Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Bilag til meddelelser

Meddelelse nr. 25.01	Likviditetsopgørelse for 1. første halvår 2011 opgjort efter kassekreditreglen
Meddelelse nr. 25.02	Standardiseret økonomiopfølgning pr. 30. juni 2011
Meddelelse nr. 25.06	Frikommuneordningen og ønske om kommunal overtagelse af distriktspsykiatrien
Meddelelse nr. 25.07	Vision for Sundhedsvæsenet i Region Syddanmark
Meddelelse nr. 25.08	Samarbejdsaftale om en letbane i Ring 3
Meddelelse nr. 25.12	UDVIKLING I FORBRUG PÅ DE PRIVATE HOSPITALER
Meddelelse nr. 25.14.02	Sundhedskoordinationsudvalget
Meddelelse nr. 25.14.05	Møder i bestyrelsen for Trafikselskabet Movia

REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.01

Emne: Likviditetsopgørelse for 1. første halvår 2011 opgjort efter kassekreditreglen

1 bilag

Region Hovedstaden

Koncern Økonomi

Finans og Support

Kongens Vænge 2
DK - 3400 Hillerød

Direkte 48205023

Journal nr.: 10000255

Dato: 1.juli 2011

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Likviditetsopgørelse opgjort efter kassekreditreglen efter 1. første halvår 2011.

Det har fra 1. januar 2004 været obligatorisk at indberette oplysninger om likviditet opgjort efter kassekreditreglen.

Det skal bemærkes, at de indberettede likviditetsoplysninger skal være opgjort efter kassekreditreglen til forskel fra ultimo likviditeten.

Kassekreditreglen fremgår af § 8 i lånebekendtgørelsen for regionerne. Region Hovedstaden har med udgangen af 1. kvartal 2011 efterlevet statens krav til de kommunale enheders likviditet med hensyn til kassekreditreglen. Reglen foreskriver, at den gennemsnitlige kassebeholdning skal være positiv.

I oprindeligt budget 2011 er der forudsat en gennemsnitlig kassebeholdning efter kassekreditreglen på 1.423 mio. kr. efter kassekreditreglen og en ultimo kassebeholdning på -1005 mio. kr. ved udgangen af året.

Tabel 1. Oprindeligt budget 2011

Mio. kr.	Jan	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.
Månedlig gennemsnitlig beholdning	1.403	1.837	1.722	1.825	1.663	1.704	1.528	1.431	1.375	936	959	697
Kassekreditreglen	3.188	3.062	2.883	2.745	2.610	2.475	2.346	2.219	2.047	1.829	1.636	1.423
Ultimo kassebeholdning	331	228	235	259	186	113	-34	-172	-279	-550	-767	-1.005

Nedenfor vises den faktiske udvikling i kassebeholdningen for 1.første halvår 2011 samt skøn for den resterende del af 2011.

Tabel 2. Faktisk udvikling til og med juni 2011 og prognose juli- december 2011

	Jan	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.
Månedlig gennemsnitlig beholdning	3.523	3.814	4.461	4.448	3.985	4.037	3.448	2.934	2.559	1.739	1.537	1.060
Kassekreditreglen	3.407	3.445	3.495	3.575	3.633	3.693	3.724	3.723	3.649	3.498	3.332	3.129
Ultimo kassebeholdning	1.868	2.700	2.770	2.746	2.468	2.124	1.600	1.084	599	22	-448	-845

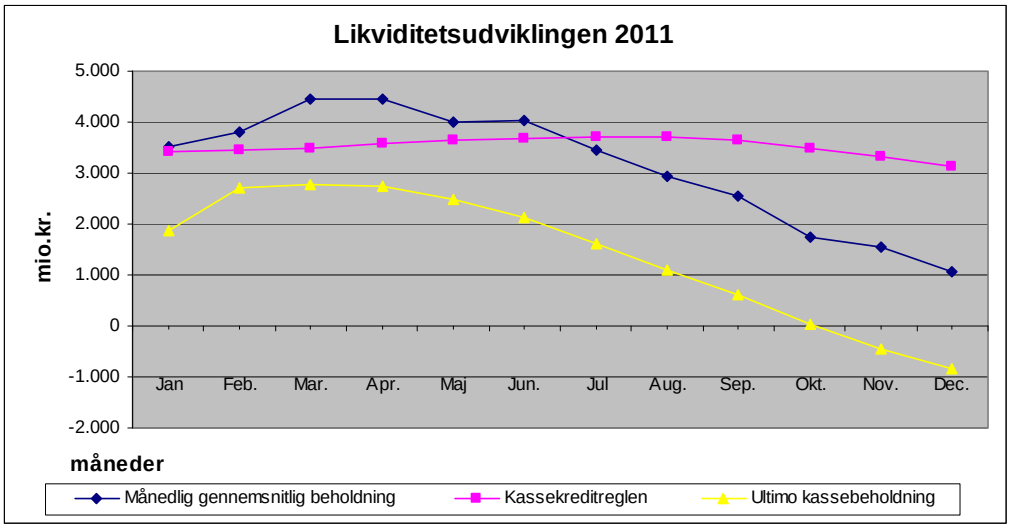
Den gennemsnitlige kassebeholdning blev efter kassekreditreglen ultimo juni 2011 på 3.693 mio. kr. mod forudsat 2.475 mio. kr. i det vedtagne budget 2011.

