlevelse i gruppen af lande, der sammenlignes med. Dette gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen. Kun Storbritannien har en lavere overlevelse end Danmark.

60. For lungekræft er der i regi af NIP fastsat en målsætning om, at 42 % af patienterne skal være i live 1 år efter, at diagnosen er stillet. Blandt de patienter, der fik stillet kræftdiagnosen i 2009, var 38,4 % i live 1 år efter.

International Cancer Benchmarking Partnership

Et fælles projekt mellem 6 lande: Australien, Canada, Norge, Sverige, Storbritannien og Danmark. Projektet følger 1-års og 5-års overlevelsen for 4 kræftsygdomme.

Formålet er at identificere årsager til forskelle i overlevelse landene imellem.

Der var ingen af de 5 regioner, der levede op til målsætningen på de 42 %, men på grund af den statistiske usikkerhed kan det ikke udelukkes, at Region Hovedstaden og Region Nordjylland rent faktisk lever op til målsætningen. Databasen viser også, at der er regionale forskelle på, hvor mange lungekræftpatienter der er i live 1 år efter, at diagnosen er stillet.

For patienter med kræft i tyktarm og endetarm er der også indikationer på regionale forskelle i 1-års overlevelsen.

V. Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning

Udviklingen på kræftområdet følges af Sundhedsministeriet og regionerne i regi af bl.a. Kræftstyregruppen og Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet.

Kvaliteten af kræftbehandlingen kan følges i de kliniske databaser. Sundhedsministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen i de kliniske databaser. Regionerne følger ikke i alle tilfælde tilfredsstillende op på resultaterne fra de kliniske databaser.

Sundhedsministeriet kan fortsat ikke følge, om de maksimale ventetider er overholdt, da overvågningen er baseret på sygehusenes skøn. Ministeriet vil imidlertid tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Sundhedsministeriet kan ikke følge forløbstiderne i pakkeforløbene, da ministeriet ikke har etableret en detaljeret overvågning. Ministeriet vil nu sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Sundhedsministeriet følger udviklingen i tiden fra henvisning til behandling på 11 kræftområder, som dækker de hyppigste kræftsygdomme. Regionerne følger patienternes forløbstider på baggrund af sygehusenes skøn.

Sundhedsministeriet følger kræftpatienters overlevelse for 8 kræftsygdomme og følger endvidere overlevelsen gennem forskellige internationale sammenligninger. Flere regioner oplyser, at de løbende analyserer på overlevelsen og følger denne via de kliniske databaser.

A. Sundhedsministeriets opfølgning

61. Rigsrevisionens undersøgelse af Sundhedsministeriets opfølgning har vist følgende:

- Sundhedsministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen, som kan følges i de kliniske databaser.
- Sundhedsministeriet følger de overordnede udviklingstendenser fra henvisning til behandling for alle kræftpatienter på 11 kræftområder.
- Statsrevisorerne bemærkede til beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling, at de fandt det utilfredsstillende, at Sundhedsministeriet ikke havde sikret sig kendskab til, om de maksimale ventetider var overholdt. Ministeriet kan fortsat ikke følge de maksimale ventetider, da overvågningen er baseret på sygehusenes skøn. Ministeriet vil nu tage initiativ til en mere fyldestgørende og løbende overvågning.

- Sundhedsministeren anførte i sin redegørelse til beretningen om de maksimale ventetider, at Sundhedsministeriet ville sikre en mere detaljeret overvågning af pakkeforløbene. Ministeriet har ikke etableret denne overvågning, og det kan derfor ikke vurderes, om forløbstiderne er overholdt. Ministeriet vil nu sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.
- Sundhedsministeriet opgør årligt kræftpatienters overlevelse for 8 kræftsygdomme og følger endvidere overlevelsen gennem forskellige internationale sammenligninger.

Opfølgning på kvaliteten af kræftbehandlingen

62. Sundhedsministeriet oplyser, at kvaliteten af kræftbehandlingen følges af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (herefter Task Force), jf. Sundhedsstyrelsens notat om pakkeforløb på kræftområdet af 24. februar 2011. Det fremgår af notatet, at: "Task Force og dens parter forholder sig løbende til resultaterne af diverse opfølgningstiltag af kvantitativ og kvalitativ art på området, herunder de regionale statusopgørelser, Sundhedsstyrelsens monitorering samt opgørelser fra de kliniske kvalitetsdatabaser".

Ministeriet oplyser videre, at Sundhedsstyrelsens notat af 24. februar 2011 skal forstås således, at Task Force har forholdt sig til opgørelser fra databaserne, som parterne i Task Force er blevet gjort bekendt med som særligt bemærkelsesværdige og relevante for en drøftelse i dette forum. Endelig bemærker ministeriet, at der findes andre fora, hvor opgørelser fra databaserne på området indgår, fx i Kræftstyregruppen og arbejdsgrupper, der løbende rådgiver Sundhedsstyrelsen i specifikke spørgsmål om retningslinjer, kvalitet mv. I boks 6 beskrives opgaverne for Kræftstyregruppen og Task Force.

BOKS 6. KRÆFTSTYREGRUPPEN OG TASK FORCE

Kræftstyregruppen

Kræftstyregruppen blev nedsat af sundhedsministeren i 1998 i regi af Sundhedsstyrelsen. Kræftstyregruppen har til opgave at yde bred faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen på kræftområdet og medvirke til en hensigtsmæssig udvikling generelt og en stadig forbedring af kvaliteten på området. I forbindelse med at pakkeforløbene blev udarbejdet, igangsatte Kræftstyregruppen et arbejde med at formulere kliniske retningslinjer, som pakkeforløbene hviler på.

Task Force

Task Force blev etableret på baggrund af en politisk aftale i 2007 og ledes af Sundhedsstyrelsen med deltagelse fra Sundhedsministeriet, regionerne, Danske Regioner og KL. Task Force har til opgave at følge udviklingen på kræft- og hjerteområdet generelt, herunder at videreudvikle og kvalitetssikre data om kræft. Sundhedsstyrelsen udarbejdede pakkeforløbene i regi af Task Force med inddragelse af kliniske eksperter og blev rådgivet af Kræftstyregruppen i forhold til det sundhedsfaglige indhold.

63. Rigsrevisionen har gennemgået referaterne fra møderne i Task Force. Det fremgår, at Task Force vil indlede en dialog med repræsentanterne fra de kliniske databaser, og at der fremadrettet i Kræftplan III er afsat 2 mio. kr. årligt til løbende at overvåge kræftområdet via databaserne. Endvidere har årsrapporten fra NIP om lungekræft været drøftet på 2 møder i 2010. Det fremgår ikke af referaterne, om øvrige resultater fra de kliniske databaser har været drøftet i Task Force.

64. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet i 2011 har igangsat et samarbejde mellem Sundhedsministeriet, Finansministeriet, regionerne og Sundhedsstyrelsen, der har fokus på udvikling af de kliniske databaser, herunder styrket datadeling og dataanvendelse. Den Nationale Kliniske Kræftdatabase, jf. pkt 35, er indtænkt i dette samarbejde.

Opfølgning på ventetid

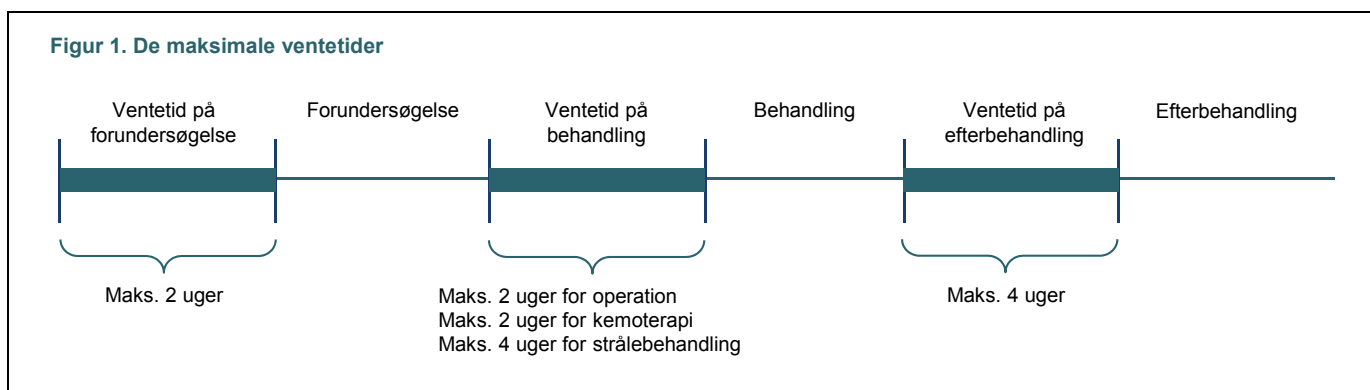
65. Kræftpatienter er omfattet af både de maksimale ventetider og de forløbstider, som fremgår af pakkeforløbene. I det følgende gennemgår vi:

- de maksimale ventetider
- forløbstiderne i pakkeforløbene
- Sundhedsministeriets overvågning.

De maksimale ventetider

66. De maksimale ventetider gælder for alle kræftpatienter og er en forbedret ventetidsbeskyttelse i forhold til andre patientgrupper. I bekendtgørelse nr. 1749 af 21. december 2006 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv. er der fastsat maksimale ventetider for, hvor længe patienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling.

De maksimale ventetider er en patientrettighed, og patienten har krav på, at der iværksættes nogle efterfølgende procedurer, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes. Fx skal patienten om muligt tilbydes behandling på et andet sygehus. I figur 1 er de maksimale ventetider vist.



Figur 1 viser, at de maksimale ventetider er 2 uger til start på forundersøgelse, operation og kemoterapi og 4 uger til start på strålebehandling og efterbehandling. Der er ikke fastsat krav om, hvor længe forundersøgelsen, behandlingen eller efterbehandlingen må vare.

67. Rigsrevisionen afgav i 2007 beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling. I beretningen konkluderede Rigsrevisionen bl.a., at Sundhedsministeriet ikke havde viden om, hvorvidt de maksimale ventetider var overholdt. Statsrevisorerne bemærkede til beretningen, at de fandt det utilfredsstillende, at ministeriet ikke via sygehusejerne havde sikret sig kendskab til, om de patientrettigheder, der var fastsat i ordningen, var tilgodeset.

Statsrevisorerne bemærkede videre, at det påhviler ethvert fagministerium at føre et vist tilsyn med, at lovgivningen overholdes, og at forvaltningen heraf er i overensstemmelse med intentionerne bag loven. Det gælder også, når forvaltningen udøves af amter/regioner, hvorunder sygehusejerne hører, ligesom det gælder, uanset hvilke styringsredskaber ministeriet er udstyret med. Statsrevisorerne vurderede på denne baggrund, at Folketinget havde en berettiget forventning om, at sundhedsministeren kunne redegøre for, i hvilket omfang patienter med livstruende sygdomme fik behandling uden unødigt ventetid.

68. Sundhedsministeriet kan fortsat ikke følge, om de maksimale ventetider overholdes. Dette skyldes, at Sundhedsstyrelsen baserer sin overvågning på sygehusernes skøn over, hvor lang tid den ukomplicerede patient maksimalt kommer til at vente. Sygehuserne indberetter deres skøn til venteinfo.dk, men det er ikke obligatorisk for sygehuserne at indberette.

Ministeriet oplyser, at Sundhedsstyrelsen løbende overvåger udviklingen i de forventede ventetider via venteinfo.dk. De forventede ventetider giver ifølge ministeriet en indikation af, om de maksimale ventetider overholdes.

Ministeriet har desuden oplyst, at styrelsen tager kontakt til den pågældende region for at sikre, at der tages hånd om problemerne, hvis det på venteinfo.dk viser sig, at konkrete sygehuse over en periode ikke kan leve op til de maksimale ventetider. Styrelsen følger ligeledes op på konkrete tilfælde, hvor styrelsen bliver gjort bekendt med, at de maksimale ventetider ikke overholdes, fx gennem borgerhenvendelser.

69. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet nu vil tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Forløbstiderne i pakkeforløbene

70. I pakkeforløbene er der opstillet en række fagligt begrundede forløbstider, der fastsætter, hvor meget tid sygehusene højst bør bruge til at booke undersøgelser, afholde samtale med patienten og undersøge patienten. Forløbstider omfatter både aktiv og passiv tid, jf. pkt. 40, og kan derfor ikke sammenlignes med de maksimale ventetider, der alene omfatter passiv tid, fx hvor patienter venter, hvis andre patienter skal opereres først.

Forløbstiderne i pakkeforløbene er ikke en patientrettighed, men en rettesnor for, hvor lang tid der højst bør gå for en standardpatient fra begrundet mistanke om kræft til første behandling.

I sundhedsministerens redegørelse af 16. april 2008 til beretning nr. 5/2007 om maksimale ventetider på kræftbehandling anførte ministeren, at der nu var klare tilkendegivelser om Folketingets ønsker til opfølgning på kræftområdet. Sundhedsministeriet ville derfor indføre en mere detaljeret overvågning af pakkeforløbene.

71. Fra 2008 til 2009 var opfølgningen på forløbstider baseret på det fælles statslige/regionale Monitorerings- og InformationsSystem – MIS Kræft – der var en internetbaseret portal. Formålet med MIS Kræft var løbende at følge, hvor hurtigt patienter i pakkeforløb blev udredt og behandlet.

Sundhedsministeriet besluttede i 2009, at der fra 2010 ikke længere var grundlag for at finansiere driften af MIS Kræft med 3-4 mio. kr. Dette skyldes ifølge ministeriets notat om baggrunden for at stoppe den statslige finansiering, at: "Den manglende anvendelighed af MIS Kræft har givet anledning til, at man i regionerne i større eller mindre grad er begyndt at forberede sig på en situation, hvor man [regionerne red.] selv kan tilvejebringe relevante data til klinikerne". (December 2009).

Sundhedsministeriets overvågning

72. Fra 2010 har Sundhedsstyrelsen i stedet for MIS Kræft fulgt udviklingen i tiden fra patienternes henvisning til behandling. Denne overvågning kan ikke sammenlignes med forløbstiderne i pakkeforløbene, da der hverken måles på den samme tidsperiode eller patientgruppe. Forløbstiderne gælder kun for patienter i pakkeforløb, mens styrelsens overvågning omfatter alle kræftpatienter, jf. boks 7.

Styrelsen overvåger 11 kræftområder, der omfatter de hyppigste kræftsygdomme og viser de overordnede udviklingstendenser. Styrelsens overvågning publiceres halvårligt i samarbejde med Danske Regioner og blev første gang publiceret i august 2010.

MIS Kræft blev taget i brug i 2008 i forbindelse med, at pakkeforløb blev indført.

11 Kræftområder

En række kræftområder indgår ikke i Sundhedsstyrelsens overvågning. Det skyldes, at de ifølge styrelsen ikke omfatter tilstrækkeligt mange patienter til, at data er robuste nok til at vise pålidelige resultater.

BOKS 7. PAKKEFORLØB OG SUNDHEDSSTYRELSENS OVERVÅGNING

Sundhedsstyrelsens overvågning kan ikke sammenlignes med forløbstiderne i pakkeforløbene, da der ikke måles på samme patientgruppe eller tidsperiode.

Pakkeforløbene omfatter tiden fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling, mens Sundhedsstyrelsens overvågning omfatter tiden fra henvisning til første behandling.

Patientens henvisning og den begrundede mistanke om kræft optræder ikke nødvendigvis på samme tidspunkt. Det gælder fx for patienter, som oprindeligt er henvist til sygehuset med anden årsag end kræft, fx lungebetændelse, og hvor der først på sygehuset opstår mistanke om kræft. I sådanne tilfælde optræder henvisningen og den begrundede mistanke ikke på samme tidspunkt.

Den begrundede mistanke om kræft registreres ikke i de patientadministrative systemer, hvorfor der ikke kan måles på denne.

73. Sundhedsministeriet oplyser, at Sundhedsstyrelsens overvågning fra starten tog udgangspunkt i, hvad der var muligt ud fra de eksisterende nationale registre. Ministeriet fremhæver videre, at de nationale registre blev etableret for mange år siden, og de blev ikke udviklet specifikt til at overvåge patientforløb.

Ministeriet påpeger, at styrelsens overvågning er i overensstemmelse med den politiske aftale fra 2007 mellem regeringen og Danske Regioner om akut handling og klar besked. I aftalen fremgår det, at der skulle foretages en løbende og ensartet overvågning af alle kræftpatienters patientforløb, og at overvågningen i videst muligt omfang skulle baseres på eksisterende registreringer.

74. Sundhedsministeriet oplyser, at Task Force følger udviklingen i tiden fra henvisning til behandling på baggrund af data fra regionerne, Sundhedsstyrelsen og de kliniske databaser. Endvidere oplyser ministeriet, at status for pakkeforløbene er et fast punkt på dagsordenen til møderne i Task Force, hvor de enkelte regioner orienterer om status i den pågældende region, eventuelle udfordringer og tiltag. Endvidere drøftes, om der er tale om generelle tendenser, og om der er behov for en særskilt opfølgning fra national side.

Sundhedsstyrelsen oplyser, at styrelsen løbende arbejder på at udvikle overvågningen, bl.a. så styrelsen mere præcist kan afspejle forløbstiderne i pakkeforløbene. Styrelsen har videre oplyst, at Task Force i flere omgange har drøftet problemstillingen om at registrere patientens start i pakkeforløb, men har ikke fundet, at der var behov for en mere præcis overvågning.

75. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet nu vil sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Opfølgning på overlevelse

76. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet følger kræftpatienters overlevelse på flere måder, bl.a. i årlige udgivelser af overlevelsestal baseret på Landspatientregisteret. Seneste data er offentliggjort i publikationen "Sygehuspatienters overlevelse efter diagnose for otte kræftsygdomme i perioden 1998-2009" af 29. november 2011. Ministeriet følger på Kræftstyregruppens anbefaling 8 kræftsygdomme. Kræftstyregruppens valg af kræftsygdomme er bl.a. baseret på sygdommenes udbredelse og overlevelseskarakteristika.

Sundhedsstyrelsens opgørelse giver ikke mulighed for at konkludere, om der er en årsags-sammenhæng mellem udviklingen i overlevelsen og indførelsen af pakkeforløb. Det skyldes ifølge ministeriet bl.a., at det ikke er muligt at adskille effekten af pakkeforløb fra effekten af øvrige initiativer, der har til formål at skabe forbedringer i overlevelsen.