Det vil sige, at der en forbedring i forhold til det vedtagne budget på 1.218 mio. kr. i den gennemsnitlige kassebeholdning efter kassekreditreglen.

Den gennemsnitlige kassebeholdning efter kassekreditreglen skønnes ved året udgang til 3.129 mio. kr. baseret på bevillingerne i 2. økonomirapport 2011 mod forudsat 1.423 mio. kr. i det vedtagne budget 2011.

Hovedårsagen til den højere gennemsnitlige kassebeholdning er dels det forbedrede driftsresultat i 2010 i forhold til bevillingerne, og dels tidsforskydninger på investeringsrammen fra 2010 til 2011. Desuden er der et meget lavt forbrug på investeringerne i første halvår 2011. Det registrerede investeringsforbrug andrager knap 300 mio.kr. ud af en samlet investering budget på 2.887 mio.kr. eller en forbrugsprocent på godt 10 % for første halvår 2011.

Nedenfor er vist en grafisk udvikling af den faktiske udvikling af kassebeholdning for første halvår 2011 sammenholdt med den skønnede likviditetsudvikling for det resterende det af 2011.



Likviditetsudviklingen
Den skønnede likviditetsudvikling for 2011er i overensstemmelse med forudsætningerne i 2. økonomirapport 2011.

Renteindtægter af likvide aktiver forventes at udgøre 43,5 mio. kr. mod forudsat 41 mio. kr. i det vedtagne budget 2011. Der er kalkuleret med en gennemsnitlig rente på 1,8 % p.a. svarende til seneste vurdering. Der forventes en gennemsnitlig kassebeholdning i 2011på knap 3,2 mia. kr. til forrentning, heraf er 1.350 mio. kr. placeret i obligationer. Der er kalkuleret med en gennemsnitlig rentesats på 1 % på bankindskud og 2,25 % p.a. i afkast på obligationsbeholdningen.

Den næste vurdering for 2011 foretages i forbindelse med 3.økonomirapport 2011 samt i forbindelse med afrapportering af kassekreditreglen for 3. kvartal 2011.

REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.02

Emne: Standardiseret økonomiopfølgning pr. 30. juni 2011

1 bilag

Standardiseret oversigt til indberetning på driftsvirksomhed

Nettodriftsvirksomhed - udgiftsbaseret	Oprindeligt budget, inkl. aftalte korrektioner	Forbrug pr. 30. juni 2011	Fremskrevet forbrug	Forventet årsresultat
	(hele mio kr.)	(hele mio kr.)	(hele mio kr.)	(hele mio kr.)
1 Sundhed (dranst 1+2), ekskl. fkt. 1.80.60	30.376	14.905	29.057	30.480
1.10 Sygehusvæsen	22.586	10.977	21.529	22.556
1.20 Sygesikring m.v. ekskl. medicin	4.909	2.659	5.063	5.093
1.20.12 Medicin	1.908	909	1.825	1.857
1.70 Andel af fælles formål og administration	712	336	593	712
2 Social og specialundervisning (bruttodriftsudgifter dranst 1, Hovedart 1-6 +9)	894	454	869	911
2.70 Andel af fælles formål og administration	22	10	16	23
3 Regional udvikling (dranst 1+2), ekskl. fkt. 3.80.70	883	499	787	1.092
3.70 Andel af fælles formål og administration	20	9	15	21

Kommentarer til indberetning på driftsvirksomhed

	Afvigelser mellem oprindeligt budget og fremskrevet forbrug	Afvigelser mellem oprindeligt budget og forventet årsresultat
1 Sundhed (dranst 1+2), ekskl. fkt. 1.80.60	Det fremskrevne forbrug er forskelligt fra det forventede årsresultat, hvilket umiddelbart vurderet skyldes forskelle i periodisering mellem år. Det er vurderingen, at det forventede årsresultat giver et mere retvisende billede.	
1.10 Sygehusvæsen		Der forventes et mindreforbrug på 30 mio. kr., som er sammensat af en række op og nedadgående poster, hvoraf den væsentligste er mindreforbrug til medicin på hospitalerne.
1.20 Sygesikring m.v.		Det forventede merforbrug på 185 mio. kr. kan især henføres til almen lægehjælp og speciallægeområdet fordelt med knap halvdelen til hvert område. I det forventede årsresultat er indarbejdet et skøn over betydningen af de nye overenskomster. Der er igangsat en nærmere anaylse af udgiftsudviklingen.
heraf 1.20.12 Medicin		Medicinbudgettet er foreløbigt reduceret med 69 mio. kr. som følge af regulering af medicingaranti jf. økonomiaftalen for 2012. Der forventes et mindreforbrug på 51 mio. kr. til medicintilskud.
2 Social og specialundervisning (dranst 1+2)		Det forventede årsresultat afviger fra det oprindelige budget især pga. iværksættelse af særlige foranstaltninger med kommunerne.
3 Regional udvikling (dranst 1+2), ekskl. fkt. 3.80.70	Udbetalingerne til de forskellige projekter falder oftest i rater, hvorfor udgiftsprofilen ikke er den samme fra år til år. Det fremskrevne forbrug er derfor usikkert og det forventede årsresultat giver et mere retvisende billede.	Det forventede årsresultat afviger fra det oprindelige budget bl.a. som følge af overførsler fra 2010 til 2011.

Standardiseret oversigt til indberetning på anlægsvirksomhed

Bruttoanlægsudgifter (dranst 3)	Oprindeligt budget, inkl. aftalte korrektioner (hele mio kr.)	Uudnyttet bevilling i sidste regnskabsår overført (genbevilget i) til nyt regnskabsår (hele mio kr.)	Andre tillægsbevillinger (hele mio kr.)	Korrigeret budget (hele mio kr.)	Forbrug pr. 30. juni 2011 (hele mio kr.)	Forventet årsresultat (hele mio kr.)
1 Sundhed	1.463	1.290	194	2.947	536	2.947
Kvalitetsfondsprojekter	319	312	0	631	5	53
2 Social og specialundervisning	32	21	0	53	15	53
3 Regional udvikling	0	0	0	0	0	0
4 Fælles formål og administration	0	0	17	17	17	17

Kommentarer til indberetning på anlægsvirksomhed

	Afvigelser mellem oprindeligt budget og forventet årsresultat
1 Sundhed	I det forventede årsresultat er der ikke foretaget korrektion for tidsforskydninger fra 2011 til 2012. Tidsforskydningerne forventes at reducere årsresultatet væsentligt.
Kvalitetsfondsprojekter	Midler til kvalitetsfondsprojekter er opgjort særskilt og er ikke en del af investeringsbudgettet.
2 Social og specialundervisning	I det forventede årsresultat er der ikke foretaget korrektion for tidsforskydninger fra 2011 til 2012.
3 Regional udvikling	
4 Fælles formål og administration	

REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.06

Emne: Frikommuneordningen og ønske om kommunal overtagelse af distriktspsykiatrien

2 bilag

Region Hovedstaden

Bilag 1

Koncerndirektionen

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Direkte 4820 5709

Dato: 24. juni 2011

Regionsrådets medlemmer

Aktuel orientering – ønske fra Gentofte og Gladsaxe kommuner om at overtage ansvaret for distriktspsykiatrien

Gladsaxe og Gentofte kommuner er blevet godkendt som frikommuner med virkning fra den 1. januar 2012. Et af de områder, hvor de to kommuner ønsker at gennemføre forsøg er på det distriktspsykiatriske område. Kommunerne ønsker som led i frikommuneforsøget at overtage distriktspsykiatrien, både med hensyn til ansvar, opgaver og ressourcer. De to kommuner er ved at udarbejde en konkret ansøgning om forsøgsgodkendelse, som skal indsendes til Indenrigs- og Sundhedsministeriet senest den 1. august. De to byråd har godkendt, at der indsendes ansøgning. Det forventes, at regeringen inden Folketingets åbning i oktober tager stilling til, om forsøgsansøgningen kan imødekommes.

Formålet med at overtage de distriktspsykiatriske opgaver er ifølge den foreløbige ansøgning at effektivisere og udvikle opgavevaretagelsen på psykiatriområdet i kommunalt regi. Hensigten er, at sikre en koordineret indsats mellem distriktspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsindsatsen for borgere med dobbeltdiagnoser.

Administrationen har i vedlagte notat opsummeret sine bemærkninger til de to kommuners ansøgning. Det er administrationens opfattelse, at den regionale distriktspsykiatri er karakteriseret ved, at:

- **at** målgruppen er patienter med svær, kompliceret sygdom,
- **at** distriktspsykiatrien varetager og nødvendigvis må varetage den ambulante og specialiserede behandling i et tæt samarbejde med den hospitalsbaserede psykiatri,
- **at** personalet i distriktspsykiatrien er en integreret del af den hospitalsbaserede psykiatri, og
- **at** distriktspsykiatrien er krumtappen i at sikre kontinuitet og sammenhæng mellem indlæggelse og ambulant behandling og overgang til kommunale sociale tilbud.

En kommunal overtagelse af distriktspsykiatrien vil efter administrationens opfattelse indebære, at behandlingsansvaret for patienterne vil blive splittet mellem region og kommune, og at der kan ske alvorlige brud i behandlingskontinuiteten med risiko for forværring af sygdom. Forsøget vil ikke betyde, at grænser og snitflader mellem sektorerne fjernes, men kan gøre samarbejdet mellem dem vanskeligere.

Forsøget vil indebære en risiko for, at kvaliteten i behandlingen af psykiatriske patienter vil blive forringet, fordi de i forsøgsperioden ikke vil være del af et udviklings- og forskningsmiljø i den hospitalsbaserede psykiatri.

Herudover indebærer forslaget en risiko for, at samarbejdet med den somatiske sygehusbehandling bliver forringet, og at fx somatisk sygdom kan blive overset. Forsøget vil også vanskeliggøre en varetagelse af den uddannelsesforpligtelse, som Region Hovedstaden har, både for den ambulante og for den sengebaserede psykiatri.

Endelig er der for de retspsykiatriske patienters vedkommende en særlig problematik, idet det er da en psykiater i behandlingspsykiatrien, der har behandlingsansvaret for disse patienter.