Styrelsen har imidlertid oplyst, at en forbedring i overlevelsen er en vigtig indikation af, at de igangsatte initiativer, herunder pakkeforløbene, har den tilsigtede effekt. Styrelsen følger derfor de overlevelsestal, som årligt offentliggøres i "Sygehuspatienters overlevelse efter diagnose for otte kræftsygdomme", jf. pkt. 76.

Endelig oplyser styrelsen, at det bringes op i Task Force – på samme måde som udviklingen i tiden fra henvisning til behandling – hvis udviklingen i overlevelsen giver anledning til nærmere drøftelse. Herudover har Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse indledt et samarbejde for at belyse regionale forskelle i overlevelsen af kræft. Samarbejdet er endnu ikke formaliseret.

77. Sundhedsstyrelsen er medlem af NORDCAN-gruppen, som er et samarbejde under foreningen af nordiske cancerregistre omkring en fælles database. I NORDCAN findes der oplysninger om antal nye kræfttilfælde, dødelighed, antal personer, der lever med en kræftdiagnose, og overlevelse for 41 store kræftsygdomme i de nordiske lande. Herudover indgår Sundhedsstyrelsen i International Cancer Benchmarking Partnership-projektet, jf. pkt. 59, hvor årsagen til den lavere overlevelse i Danmark analyseres.

B. Regionernes opfølgning

78. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes opfølgning har vist følgende:

- Blandt de 3 kræftsygdomme i undersøgelsen følger regionerne især kvaliteten af lungekræftbehandlingen. Nogle regioner følger også kvaliteten af behandlingen for de 2 øvrige kræftsygdomme. Regionerne har etableret Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, som skal øge opfølgningen på resultaterne fra de kliniske databaser og sikre bedre adgang til data.
- Regionerne har siden 2008 – som supplement til Sundhedsstyrelsens overvågning – udviklet deres egen overvågning af patienternes forløbstider baseret på sygehusenes skøn over forløbstiderne. Regionerne erstatter nu den skønsmålte opgørelse med opfølgning via regionernes patientadministrative systemer. Regionerne udvikler hver sit it-system, da systemerne bygger oven på forskellige patientadministrative systemer.
- Flere regioner foretager løbende analyser af overlevelsen og følger overlevelsen via de kliniske databaser.

Patientadministrative systemer er lokale it-systemer på sygehuse, der indeholder oplysninger om patienterne.

Opfølgning på kvaliteten af kræftbehandlingen

79. Regionerne afholder på forskellig vis dialogmøder, kvalitetsrådsmøder og direktionsmøder, hvor kvaliteten af kræftbehandlingen drøftes. Møderne er typisk mellem regionen og de enkelte sygehuse, mellem sygehuse internt i regionen og/eller mellem sygehusledelsen og afdelingerne.

Formålet med møderne er bl.a. at drøfte, om kvalitetsmålene i de kliniske databaser er opfyldt, og eventuelt identificere, hvor en regional eller lokal indsats på sygehuset kan være relevant. Hvis et sygehus fx afviger væsentligt i kvaliteten, kan det aftales, at sygehuset udarbejder en handleplan for at forbedre dette.

I en audit gennemgås fx patienternes journaler. Formålet er at vurdere kvaliteten af en konkret praksis på afdelingen.

80. Regionerne følger i højere grad den kliniske database for lungekræft, som er en del af NIP, end de øvrige 2 kliniske databaser, der indgår i undersøgelsen. Ligeledes har flere regioner oplyst, at de årligt afholder audits på sygdomme i NIP, hvor de følger op på kvalitetsmål, resultater og aftaler handleplaner. En region har dog oplyst, at den siden 2010 har fulgt op på alle kliniske databaser, uanset om databaserne har været tilknyttet NIP eller ej. Regionen oplyser, at den har klart beskrevne procedurer for opfølgning på databaserne. Disse er beskrevet i forskellige kvalitetsstrategier.

Klinikere i 2 regioner har oplyst, at de gerne så et større ledelsesmæssigt fokus i regionerne på resultaterne i de kliniske databaser. Ledelsen i en af regionerne har oplyst, at den ikke har modtaget årsrapporterne fra de kliniske databaser og ikke har opsøgt at få dem. Det er ifølge regionen sygehusledelsens ansvar at følge målopfyldelsen i de kliniske databaser.

81. Regionerne har oplyst, at det kan være vanskeligt at bruge data fra de kliniske databaser, fordi årsrapporterne ofte er uaktuelle, og fordi der mangler løbende adgang til data.

En af regionerne oplyser således, at når regionerne i højere grad synes at følge op på NIP-databaserne, skyldes det, at NIP udsender data med en regelmæssig og hyppig kadence i modsætning til de fleste af de øvrige databaser. Arbejdet med de øvrige kliniske databaser har været vanskeliggjort af, at årsrapporterne enten ikke har været udgivet eller har været udgivet med stor forsinkelse.

82. Danske Regioner har oplyst, at regionerne i 2011 har etableret et nyt samarbejde – Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Programmet skal bl.a. sikre databaserne en mere professionel støtte, mod at databaserne løbende leverer data og samlede resultater mindst én gang om året. Målet er at styrke opfølgningen på resultaterne fra alle kliniske databaser, herunder også de 24 kliniske databaser for kræft, og sikre bedre adgang til data. Det er endvidere Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, der er ansvarlig for at gennemføre pilotprojektet om Den Nationale Kliniske Kræftdatabase, jf. pkt. 35.

Danske Regioner oplyser videre, at det gennem regionernes basiskrav til, hvordan en klinisk database skal drives, nu er blevet teknisk og fagligt muligt at dele og offentliggøre resultaterne. Med yderligere krav om "årsrapporter til tiden" er alle regioner nu på vej med løsninger, der lader aktuelle resultater fra databaserne indgå i ledelsesinformationssystemerne.

Endelig fremhæver Danske Regioner, at regionerne hvert år i regi af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper anvender ca. 12 mio. kr. til fagligt samarbejde på kræftområdet. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper er en sammenslutning af 24 grupper, som hver især arbejder med en kræftsygdom, fx lungekræft. Sammenslutningen driver bl.a. de kliniske databaser og udarbejder kliniske retningslinjer på kræftområdet. Endvidere deltager grupperne i arbejdet med at udarbejde pakkeforløb og overvåge behandlingskvaliteten på baggrund af data i de kliniske databaser.

Opfølgning på ventetiden

83. Regionerne har fulgt Sundhedsstyrelsens overvågning af de overordnede udviklingstendenser fra henvisning til behandling i Kræftstyregruppen og Task Force. Regionerne følger også selv udviklingen og giver på møderne tilbagemeldinger på pakkeforløbenes implementering, herunder eventuelle udfordringer og løsningstiltag.

84. Regionernes overvågning begyndte i april 2008. Baggrunden var, at MIS Kræft ikke var tilstrækkelig anvendelig, og der var behov for en mere fast og entydig kadence for regionernes tilbagemeldinger til Kræftstyregruppen og Task Force.

Formålet med regionernes overvågning var at følge forløbstiderne og give en status på, om forløbstiden inden for de enkelte kræftsygdomme blev overholdt. Overvågningen var tilrettelagt således, at hvert sygehus udfyldte et spørgeskema om, hvorvidt forløbstiden inden for de enkelte kræftsygdomme var overholdt. Det enkelte sygehus skønnede forløbstiderne ud fra følgende kategorier: "opfylder forløbstiden", "opfylder forløbstiden med få dages overskridelse" og "opfylder ikke forløbstiden". Hver region samlede sygehusenes besvarelser og identificerede særlige udfordringer inden for kræftbehandlingen.

Hospitalsstandardiseret Mortalitetsratio (HSMR)

En international anerkendt metode til at beregne dødeligheden på et sygehus. Metoden er ikke specifikt rettet mod kræftområdet.

HSMR viser det observerede antal dødsfald på et sygehus – eller i en region – i forhold til det forventede antal dødsfald.

HSMR er primært et redskab for sygehuse til kvalitetsudvikling og kan bruges som et overordnet mål for kvaliteten.

I Danmark er HSMR anvendt siden 2007.

Regionerne udgiver fra januar 2011 ikke længere de skønsmæssige opgørelser. I stedet vil regionerne fremover basere overvågningen af forløbstiderne på de patientadministrative systemer. Regionerne udvikler hver sit it-system, der forventes at blive en del af ledelsesinformation i den enkelte region. Ifølge regionerne har de i fællesskab besluttet, hvad der skal måles og rapporteres på, så regionerne kan afrapportere i et fælles format til Danske Regioner.

85. Én region har oplyst, at den siden 2008 også har fulgt op på pakkeforløbene via et regionalt monitoreringssystem, som er anvendt parallelt med den spørgeskemabaserede opgørelse. En anden region har oplyst, at den følger de maksimale ventetider på sygehusniveau, og at målopfyldelse på de maksimale ventetider indgår i den løbende opfølgning på sygehuses driftsaftaler.

Opfølgning på overlevelse

86. Flere regioner oplyser, at de løbende foretager analyser af overlevelsen på udvalgte kræftområder og følger overlevelsen via de kliniske databaser.

Resultaterne drøftes typisk i forskellige mødefora på regions- og sygehusniveau, hvor data for 1-års overlevelsen sammenlignes med resultater fra andre regioner og sygehuse. Regionerne vurderer, om der er behov for at udarbejde konkrete audits for at identificere eventuelle problemer.

Én region har yderligere oplyst, at den følger patienternes overlevelse på kort sigt. De enkelte sygehuse i regionerne har ofte for få patienter og dermed et for lille datagrundlag til at vurdere patienternes overlevelse på langt sigt. Regionen anvender desuden – ligesom de øvrige regioner – den hospitalsstandardiserede mortalitetsratio til at følge udviklingen i dødeligheden på det enkelte sygehus over tid.

Rigsrevisionen, den 11. januar 2012

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

Afdeling	Det sted på sygehuset, hvor patienten behandles.
Behandlingsforløb	Det forløb, en patient gennemgår som led i behandlingen af patientens sygdom. Et behandlingsforløb kan bestå af flere forskellige ydelser, fx undersøgelser, blodprøvetagning, røntgenundersøgelse, operation mv.
Bloktilskudsnøglen	Beskriver, hvordan det statslige bloktilskud fordeles mellem regionerne. Sundhedsministeriet fastsætter fordelingsnøglen.
Cancerregisteret	I cancerregisteret registreres alle nydiagnosticerede tilfælde af kræft i Danmark. Registrets formål er at indsamle og bearbejde data om nye kræfttilfælde, så der kan forskes i kræftsygdomme og udarbejdes statistik om sygdommene og deres udbredelse.
Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)	Handler om kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. NIP-projektets opgave er at belyse kvaliteten af forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering.
Diagnose	At stille en diagnose er at bestemme en sygdoms art. Lægen stiller diagnosen på baggrund af lægens egen observation og de symptomer, som patienten beskriver.
Forløbskoordinator	Har til opgave at koordinere patienternes behandlingsforløb, når patienterne skifter mellem afdelinger og sygehuse.
Forløbstid	Angiver, hvor meget tid sygehuset højst bør bruge på at gennemføre et fagligt optimalt forløb under forudsætning af, at alt nødvendigt personale, apparatur mv. er til rådighed.
Hospitalsstandardiseret Mortalitätsratio (HSMR)	Viser antallet af dødsfald på et sygehus – eller i en region – som procent af det gennemsnitlige antal dødsfald på landsplan og er primært et redskab til at udvikle kvaliteten på sygehuse.
International Cancer Benchmarking Partnership	Et internationalt projekt, som omfatter landene Australien, Canada, Norge, Sverige, Storbritannien og Danmark. Formålet med projektet er at undersøge, hvordan og hvorfor overlevelsen af kræft varierer mellem de forskellige lande.
Klinisk kvalitetsdatabase	I en klinisk kvalitetsdatabase registrerer lægerne oplysninger om en gruppe af patienter med en bestemt sygdom. Der registreres oplysninger om patientens sygdom, behandling og organisationen på afdelingen. Formålet med databaserne er at bidrage til forskning og forbedre kvaliteten af behandlingen.
Kræftplaner	Der findes 3 nationale kræftplaner: Kræftplan I fra 2000, Kræftplan II fra 2005 og Kræftplan III fra 2010. Planerne har bl.a. fokus på at forebygge, skabe sammenhængende udrednings- og behandlingsforløb, reducere ventetid til udredning og behandling, øge kapaciteten og uddanne personale.
Kræftstyregruppen	Har til opgave at yde bred faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen på kræftområdet og medvirke til en hensigtsmæssig udvikling generelt og en stadig forbedring af kvaliteten på området. I gruppen er der repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, regionerne, Danske Regioner, KL, faglige selskaber, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, Dansk Sygeplejeselskab, Kræftens Bekæmpelse, Statens Institut for Folkesundhed og Lægemiddelstyrelsen.
Landspatientregisteret	Indeholder oplysninger om patienternes sygdom og behandling. For indlæggelser går registret tilbage til 1977. Skadestuekontakter og ambulante kontakter er registreret siden 1995. Landspatientregisteret ajourføres ved at overføre data fra de lokale patientadministrative systemer.

Maksimalle ventetider	En forbedret ventetidsbeskyttelse for kræftpacienter i forhold til andre patientgrupper. I bekendtgørelsen fastsættes maksimalle ventetider for, hvor længe patienter med livstruende kræftsygdomme højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. De maksimalle ventetider er en patientrettighed, og patienten har krav på, at der iværksættes nogle efterfølgende procedurer, hvis de maksimalle ventetider ikke kan overholdes.
Medianen	Det midterste tal i et ordnet datasæt, hvor værdierne er ordnet fra laveste til højeste værdi. Medianen egner sig til at opgøre data, hvor der forekommer store udsving, da den ikke påvirkes af, at der for nogle få patienter registreres meget korte eller meget lange forløb.
Medicoteknisk udstyr	Medicinsk udstyr, der anvendes på hospitalerne. Det medicotekniske udstyr kan bruges til andre patientgrupper end kræftpacienter og er fx overvågnings- og laboratorieudstyr.
Meraktivitet	Den del af aktiviteten i sygehusvæsenet, der ligger over et på forhånd aftalt aktivitetsniveau – den såkaldte baseline. Der afsættes midler på finansloven til at finansiere denne meraktivitet.
Monitorerings- og Informations-System – MIS Kræft	Et system, der skulle følge, hvor hurtigt patienter i pakkeforløb blev udredt og behandlet. MIS Kræft er nedlagt.
Multidisciplinær konference	Som led i pakkeforløbene drøftes og fastlægges patienternes behandling på multidisciplinære konferencer, hvor læger fra alle de involverede specialer deltager. Formålet er bl.a. at koordinere patientens behandlingsforløb, så diagnostik og behandling af patienten sker uden unødigt ventetid.
Nydiagnosticerede patienter	Er patienter, som for første gang får konstateret den pågældende kræftsygdom.
Pakkeforløb	Et udrednings- og behandlingsforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræft, gennem udredning til behandling.
Palliativ behandling	Lindring af fysiske og psykiske symptomer hos patienter med en livstruende eller uhelbredelig sygdom, fx kræft.
Patientadministrative systemer	Lokale it-systemer på sygehusene, der indeholder oplysningerne om patienterne.
Statistisk signifikant	Betyder sandsynligvis sandt, dvs. at resultatet ikke er påvirket af tilfældigheder. En signifikant forskel betyder, at der sandsynligvis er forskel. Sandsynligheden beskrives inden for et signifikansniveau, der viser, hvor sandsynligt det er, at resultatet ikke skyldes tilfældigheder. Det mest brugte niveau er 0,95 og betyder, at der er 95 % sandsynlighed for, at resultatet er sandt.
Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (Task Force)	Blev etableret i oktober 2007 på baggrund af regeringens og Danske Regioners "Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpacienter". Task Force har til opgave at følge udviklingen på kræft- og hjerteområdet generelt, herunder at tage initiativer til imødegåelse af identificerede udfordringer i sundhedsvæsenet – primært af organisatorisk og kapacitetsmæssig karakter. I regi af Task Force er der indført pakkeforløb.
Tilskuds- og lånepuljer	Tilskudspuljer giver regionerne mulighed for at søge om tilskud til forskellige projekter, fx kræftforskning og screeningsprogrammer. Lånepuljer giver regionerne adgang til at optage formålsbestemte lån. Finansieringsomkostningerne ved lånet ligger ud over lånepuljen. Der er bl.a. afsat lånepuljer til udstyr, herunder skannere og strålekanoner, i finanslovsaftaler, Kræftplan II og i forbindelse med økonomiaftalerne for 2008 og 2009.
Udredning	Et undersøgelsesforløb, der har til formål at stille en diagnose og tilrettelægge et behandlingsforløb.

Kongens Vænge 2
3400 HillerødMinisteriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1216 København K**Telefon** 38 66 5000
Direkte 38 66 50 10
Mail regionsraadsformand@regionh.
dk

Dato:

Bemærkninger til beretning fra Rigsrevisionen om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen.

Region Hovedstaden takker for muligheden for at indsende bemærkninger til beretningen.

Generelt er det vurderingen, at beretningen på en række områder giver et retvisende billede af indsatsen på kræftområdet i perioden. Men der er også områder, hvor beretningen og undersøgelsesfokus med fordel kunne være uddybet for at give et retvisende billede af indsatsen.

Kræftområdet er blevet styrket, og der er opnået konkrete mål

Overordnet er det Region Hovedstadens vurdering, at kræftområdet er blevet styrket og indsatsen klart forbedret i undersøgelsesperioden, hvilket ikke i tilstrækkelig grad anerkendes i beretningen.

Sundhedsstyrelsens monitorering af kræftområdet viser generelt, at der i undersøgelsesperioden 2007-2010 er behandlet flere kræftpatienter, median ventetiden til behandling er blevet nedbragt for stort set alle kræftformer, og andelen af patienter, som har meget lange udredningsforløb er faldet betydeligt. Hertil kommer, at både patienter, pårørende og sundhedspersonalet løbende har udtrykt tilfredshed med, at implementering af fx kræftpakkerne bl.a. har betydet mere sammenhængende forløb, bedre dialog og samarbejde mellem de sundhedsfaglige, bredere faglig inddragelse i både udredning og behandlingen og kortere ventetider.