Der vil blive forelagt en mødesag til politisk behandling om spørgsmålet efter sommerferien.

Med venlig hilsen

Katja Kayser

Region Hovedstaden

Bilag 2

Koncern
Plan og Udvikling

Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5419
Web www.regionh.dk

Journal nr.: 08001213
Ref.: Hanne Susan Rasmussen

Dato: 23. juni 2011

NOTAT

Frikommuneforsøg og kommunal overtagelse af distriktspsykiatri

Frikommuneforsøg

Regeringen igangsætter den 1. januar 2012 et vidtgående fireårigt forsøg med ni frikommuner, der kan fritages for stort set al statslig regulering. Forsøget er led i en yderligere afbureaukratisering i kommunerne, og ligger i forlængelse af "Frihedsbrevet", "Udfordringsretten", "Mere tid til velfærd" og "Væk med bøvlet-kampagne".

Frikommuneforsøget skal give ny inspiration til fremtidig statslig regulering af den kommunale opgaveløsning, og det skal inspirere kommunerne til nye interne organiserings- og ledelsesformer. Det er regeringens ønske, at der flyttes grænser. Der gives mulighed for at frikommunerne kan opfylde lovens formål ved at gøre tingene anderledes og ved at fravige lovens indholdsmæssige krav.

Frikommuneforsøget omfatter i udgangspunktet alle kommunale opgaveområder, og regeringen bemærker, at den er indstillet på at gå langt. Mangler der forsøgshjemmel på et område, vil regeringen søge om Folketingets tilslutning.

Fra Region Hovedstaden er bl.a. Gladsaxe/Gentofte Kommuner blevet godkendt som frikommuner med virkning fra 1. januar 2012. De to kommuner søger bl.a. om at overtage ansvar, opgaver og ressourcer i distriktspsykiatrien. De to kommuner er i gang med at konkretisere forsøget, der skal fremsendes til Indenrigs- og Sundhedsministeriet inden 1. august 2011. Derefter vil regeringen tage stilling til hvilke af de 9 frikommuners forsøgsforslag, der kan imødekommes.

Kommunernes overvejelser om overtagelse af distriktspsykiatrien

Formålet for Gladsaxe og Gentofte Kommuner med at overtage distriktspsykiatrien er at kunne tilrettelægge og sikre borgerne sammenhængende forløb og behandling, fokus på forebyggelse, bedre løsninger for patienter med dobbeltdiagnoser samt sammenhæng mellem behandlingsindsats og fastholdelse af borgere på arbejdsmarkedet.

Det er de to kommuners opfattelse, at opgavefordelingen hermed vil ligne det somatiske område, hvor hospitalerne tager sig af den specialiserede behandling, mens kommunerne tager sig af forebyggelse, rehabilitering og socialfaglig og beskæftigelsesrettet indsats.

Kommunerne mener, at ved at samle distriktspsykiatrien og kommunens tilbud kan tilbuddene koordineres og udvikles efter samme målsætninger, og borgeren vil opleve et koordineret og sammenhængende tilbud. Kommunerne finder, at de også vil få ekspertise indenfor behandlingsområdet hvilket særligt har betydning for borgere med dobbeltdiagnoser, hvor der i dag er en uklar ansvarsfordeling. Desuden finder kommunerne, at borgere med lettere psykisk lidelser, ADHD, spiseforstyrrelser og angst kan få et koordineret tilbud, hvor medicinsk behandling, støtte til hverdagen og tilbagevenden til arbejde/uddannelse koordineres af samme myndighed.

Kommunerne mener således, at overtagelsen af distriktspsykiatrien, giver mulighed for at udvikle den samlede opgavevaretagelse mellem misbrugsindsats, socialpsykiatri, behandling/distrikspsykiatri og Region Hovedstadens borgere med sindslidelse, dobbeltdiagnoser og misbrug.

Argumenter for fortsat regional varetagelse af distriktspsykiatrien
Det er ud fra ansøgningen uklart om Gladsaxe/Gentofte Kommuner ved, hvad indholdet i distriktspsykiatrien er, og hvad det er for behandlingsopgaver regionerne varetager på området.

Distriktspsykiatri anno 2011

- Målgruppen er patienter med svært kompliceret psykisk sygdom
- De distriktspsykiatriske centre varetager den ambulante, specialiserede diagnosticering samt medicinske og terapeutiske sundhedsfaglige behandling, herunder opsøgende behandling og hospitalsbaseret rehabilitering i forhold til målgruppen.
- Personalet i de distriktspsykiatriske centre er en integreret del af den hospitalsbaserede psykiatri – og er dermed en integreret del af de mest kompetente, fagligt sikrede, akkrediterede og lægefagligt professionelle miljøer.
- De distriktspsykiatriske centre udgør krumtappen i den psykiatriske behandling og sikrer kontinuitet og sammenhæng mellem indlæggelse og ambulant behandling. De distriktspsykiatriske centre er dermed garant for sammenhængende behandlingsforløb, uanset om patienten er indlagt eller behandles ambulant. En kontinuitet, der er særdeles vigtig med henblik på at begrænse utilsigtede hændelser som f.eks. selvmord.

Visioner for psykiatrien
På nationalt plan via Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner og lokalt i Region Hovedstaden er der udarbejdet visioner og strategier for psykiatrien. Samtlige strategier fastlægger, at fremtidens psykiatri skal opprioritere den ambulante psykiatri med intensive opsøgende ambulante tilbud samtidig med, at der skal være de nødvendige senge til at understøtte den ambulante behandlingsindsats.

I overensstemmelse med de nationale strategier har Region Hovedstaden omlagt behandlingen fra primært stationær behandling til en langt mere intensiv og opsøgende

ambulant behandling. Omlægningen indebærer, at så mange som muligt behandles ambulant, hvor indlæggelse understøtter den ambulante behandling og sker i korte intensive behandlingsforløb med tæt ambulant opfølgning.

Som led omlægningen er den distriktspsykiatriske indsats styrket ved at sammenlægge distriktspsykiatriske centre til store faglige og økonomisk bæredygtige enheder, der er forankret i de sundhedsfaglige miljøer på de psykiatriske centre. Det understøttes af Sundhedsstyrelsens specialeplan, der fastlægger at fremtidens sundhedsvæsen skal samle behandlinger på færre steder for at sikre tilstrækkeligt patientgrundlag og specialister til en højt kvalificeret sundhedsfaglig behandling.

Specialeplanen er implementeret i regionen, og der ydes specialiseret behandling til patienter – også i de distriktspsykiatriske centre. De distriktspsykiatriske centre har i den forbindelse mulighed for at modtage sundhedsfaglig konsulentbistand fra speciallæger og specialuddannet personale i de etablerede regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner i hele Region Hovedstadens Psykiatri afhængig af patientens diagnose og komplikationer, f.eks. for patienter med skizofreni, bipolære lidelser, retspsykiatri, dobbeltdiagnoser mv.

Målgrupper for distriktspsykiatri
De målgrupper, som kommunerne nævner i deres frikommune ansøgning varetages i dag som alt overvejende hovedregel i primærsektoren, hos alment praktiserende læge eller hos privatpraktiserende speciallæger. Det gælder patienter med lettere psykiske lidelser herunder spiseforstyrrelser, angst, personlighedsforstyrrede, ADHD mv. Disse patienter udgør således ikke i dag målgruppen for distriktspsykiatrien.

Patienter med ikke-psykotiske lidelser, som har behov for hospitalsbaseret behandling varetages i standardiserede pakkeforløb på ambulatorier og behandlingsretsklinikker eller i specialfunktioner.

Den distriktspsykiatriske behandling er således målrettet patienter med svær psykisk sygdom, særligt patienter med skizofreni og bipolære lidelser. De gruppeforløb og opsøgende opgaver, der varetages i distriktspsykiatrien er sundhedsfagligt baserede og har derfor et andet fokus end kommunens gruppeforløb og opsøgende opgaver.

Behandling i distriktspsykiatri
De distriktspsykiatriske centre varetager specialiseret diagnostik, ambulant medicinsk og terapeutisk behandling, opsøgende behandling og hospitalsbaseret rehabilitering. Desuden sikrer distriktspsykiatrien hurtig og smidig udslusning fra den døgnbaserede intensive observation og behandling til et sikkert ambulant miljø med professionel sundhedsfaglig indsats.

Det er vurderingen, at patienternes behov for behandling bedst kan tilgodeses ved, at distriktspsykiatrien forbliver som en integreret del af det psykiatriske behandlingstilbud. En fortsat samlet ambulant og sengebaseret psykiatri sikrer:

- *Ét behandlingsansvar*

Behandlingsansvaret for den enkelte patient er forankret hos klinikchefen på det psykiatriske center. Dermed sikres kontinuiteten og sammenhæng i behandlingsansvaret, uanset om patienten er indlagt eller behandles i ambulatorierne eller i distriktspsykiatrien. Personalet i distriktspsykiatrien er desuden en integreret del af det psykiatriske behandlingstilbud og deltager også i arbejdet i den sengebaserede psykiatri.

Det vil være vanskeligt at udskille sundhedsfagligt personale fra Region Hovedstadens Psykiatri – idet personalet er en integreret del af det samlede sundhedsfaglige tilbud. Hvis det sker afbrydes den tværfaglige behandling mellem læger, sygeplejersker, psykologer fysio- og ergoterapeuter m.fl. samt kontakten til det lægefaglige miljø, der kontinuerligt medvirker til faglig kvalitet og udvikling.

Hvis distriktspsykiatrien bliver en kommunal opgave, vil behandlingsansvaret blive delt. Det vil medføre alvorlige brud i behandlingskontinuiteten med stærkt forøget risiko for alvorlige utilsigtede hændelser i overgangen fra indlæggelse til ambulant behandling eller at patienten ophører med behandlingen, hvorved lidelsen forværres.

Der er desuden en særlig vanskelig problematik i forhold til behandlingen af retspsykiatriske patienter, hvor langt de fleste bliver behandlet ambulant, men hvor der efter lovgivningen er krav om, at der bliver udpeget én behandlingsansvarlig overlæge i det psykiatriske center. Der er ikke mulighed for at delegere denne kompetence til læger uden for den regionale behandlingspsykiatri.