Den 19. februar offentliggjorde Kræftens Bekæmpelse en stor undersøgelse, hvor overlevelseshdata for patienter der blev syge i perioden 2007-2009 er sammenlignet med patienter der blev syge i perioden 2004-2006. Undersøgelsen viser, at et-års overlevelsen efter kræft samlet er steget med tre procentpoint. Stigningen kan tyde på, at fx kræftpakkerne, der blev implementeret i 2007 og 2008, har haft en betydning.

Der er derfor opnået en række konkrete resultater på området, som beretningen ikke adresserer.

Detaljeret overvågning af pakkeforløbenes forløbstider

I forbindelse med at pakkeforløbene for kræft blev implementeret blev monitoreringssystemet MIS Kræft oprettet. Det var en stor udfordring at sikre en retvisende monitorering, bl.a. fordi det krævede, at hospitalerne på nogle områder skulle ændre registreringspraksis, samt indføre nye registreringer. Region Hovedstaden var loyal overfor det fælles statslige monitoreringssystem MIS Kræft og arbejdede målrettet mod at sikre implementeringen heraf.

I december 2009 besluttede Staten at stoppe finansieringen af MIS Kræft. Staten meddelte samtidig, at den nationale overordnede monitorering fremover vil blive varetaget af Sundhedsstyrelsen, alene baseret på måling af tid fra henvisning til behandling for patienter med diagnosticeret kræft. Det blev samtidig slået fast, at en mere driftsnær/pakkenær monitorering af delforløb i de enkelte pakker skal foretages regionalt. Hvilket betød at regionerne på daværende tidspunkt var nødt til at starte forfra regionalt for at sikre en detaljeret overvågning af pakkeforløbenes forløbstider.

Sundhedsstyrelsen har i februar 2012 meddelt regionerne, at det må forventes, at der i 2012 skal implementeres en ny national monitorering af pakkeforløbene. Den nye nationale monitorering vil sandsynligvis betyde, at de regionale driftsnære monitoreringssystemer ikke kan videreføres, dvs. endnu engang skal eksisterende monitoreringsarbejde og systemer derfor kasseres til fordel for et nyt system.

Erfaringer på området viser, at det tager mange år at implementere nye monitoreringssystemer – især hvis de er baseret på nye registreringer – og det er meget ressourcekrævende både administrativt og klinisk.

Det er derfor vurderingen, at hvis beretningens kritik på området skal imødekommes indenfor en nærmere fremtid, så skal der nationalt støttes op om de eksisterende regionale monitoreringssystemer, fremfor at implementere et nyt system.

Med venlig hilsen

Vibeke Storm Rasmussen

Forretningsudvalgets møde den 27. marts 2012

Sag nr. 31

Emne: Generel orientering fra Ledelsen

4 bilag

Etablering af diagnostiske enheder i Region Hovedstaden

For at mindske den sundhedsfaglige ubegrundede ventetid mest muligt for patienter med *uklare symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom*, skal der ifølge ”Hospitals- og Psykiatriplan 2020” (HOPP 2020) etableres diagnostiske enheder på regionens fire akuthospitaler, som afdelinger og praksissektoren kan henvise til. I forbindelse med vedtagelsen af Budget 2012 er det besluttet, at de diagnostiske enheder i Region Hovedstaden etableres i 2012.

De diagnostiske enheder åbner **den 10. april 2012**. I perioden op til åbningen af de diagnostiske enheder skal alle relevante parter (hospitaler og praktiserende læger) sikres information om de diagnostiske enheder. Information til relevante parter sker i form af indlæg på allerede planlagte informationsmøder, specialudgave af PKO-NYT samt via Intra- og Internet.

Ifølge HOPP 2020 skal de fire diagnostiske enheder placeres i umiddelbar nærhed af eller i tilknytning til akutmodtagelserne. Det er indledningsvist ikke muligt at etablere de diagnostiske enheder i umiddelbar nærhed af eller i tilknytning til akutmodtagelserne. Det kræver bygningsmæssige tilpasninger, som vil blive etableret i forbindelse med kvalitetsfondsprojekterne. De fire diagnostiske enheder etableres derfor indledningsvist i tilknytning til en eksisterende medicinsk afdeling, og det overordnede ledelsesmæssige ansvar for enhederne bliver derfor indledningsvist varetaget af afdelingsledelsen her.

Patientgruppen

De diagnostiske enheders patientgruppe omfatter patienter med kompliceret, uafklaret sygdom, som egen læge, praktiserende speciallæge eller hospitalsafdeling ikke umiddelbart har kunnet diagnosticere, og hvor der ikke er fundet mistanke om en konkret organspecifik sygdom. Det gælder først og fremmest patienter med:

- uspecifikke symptomer, hos hvem der er mistanke om alvorlig sygdom
- mistanke om metastase uden kendt primær tumor

Som et led i implementeringen af Kræftplan III skal regionerne pr. 1. april 2012 implementere det nationale pakkeforløb: ”*Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft*”. Det er besluttet, at implementeringen af det ”diagnostiske pakkeforløb” skal forankres i de diagnostiske enheder.

Forløbskoordination og faglig ledelse

Der etableres en forløbskoordinationsfunktion, som omfatter koordination af aktiviteter internt i den diagnostiske enhed og sikring af sammenhængende aktiviteter i forhold til hele patientforløbet i den diagnostiske enhed, herunder understøttelse af overgange til/fra den diagnostiske enhed.

Den diagnostiske enhed ledes af en overlæge med særligt ansvar (MSA) for ledelse af patientforløb tilknyttet enheden.

Rådgivningstelefon

De diagnostiske enheder skal på hverdage i tidsrummet fra kl. 8:00 til kl. 15:00 yde telefonisk rådgivning og derved sikre, at praksissektoren og andre hospitalsafdelinger kan få vejledning og sparring i forhold til en konkret patient-case. Rådgivningen skal varetages af en speciallæge med brede internmedicinske kompetencer, som har funktion i den diagnostiske enhed.

Monitorering

Der etableres et regionalt monitoreringssystem, således at det er muligt at monitorere antallet af patienter, samt udvalgte forløbstider.

NOTAT

 Til: **FU**

Klinisk Kvalitet, Fødsler, National årsrapport 2011

”1. september 2010 – 31. august 2011”

Den regionale auditgruppe, med repræsentanter fra de 5 hospitaler i regionen hvor der finder fødsler sted, har den 13. december 2011 gennemgået og vurderet resultaterne for 2010-11 for behandlingskvaliteten af fødsler i Region Hovedstaden.

Christina Flems, formand for Region Hovedstadens auditgruppe for fødsler, udviklingsjor-demoder fra Hvidovre Hospital fremlagde resultaterne i Udvalget for kvalitetsforbedringer på deres møde den 13. marts. På mødet blev det aftalt, at resultaterne fremlægges i indeværende notat for FU.

Rapporten er den første årsrapport for fødsler, derfor bærer resultaterne præg af, at der i pe-rioden har fundet en indkøring i registreringspraksis sted. Denne indkøring i registrerings-praksis, gør det vanskeligt entydigt at udtale sig om, hvorvidt kvalitetsniveauet generelt er tilfredsstillende i regionen. Området omfatter 8 indikatorer, heraf 3 proces og 5 resultatindi-katorer.

Det er grundet i indkøring af registreringspraksis for tidligt at give samlede og valide tilba-gemeldinger på resultaterne. Auditgruppen og Udvalget for kvalitetsforbedringer ser frem til at modtage næste årsrapport, hvor et mere validt billede af den kliniske kvalitet vil fremstå, grundet en bedring af registreringspraksis.

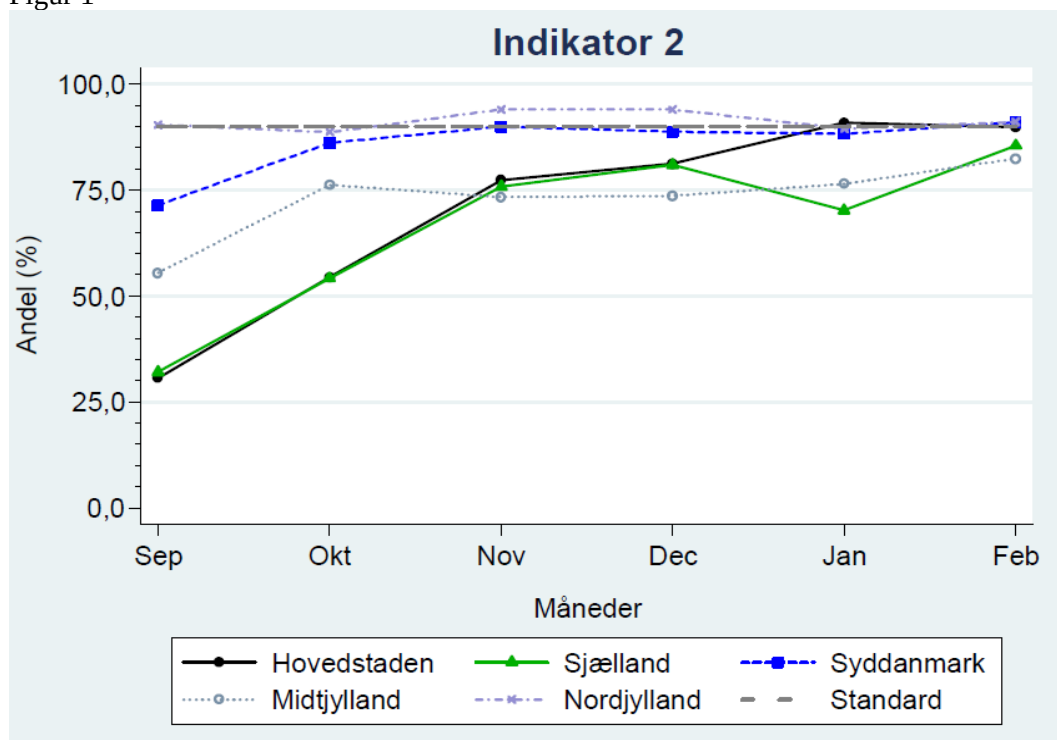
Resultaterne fremgår her:

Gennemgang og diskussion af de enkelte in-dikatorer RegionH opfylder RegionH opfylder ikke	Resume af kommentarerne fra den regionale klinisk audit
Indikator 1 Andelen af fødepiduraler / fø-despinaler (lokalbedøvelse i ryggen) der bliver anlagt inden for en time fra de er bestilt Status: Standard: mindst 95 % Region H: 65 % / land: 64	Region Hovedstaden opfylder ikke standarden. Databasekompletheden (andelen af de patienter, som burde være i databasen, i forhold til dem der er indberettet til databa-sen) for 3 ud af 5 af regionens hospitaler er tæt på 0, hvilket tyder på en ikke-fungerende registreringspraksis. Resultatet skal derfor tolkes med forsigtighed, da der er mange forløb, der ikke er indberettet.
Indikator 2 Andelen af fødende, der kontinu-erligt har tilstedeværelse af fagpersonale på føde-stuen Status: Standard: mindst 90 % Region H: 78 % / land: 81	Region Hovedstaden opfylder ikke standarden. Databasekompletheden er høj for alle regionens 5 hospitaler. Det er imidlertid en ny registrering, hvilket også afspejles i re-sultatet, når man ser på udviklingen over tid. Hen mod slutnin-gen af perioden ligger Regionen tæt på opfyldelse af standar-den (se figur 1), så næste periode bliver interessant at følge og-

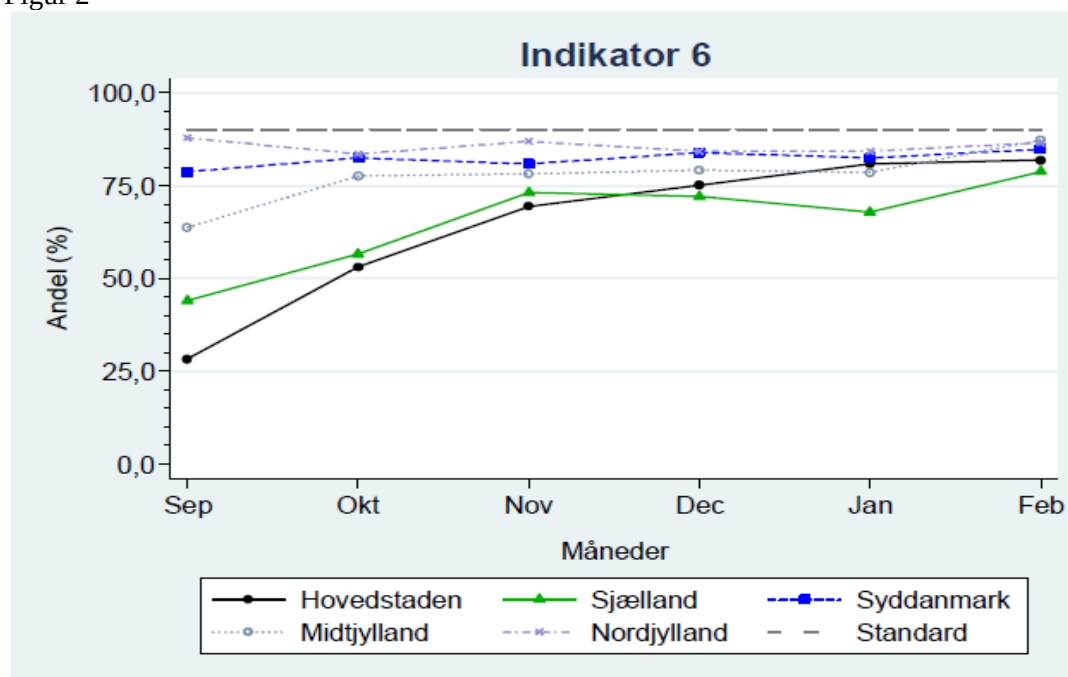
	så for denne indikator.
Indikator 3 Andelen af førstegangsfødende, der får svære bristninger af mellemkødet (grad III / grad IV) Status: Standard: højst 6 % Region H: 5,2 % / land: 6,1	Region Hovedstaden opfylder standarden. Databasekompletheden er høj for 4 ud af de 5 hospitaler. Der er stor tilfredshed med opfyldelsen af denne indikator.
Indikator 4 a) Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 1 < 15 min. Status: Standard: mindst 95 % Region H: 43 % / land: 48	Region hovedstaden opfylder ikke standarden. Databasekompletheden er lav. Resultatet skal derfor også her tolkes med forsigtighed, da der er mange forløb der ikke er indberettet.
Indikator 4 b) Andelen af fødende, der føder ved akut kejsersnit i henhold til det tidsinterval kejsersnittet er meldt under, grad 2 < 30 min. Status: Standard: mindst 95 % Region H: 55 % / land: 40	Region hovedstaden opfylder ikke standarden. To af regionens hospitaler, der har en høj databasekompletheden, lever ikke op til standarden.
Indikator 5 Andelen af kvinder med målt blodtab > 1000 ml. indenfor 2 timer efter fødslen Status Standard højst 4 % Region H: 2,0 % / land: 3,2	Region hovedstaden opfylder standarden. Databasekompletheden er på 100 % for alle regionens 5 hospitaler. Denne indikator har afdelingerne længe interesseret sig for og derfor er det forventeligt, at standarden opnås.
Indikator 6 Andelen af fødsler, hvor der etableres hud til hud kontakt mellem mor og barn Status: Standard: mindst 90 % Region H: 72 % / land: 78	Region Hovedstaden opfylder ikke standarden. Databasekompletheden er høj for alle regionens 5 hospitaler. På trods af, at regionen ikke lever op til standarden er der tilfredshed med resultatet. Ligesom med indikator 2, er der sket en positiv udvikling i målopfyldelsen over tid (figur 2). Det er derfor ikke usandsynligt, at standarden kan opfyldes i næste periode.
Indikator 7 Andelen af nyfødte børn, der har svær iltmangel Status: Standard: højst 1 % Region H: 0,7 % / land: 0,6	Region Hovedstaden opfylder standarden. Databasekompletheden er høj for alle regionens 5 hospitaler. Målopfyldelsen er god, også på landsplan. Det kan overvejes at sætte standarden ned, til for eksempel 0,5 %, eller helt udelade den til fordel for en anden indikator.
Indikator 8 Andelen af ukomplicerede fødselsforløb med fødsel af rask barn hos førstegangsfødende Status: Standard: mindst 60 % Region H: 64 % / land: 62	Region Hovedstaden opfylder standarden (når der tages højde for den statistiske usikkerhed). Databasekompletheden er høj for alle regionens 5 hospitaler.

Nationale resultater er offentliggjort på www.sundhed.dk den 9. januar 2012.

Figur 1



Figur 2



Figur 21 - Udvikling over tid for indikator 6, per region

NOTAT**HSMR for 4. kvartal 2011**

HSMR (hospitalsstandardiserede mortalitetsrater) er antallet af dødsfald på et sygehus som procent af det forventede antal dødsfald.

I beregningen af det forventede antal dødsfald indgår diagnose, alder, køn og indlæggelsesmåde (akut eller planlagt) for patienter, der har været indlagt på sygehuset i perioden. I beregningen indgår kun patienter, der har en af de diagnoser, der omfatter 80 % af alle dødsfald i hele sygehusvæsenet. I 2008 drejede det sig i Danmark om i alt 80 diagnoser, med sygdomme som lungebetændelse, blodprop i hjertet og visse kræftsygdomme som nogle af de hyppigste.

HSMR ikke er et endegyldigt mål for kvaliteten på et sygehus eller i en region. Der er forskelle mellem de enkelte sygehuse og deres patienter, som beregningerne ikke tager højde for. Det anbefales derfor ikke, at HSMR-tal bruges til indbyrdes sammenligning mellem regioner og sygehuse. Tallene skal betragtes som et arbejdsredskab for den enkelte region og det enkelte sygehus.

Det samlede HSMR-tal for hele landet er 92 i 4. kvartal 2011. Tallet svarer til, at der i kvartalet er sket 502 færre dødsfald end forventet på landets hospitaler.

HSMR-tallet for Region Hovedstaden er 83 for 4. kvartal 2011, svarende til at der i kvartalet er sket 389 færre dødsfald på regionens hospitaler end forventet.