- *Læge- og sundhedsfaglig kvalitet på højeste niveau*

De psykiatriske patienter skal sikres behandling i de mest kompetente, fagligt sikrede, akkrediterede og lægefagligt professionelle miljøer. Det er af afgørende betydning for udviklingen og vedligeholdelsen af personalets specialiserede kompetencer, at kompetenceudviklingen er forankret i de universitære miljøer og i de udviklings- og forskningsmiljøer, som findes på de psykiatriske centre. Diagnosticering af psykisk sygdom er ikke en tværfaglig udredningsopgave, men kræver speciallægekompetencer i psykiatri.

Desuden har regionen en uddannelsesforpligtelse i forhold til sundhedsfagligt personale i grund- og videreuddannelsesforløb, speciallægeuddannelsen, specialpsykologuddannelsen mv. inden for såvel den sengebaserede som den ambulante psykiatri.

Hertil kommer ét fælles uddannelsessystem for personalet Region Hovedstadens Psykiatri. Det sikrer et ensartet og højt fagligt niveau og bidrager til den ønskede sammenhæng og integration af i behandlingsindsatsen på tværs af sengeafsnit, ambulatorier og distriktspsykiatriske centre.

- *Ét behandlingssystem – én journal*

I sundhedsvæsenet er der i dag kun én journal, som understøtter samlingen og forankringen af behandlingsansvaret ét sted. En ændring, som beskrevet i frikommuneordningen vil øge risikoen for utilsigtede hændelser og kontinuitetsbrud, når behandlingsansvaret og dermed journalen splittes mellem sektorer.

- *Samarbejde med somatikken*

Region Hovedstadens Psykiatri har som hospital et tæt samarbejde med de somatiske hospitaler i døgnets 24 timer både ambulant og under indlæggelse, idet mange psykiatriske patienter også har behov for somatisk behandling og omvendt. Såvel Region Hovedstadens Psykiatri som de somatiske hospitaler arbejder kontinuerligt på at udbygge dette samarbejde.

Hvis distriktspsykiatrien bliver en kommunal opgave, er det vurderingen, at de psykiatriske patienters muligheder for at modtage den nødvendige somatiske behandling på et somatisk hospital forringes fx fordi somatisk sygdom overses.

- *Sammenhængende patientforløb*

Hvis Gentofte og Gladsaxe Kommuners ansøgning imødekommes skabes et kontinuitetsbrud mellem indlæggelse og udslusning/opfølgning og fortsat ambulant behandling. Det bryder med visionen om et sammenhængende sundhedsvæsen, herunder ønsket om én sundhedsfaglig behandlingsplan. Et sådant kontinuitetsbrud vil have meget alvorlige konsekvenser for de patienter, det drejer sig om, herunder stærkt forøget risiko for forværring af den psykiatriske sygdom og forøget risiko for selvmord.

Samarbejde på tværs af sektorer

Med strukturreformen blev der lagt en meget klar opgavefordeling, hvor regionerne fik ansvaret for de sundhedsfaglige ydelser og kommunerne fik ansvaret for de socialfaglige ydelser. Hvis kommunerne overtager distriktspsykiatrien etableres en ny uklar og uhensigtsmæssig opgavefordeling til skade for de svageste borgere. Der vil opstå behov for nye og omfattende samarbejdsaftaler mellem de to sektorer.

Den nuværende ansvarsfordeling er meningsfuld, og det kan få fatale konsekvenser for mennesker med alvorlige psykiske lidelser at efterkomme Gladsaxe og Gentofte Kommunes ønske om at overtage opgaver, ansvar og ressourcer i distriktspsykiatrien. Der er således tale om et eksperiment, der må forventes at medføre meget alvorlige kontinuitetsbrud hos en i forvejen meget sårbar patientgruppe.

Samtidig deler regionen ønsket om at sikre, at borgerne får et sammenhængende og helhedsorienteret tilbud på tværs af sektorer. Regionen vil derfor fortsat gerne medvirke til at fremme kommunernes ønsker til samarbejdet ved at styrke det konstruktive tværsektorielle samarbejde, der allerede i dag praktiseres. Hertil er sundhedsaftalerne og de bilaterale samarbejdsaftaler et rigtig godt fundament.

Verserende sager som kan påvirke frikomunegodkendelse

Aktuelt verserer der to sager i medierne, der afspejler problematikken med at få sammenhæng og koordination i patientforløbet, og hvordan dette vanskeliggøres med de mange instanser, der er involveret.

Psykisk syge og misbrug
I marts 2011 skriver KL (Jan Trøjborg) til indenrigs- og sundhedsministeren om at kommunerne oplever store vanskeligheder med at få udredt og behandlet misbrugere i det regionale behandlingssystem herunder, at misbrugerne også bliver afvist.

Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder slår i sit svar fast, at ansvarsfordelingen er klar og entydig - kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen - regionerne har ansvaret for behandling af den psykiske lidelse og har ansvar for behandling i sygehusvæsenet og praksissektoren. Således skal sygehuset under indlæggelse også behandle patientens misbrug. Via sundhedsaftalerne skal der sikres koordinerede forløb ved patientens overgang til kommunen, og der skal etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem. Bertel Haarder slutter med at påpege, at nu må regioner og kommuner hver især løfte deres ansvar overfor denne patientgruppe.