Region Hovedstaden har i alle kvartaler siden 1. kvartal 2006 ligget under gennemsnittet for hele landet. I 4. kvartal 2009 indtrådte et markant fald i HSMR for Region Hovedstaden, og i de efterfølgende kvartaler har HSMR ligget omkring det nye lavere niveau. Det er endnu for tidligt at sige at der er tale om en stabil forandring, men efterhånden som antallet af målinger stiger, er sandsynligheden for at der er tale om et normalt udsving meget lille.

Der er ikke muligt at pege på en entydig årsag til faldet i dødelighed på hospitalerne. Der er sandsynligvis tale om resultatet af en bred vifte af indsatser og udviklinger, der alle har bidraget til det samlede resultat. Region Hovedstadens kvalitetspolitik har stort fokus på sikkerhed i behandlingen. Der er opstillet ambitiøse målsætninger for

reduktion af dødelighed og skader, og iværksat en række indsatser både i regionalt regi og på de enkelte hospitaler. Her kan peges på opfølgning på utilsigtede hændelser, gennemgang af journaler på afdøde patienter med henblik på at identificere kvalitetsbrist, kampagner for forbedret hygiejne og fokus på risikoområder mv.

HSMR tallene offentliggøres på sundhed.dk ultimo marts 2012. Indtil offentliggørelsen er tallene at betragte som fortrolige.

HSMR for Region Hovedstaden i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011.

Tabellerne viser for hvert kvartal antal indlæggelser, det observerede og forventede antal dødsfald og HSMR med 95% sikkerhedsinterval dels samlet for Region Hovedstaden dels for hvert af regionens sygehuse. Da HSMR for hvert sygehus bliver beregnet ud fra de patienter, som sygehuset har haft indlagt, kan HSMR ikke sammenlignes imellem sygehuse. HSMR viser således for hvert sygehus, hvorledes overlevelsen har været i forhold til landsgennemsnittet på præcis den patientsammensætning, som sygehuset reelt har haft indlagt.

Region Hovedstaden samlet.

Region	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Hovedstaden	1. 2007	32683	2041	2068	99	94 - 103
	2. 2007	31395	1751	1801	97	93 - 102
	3. 2007	29475	1712	1707	100	96 - 105
	4. 2007	32079	1890	1960	96	92 - 101
	1. 2008	33601	2045	2068	99	95 - 103
	2. 2008	30178	1744	1809	96	92 - 101
	3. 2008	30708	1687	1777	95	90 - 100
	4. 2008	31801	1933	2008	96	92 - 101
	1. 2009	33982	2069	2171	95	91 - 99
	2. 2009	31796	1748	1817	96	92 - 101
	3. 2009	31902	1796	1829	98	94 - 103
	4. 2009	34659	1872	2192	85	82 - 89
	1. 2010	35274	1944	2202	88	84 - 92
	2. 2010	34079	1818	2007	91	86 - 95
	3. 2010	33648	1783	2026	88	84 - 92
	4. 2010	35093	2020	2253	90	86 - 94
	1. 2011	35409	1918	2149	89	85 - 93
	2. 2011	34007	1811	1988	91	87 - 95
	3. 2011	32917	1681	1874	90	85 - 94
	4. 2011	35847	1861	2250	83	79 - 87

HSMR for Amager Hospital i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Amager Hospital	1. 2007	2236	168	167	101	83 - 121
	2. 2007	2173	156	148	105	86 - 130
	3. 2007	2160	135	138	98	79 - 121
	4. 2007	2170	134	135	99	81 - 121
	1. 2008	2136	162	163	99	81 - 122
	2. 2008	1746	145	142	102	83 - 127
	3. 2008	1545	100	114	88	71 - 109
	4. 2008	1333	96	107	90	72 - 112
	1. 2009	1458	114	137	83	68 - 102
	2. 2009	1458	115	102	113	91 - 140
	3. 2009	1534	106	101	105	85 - 131
	4. 2009	1410	101	103	98	79 - 121
	1. 2010	1430	107	106	101	82 - 124
	2. 2010	1506	102	98	104	84 - 129
	3. 2010	1335	84	98	86	68 - 107
	4. 2010	1408	108	116	93	76 - 115
	1. 2011	1447	103	111	93	75 - 115
	2. 2011	1339	85	96	88	71 - 110
	3. 2011	1431	78	90	87	69 - 109
	4. 2011	1524	97	117	83	66 - 104

HSMR for Bispebjerg Hospital i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Bispebjerg Hospital	1. 2007	3132	263	234	112	94 - 134
	2. 2007	2924	197	190	104	84 - 127
	3. 2007	2735	201	185	109	88 - 134
	4. 2007	3061	241	228	106	88 - 127
	1. 2008	3172	254	243	105	86 - 128
	2. 2008	2908	203	199	102	83 - 126
	3. 2008	3068	213	204	105	85 - 128
	4. 2008	3124	225	216	104	84 - 128
	1. 2009	3234	259	231	112	94 - 133
	2. 2009	3034	229	197	116	96 - 141
	3. 2009	3274	242	214	113	93 - 137
	4. 2009	3728	262	262	100	83 - 120
	1. 2010	3757	291	287	101	85 - 121
	2. 2010	3732	290	264	110	91 - 133
	3. 2010	3800	248	258	96	80 - 116
	4. 2010	4063	289	300	96	80 - 116
	1. 2011	4121	294	297	99	83 - 118
	2. 2011	3970	262	265	99	82 - 119
	3. 2011	3791	251	247	102	84 - 122
	4. 2011	4135	284	294	97	80 - 117

HSMR for Bornholms Centralsygehus i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Bornholms Centralsygehus	1. 2007	733	72	63	113	93 - 139
	2. 2007	734	61	57	106	86 - 131
	3. 2007	671	63	54	116	93 - 146
	4. 2007	693	76	65	117	94 - 145
	1. 2008	758	66	64	104	84 - 128
	2. 2008	722	48	47	102	82 - 127
	3. 2008	751	52	50	103	82 - 130
	4. 2008	663	63	59	107	85 - 134
	1. 2009	723	52	57	92	73 - 116
	2. 2009	746	50	49	102	80 - 130
	3. 2009	742	46	46	100	78 - 127
	4. 2009	746	53	56	95	75 - 119
	1. 2010	777	51	52	99	78 - 124
	2. 2010	837	44	47	94	75 - 118
	3. 2010	813	61	60	101	80 - 128
	4. 2010	755	75	69	109	87 - 136
	1. 2011	754	59	60	99	78 - 125
	2. 2011	731	65	58	113	90 - 143
	3. 2011	762	58	54	108	84 - 137
	4. 2011	845	48	54	89	69 - 114

HSMR for Frederiksberg Hospital i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Frederiksberg Hospital	1. 2007	1431	140	140	100	82 - 120
	2. 2007	1316	105	104	101	82 - 125
	3. 2007	1159	93	97	96	77 - 119
	4. 2007	1320	108	119	91	74 - 111
	1. 2008	1378	110	118	94	76 - 115
	2. 2008	1274	91	95	95	77 - 119
	3. 2008	1273	91	98	93	75 - 116
	4. 2008	1343	91	101	90	72 - 113
	1. 2009	1523	129	128	101	83 - 123
	2. 2009	1393	108	96	112	90 - 139
	3. 2009	1366	105	101	104	84 - 129
	4. 2009	1328	89	107	83	67 - 103
	1. 2010	1316	88	109	81	65 - 100
	2. 2010	1299	84	95	89	71 - 111
	3. 2010	1330	80	96	83	66 - 104
	4. 2010	1443	92	116	79	64 - 98
	1. 2011	1457	78	107	73	58 - 92
	2. 2011	1434	97	110	88	71 - 109
	3. 2011	1338	71	88	81	64 - 102
	4. 2011	1408	95	110	87	69 - 109

HSMR for Frederikssund Hospital i perioden 1. kvartal 2009 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Frederikssund Hospital	1. 2009	1087	64	74	86	69 - 108
	2. 2009	1066	55	65	84	66 - 107
	3. 2009	1097	56	64	88	69 - 111
	4. 2009	1180	65	77	84	67 - 105
	1. 2010	1552	76	83	92	74 - 114
	2. 2010	1484	58	63	93	74 - 116
	3. 2010	1480	54	63	85	67 - 108
	4. 2010	1518	59	74	80	64 - 100
	1. 2011	1236	38	49	78	60 - 100
	2. 2011	1205	44	50	88	68 - 112
	3. 2011	1173	31	38	82	63 - 107
	4. 2011	1225	24	34	70	53 - 93

HSMR for Gentofte Hospital i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Gentofte Hospital	1. 2007	3648	224	219	102	85 - 122
	2. 2007	3550	172	168	103	83 - 126
	3. 2007	3317	182	176	104	84 - 128
	4. 2007	3716	209	200	105	87 - 126
	1. 2008	3518	198	196	101	83 - 124
	2. 2008	2803	137	140	98	79 - 121
	3. 2008	2650	155	146	106	86 - 131
	4. 2008	2867	161	162	99	80 - 123
	1. 2009	3069	187	171	109	91 - 131
	2. 2009	2866	149	142	105	85 - 129
	3. 2009	2653	128	144	89	72 - 110
	4. 2009	2684	142	158	90	73 - 110
	1. 2010	2613	146	166	88	72 - 107
	2. 2010	2512	152	162	94	76 - 115
	3. 2010	2490	157	164	96	78 - 117
	4. 2010	2602	146	165	89	72 - 109
	1. 2011	2469	132	153	86	70 - 106
	2. 2011	1992	119	133	90	73 - 111
	3. 2011	1846	109	120	91	73 - 113
	4. 2011	2103	117	152	77	62 - 96