Psykisk syge og kriminalitet
Der har medio maj 2011 i medierne været debat om indsatsen overfor psykisk syge herunder retspsykiatriske patienter. Den 10. maj udsendte Sundhedsstyrelsen "Psykisk syges kriminelle forløb - 2005-2009". I undersøgelsen, der var en konsekvens af "Haveriloven", som var tidsbegrænset fra januar 2005 til juni 2010, er 50 behandlingsforløb, som er gået forud for kriminalitet, undersøgt.

Hovedkonklusionen i undersøgelsen er, at kommunerne ikke løser opgaven godt nok. Kommunerne visiterer de sygeste af patienterne til bosteder, der ikke har kompetencer til at varetage målgruppen, og hvor kvaliteten ikke modsvarer patientens behov. Personalet har ikke de nødvendige sundhedsfaglige og psykiatriske kompetencer, og der føres ikke dokumentation for observation og medicinering. Og ofte placeres patienter af økonomiske årsager i eget hjem i stedet for i bosteder. Endelig er der ikke en tilstrækkelig overlevering mellem kommunens forvaltninger.

For så vidt angår regionerne er der behov for at stramme op på overdragelsen af patienten til kommunen med klarhed om ansvar og opfølgning. Hertil kommer, at der stadig i mange sager ikke udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.07

Emne: Vision for Sundhedsvæsenet i Region Syddanmark

3 bilag

Bilag 1

Til høringsparterne
jf. vedlagte høringsliste

Sundhedsområdet
Internt Ledelsessekretariat
Kontaktperson: Rebecca Bennick Sandmann
Rebecca.Bennick.Sandmann@regionsyddanmark.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631674

31. maj 2011
Journal nr. 10/1091

Høring

Høringsudkast: Vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark

Regionsrådet sender hermed forslag til ny vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark i høring.

Sidste frist for at afgive høringssvar er **torsdag den 15. september 2011.**

Høringssvar bedes afgivet elektronisk på Region Syddanmarks hjemmeside via:
www.regionsyddanmark.dk/høring

Høringsudkastet er vedhæftet som fil, men kan også findes via www.regionsyddanmark.dk/høring. Her vil høringssvarene også blive offentliggjort løbende.

Baggrund for høringsudkastet
Der skal udarbejdes en ny vision for Region Syddanmarks sundhedsvæsen. Den nye vision skal afløse den foreløbige vision, som blev godkendt af forberedelsesudvalget i maj 2006 og videreført indtil videre af regionsrådet i august 2007. Den nuværende foreløbige vision kan findes på høringshjemmesiden (se hjemmeside-adressen ovenfor).

Høringsudkastet er resultatet af en lang proces, der blev indledt med en temadrøftelse i regionsrådet i april 2010. Efterfølgende har visionsudvalget arbejdet med at skabe en ny vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark. Arbejdet har blandt andet omfattet høring af et diskussionsoplæg, oplæg ved indbudte foredragsholdere samt en sundhedskaravane og et borgertopmøde, hvor politikere og borgere fik lejlighed til at drøfte opfattelser af sundhed og visioner for sundhedsvæsenet. På baggrund af de mange bidrag, indtryk og drøftelser foreligger der nu et forslag til ny vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark, som sendes i høring.

Den videre proces
På baggrund af høringssvarene udarbejdes der et endeligt forslag til ny vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark. Det endelige forslag forventes at blive politisk godkendt af regionsrådet i november.

Visionen er et væsentligt pejlemærke for retningen i regionens sundhedsvæsen fremover – og dermed for alle borgere, patienter og medarbejdere i sundhedsvæsenet i Region Syddanmark. Derfor ser regionsrådet frem til at høre din mening.

Tak for bidragene.

Venlig hilsen

Carl Holst
Regionsrådsformand

Poul-Erik Svendsen
Formand for visionsudvalget

Damhaven 12, 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

Bilag 2

Vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark

Høring 30. maj – 15. september 2011

Region Syddanmark

Du tager ansvar for din sundhed
Sammen tager vi hånd om din sygdom

Sundhedsvæsenet i Region Syddanmark er til for borgerne.
Sundhedsvæsenet bidrager aktivt til at bekæmpe sygdom og forbedre borgernes sundhed.

Vores succes bygger på **dialog**, **lighed** og **sammenhæng**. Vi har fokus på **rettidighed** og **kvalitet**, og det bedste resultat opnås, når alle tager **ansvar**.

Dialog
Vi møder patient og pårørende med respekt, omsorg og åbenhed.
Nærhed, tryghed og ligeværdighed skabes i en dialog, hvor patient og pårørende bliver set og hørt.

Lighed
Vi har fokus på, at al behandling tager udgangspunkt i en fri og lige adgang for alle borgere.
Lighed i sundhed opnås, når der tages hensyn til, at mennesker er forskellige, har forskellige behov og forskellige ressourcer. Det betyder, at der kan være forskel i behandling.

Sammenhæng
Vi skaber sammenhæng ved samarbejde og dialog med patienten.
Sammenhæng er vigtig, fordi det giver kvalitet og tryghed for patienten.