HSMR for Glostrup Hospital i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Glostrup Hospital	1. 2007	2822	165	161	102	85 - 124
	2. 2007	2877	152	146	104	85 - 128
	3. 2007	2658	151	146	103	84 - 128
	4. 2007	2664	146	152	96	79 - 117
	1. 2008	2773	159	164	97	79 - 119
	2. 2008	2539	139	142	98	79 - 121
	3. 2008	2547	132	134	98	80 - 122
	4. 2008	2740	158	169	94	76 - 116
	1. 2009	2831	151	183	83	68 - 100
	2. 2009	2630	160	173	93	75 - 113
	3. 2009	2398	131	138	95	77 - 117
	4. 2009	2670	141	169	83	68 - 102
	1. 2010	2584	159	179	89	74 - 108
	2. 2010	2314	123	143	86	70 - 106
	3. 2010	1926	116	133	87	70 - 107
	4. 2010	1935	122	137	89	72 - 109
	1. 2011	1977	86	117	73	59 - 91
	2. 2011	1495	81	109	75	60 - 93
	3. 2011	1461	75	100	75	59 - 94
	4. 2011	1511	88	119	74	59 - 93

HSMR for Helsingør Hospital i perioden 1. kvartal 2009 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Helsingør Hospital	1. 2009	1002	73	73	100	81 - 125
	2. 2009	1000	46	51	91	71 - 116
	3. 2009	971	49	52	94	73 - 119
	4. 2009	1199	62	73	85	68 - 106
	1. 2010	1195	85	86	98	79 - 122
	2. 2010	1173	70	73	96	77 - 120
	3. 2010	1230	70	77	91	73 - 115
	4. 2010	1196	82	88	93	75 - 116
	1. 2011	1159	83	88	95	76 - 119
	2. 2011	1167	52	63	83	65 - 106
	3. 2011	1033	44	52	84	65 - 109
	4. 2011	1118	56	69	81	64 - 104

HSMR for Herlev Hospital i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Herlev Hospital	1. 2007	4112	271	282	96	81 - 115
	2. 2007	4090	263	261	101	82 - 124
	3. 2007	3845	282	268	105	86 - 129
	4. 2007	4047	287	299	96	80 - 114
	1. 2008	4519	327	335	98	80 - 119
	2. 2008	4791	319	325	98	80 - 120
	3. 2008	4874	307	317	97	79 - 118
	4. 2008	5171	401	390	103	84 - 125
	1. 2009	5321	368	392	94	80 - 110
	2. 2009	5122	295	334	88	74 - 106
	3. 2009	5173	337	350	96	80 - 116
	4. 2009	5533	358	410	87	73 - 105
	1. 2010	5264	365	399	92	77 - 108
	2. 2010	5167	304	346	88	73 - 106
	3. 2010	5237	302	365	83	69 - 100
	4. 2010	5334	375	420	89	75 - 107
	1. 2011	5805	369	420	88	74 - 104
	2. 2011	6437	331	389	85	71 - 102
	3. 2011	6298	342	379	90	76 - 108
	4. 2011	7197	360	461	78	65 - 94

HSMR for Hillerød og Hørsholm Hospital i perioden 1. kvartal 2009 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Hillerød Hospital	1. 2009	5262	272	269	101	85 - 120
	2. 2009	4420	188	210	90	73 - 109
	3. 2009	4432	220	218	101	83 - 122
Hillerød og Hørsholm Hospital	4. 2009	4988	236	255	92	76 - 112
	1. 2010	5334	229	244	94	78 - 112
	2. 2010	5037	199	216	92	75 - 112
	3. 2010	5084	241	232	104	86 - 126
	4. 2010	5119	229	252	91	75 - 110
	1. 2011	5112	214	229	93	77 - 113
	2. 2011	4669	256	240	107	89 - 128
	3. 2011	4681	254	239	106	88 - 128
	4. 2011	4623	235	245	96	79 - 117

HSMR for Hvidovre Hospital i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Hvidovre Hospital	1. 2007	3162	177	175	101	84 - 122
	2. 2007	3137	156	149	104	85 - 129
	3. 2007	2877	129	129	100	81 - 124
	4. 2007	3140	158	163	97	80 - 117
	1. 2008	3572	184	184	100	82 - 122
	2. 2008	3327	148	152	97	79 - 120
	3. 2008	3587	158	160	99	80 - 122
	4. 2008	3695	198	195	102	82 - 125
	1. 2009	3927	231	208	111	93 - 132
	2. 2009	3772	203	184	110	91 - 134
	3. 2009	3906	223	199	112	92 - 136
	4. 2009	4405	232	232	100	83 - 121
	1. 2010	4572	203	227	90	75 - 107
	2. 2010	4051	215	213	101	83 - 123
	3. 2010	4273	202	211	96	79 - 116
	4. 2010	4723	246	255	97	80 - 117
	1. 2011	4928	287	253	114	95 - 136
	2. 2011	4605	231	222	104	86 - 125
	3. 2011	4275	219	210	104	86 - 126
	4. 2011	4993	251	274	92	76 - 111

HSMR for Rigshospitalet i perioden 1. kvartal 2007 til 4. kvartal 2011

Sygehus	Kvartal	Antal indlæggelser	Observeret antal døde	Forventet antal døde	HSMR	95% konfidens-interval
Rigshospitalet	1. 2007	4662	168	177	95	79 - 114
	2. 2007	4309	142	144	99	80 - 121
	3. 2007	3961	154	155	99	80 - 123
	4. 2007	4445	164	182	90	74 - 109
	1. 2008	4418	175	183	96	78 - 117
	2. 2008	3720	152	161	95	77 - 117
	3. 2008	3813	120	142	85	68 - 105
	4. 2008	4100	157	180	87	71 - 108
	1. 2009	4535	169	205	82	69 - 99
	2. 2009	4284	150	184	82	66 - 100
	3. 2009	4352	153	170	90	73 - 110
	4. 2009	4788	131	178	74	60 - 90
	1. 2010	4880	144	198	73	60 - 88
	2. 2010	4967	177	199	89	72 - 109
	3. 2010	4650	168	186	90	74 - 110
	4. 2010	4997	197	225	87	72 - 106
	1. 2011	4944	175	209	84	69 - 102
	2. 2011	4963	188	207	91	75 - 110
	3. 2011	4828	149	186	80	65 - 98
	4. 2011	5165	206	226	91	75 - 111

NOTAT**Telefon** 38 66 50 00**Direkte****Web** www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 26. marts 2012

**Opfølgning på regionsrådets beslutninger fra 6. marts 2012 vedrørende kommunika-
tions- og pressepolitik**

Regionsrådet traf i forlængelse af drøftelserne om kommunikations- og pressepolitik-
ken på mødet den 6. marts beslutning om:

1. at offentliggøre spørgsmål fra regionsrådets medlemmer og administrationens svar herpå på regionens hjemmeside, under skyldighed hensyntagen til personfølsomme oplysninger (som det fremgår af notat af 2 marts 2012 - mødesagens bilag 10),
2. at mødesagerne i dagsordenen til rådets møder tilføjes et punkt om kommunikation af den enkelte sag og dennes beslutning,
3. at regionsrådsmøderne optages på video, og efterfølgende lægges på nettet.

Til orientering kan det oplyses, at ovenstående beslutninger implementeres som følger:

Offentliggørelse af spørgsmål

Spørgsmål fra regionsrådsmedlemmerne og administrationens svar herpå offentliggøres på regionens hjemmeside pr. 2. april 2012, og der udarbejdes en nyhed om dette på hjemmesiden.

Kommunikation af regionsrådets beslutninger

Alle mødesager tilføjes fra og med regionsrådsmødet den 22. maj et kommunikationspunkt i sagsfremstillingen. I vurderingen af om, og hvordan en sag skal kommunikeres indgår følgende overvejelser: Skal der orienteres om sagen internt eller eksternt? Hvem har sagen interesse for? - personkreds (bredere offentlighed, særlige interessenter, organisationer, kommuner etc). Hvilke kanaler anvendes i kommunikationen? Herunder presse, internet, intranet, høringer, konferencer etc.

Et eksempel kunne være dagsordenens punkt 15 ”sagen om håndterings af overskuds-
jord”

Kommunikationsindsats:

Region Hovedstadens arbejde for at fremme en mere bæredygtig forvaltning og et fornyet syn på jord som en ressource - frem for blot et restprodukt – kommunikeres til fagblade og dagspressen. Presseteamet udsender ligeledes en pressemeddelelse, som lægges på regionens hjemmeside.

Regionsrådsmøder på nettet

Fra og med regionsrådsmødet den 22. maj optages regionsrådsmøderne på video og lægges efterfølgende på nettet. På regionsrådsmødet den 10. april produceres en såkaldt ”dummy”, hvor optageforhold, teknik mv. testes.