Rettidighed
Vi giver rette hjælp til rette tid.
De, der har det største behov, får hjælp hurtigst.

Kvalitet
Vi giver den rette behandling, på det rette tidspunkt, baseret på nyeste viden.
Patient og pårørende har en oplevelse af, at vi gør det godt.

Ansvar
Vi mener, at det gode patientforløb er et fælles ansvar for både patient, pårørende og personale.
Ansvar betyder også, at ingen bliver ladt i stikken.
Uanset hvordan borgeren har varetaget egen sundhed, så tager sundhedsvæsenet hånd om borgerens sygdom.

Bilag 3

Region Hovedstaden

Koncerndirektionen

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Direkte 48 20 56 19

Dato: 30. juni 2011

Til
Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

Høringsudsendelse: Ny vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark

Region Hovedstaden har den 31. maj 2011 modtaget forslag til ny vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark til høring. Regionen har med stor interesse læst forslaget.

Forslag til en ny vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark er taget til efterretning. Regionen har ingen konkrete bemærkninger til forslaget.

Region Hovedstaden ser frem til et fortsat godt og konstruktivt samarbejde mellem Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

Med venlig hilsen

Svend Hartling
Koncerndirektør

UDKAST

REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.08

Emne: Samarbejdsaftale om en letbane i Ring 3

1 bilag

[Transportministeriet]
[Ringbysamarbejdet]

Samarbejdsaftale om en letbane i Ring 3

Indledning
I dag er strækningen langs Ring 3 tæt trafikeret. På de overbelastede veje opstår der kødannelser, fremkommeligheden forringes og rejsehastigheden nedsættes. En letbane langs Ring 3 vil medføre, at de mange borgere, der bor og arbejder langs byfingrene vil få et incitament til at lade bilen stå og benytte sig af den kollektive trafik.

COWI har undersøgt mulighederne for en letbane i Ring 3. Af COWIs rapport 'Ring 3 – Letbane eller BRT' fremgår det, at en letbane på strækningen Lundtofte-Ishøj skønnes at beløbe sig til ca. 3,75 mia. kr.

Regeringen, Region Hovedstaden, Lyngby-Taarbæk Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Rødovre Kommune, Glostrup Kommune, Vallensbæk Kommune, Albertslund Kommune, Brøndby Kommune, Hvidovre Kommune Høje-Taastrup Kommune og Ishøj Kommune er enige om at arbejde videre med at anlægge og finansiere en letbane langs Ring 3.

Beslutningsgrundlag og VVM-undersøgelse
Med henblik på projektering m.v. af letbanen er parterne enige om, at der udarbejdes et beslutningsgrundlag med følgende elementer:

- Udredning om en letbane langs Ring 3, med linjeføring, planlægning af stationer og omskiftningsforhold
- Budgettering og finansiering af anlæg
- Driftsoplæg og -økonomi
- Oplæg til organisering af anlæg og efterfølgende drift, herunder skal muligheden for at projektet organiseres som et offentligt/privat samarbejde belyses
- Oplæg til optimering af forbindelserne til det øvrige kollektive transportnet herunder oplæg til bustilpasning
- Oplæg til anlægslov
- Sikkerhedsnormer og godkendelser

Beslutningsgrundlaget for en letbane i Ring 3 skal ses i sammenhæng med de øvrige analyser og beslutningsgrundlag, der udarbejdes som et led i den strategiske analyse for hovedstadsområdet, jf. aftalen om *En grøn transportpolitik* af 29. januar 2009.

Parterne er enige om, at der på baggrund af beslutningsgrundlaget ved en efterfølgende principaftale træffes endelig beslutning om finansiering og anlæg af en letbane langs Ring 3. I den forbindelse tages der stilling til organisering og udførelse samt efterfølgende drift.

Der afsættes 20 mio. kr. til udarbejdelsen af beslutningsgrundlag (eksklusiv udarbejdelse af VVM-undersøgelse m.v.), hvortil parterne bidrager efter nedenstående fordelingsnøgle.

Statens bidrag til udarbejdelse af beslutningsgrundlaget finansieres fra den allerede afsatte pulje på 1,5 mia. kr. Udarbejdelsen af beslutningsgrundlaget skal følge gældende statslige regler for ny anlægsbudgettering.

Beslutningsgrundlaget skal være færdigt i slutningen af 2012

På baggrund af principaftalen forventes der gennemført en VVM-undersøgelse og efterfølgende udarbejdet en anlægslov.

Principper for organisering af anlæg
Som beskrevet ovenfor vil en del af beslutningsgrundlaget være et oplæg til en organisering af hhv. anlæg og drift af en letbane.

Som udgangspunkt forudsættes det, at organiseringen af anlægsprojektet tilrettelægges efter samme principper som letbaneprojektet i Århus.

Efter indgåelsen af principaftalen forventes det, at parterne indgår i et anlægsselskab, hvor parternes økonomiske rettigheder og forpligtelser i relation til selskabets aktiviteter fastlægges i overensstemmelse med deres respektive finansieringsbidrag, idet der i principielle sager skal være enighed imellem alle parter. Regionen og Kommunerne forventes repræsenteret ligeligt i anlægsselskabet.

Principper for finansiering af en letbane i ring 3
Parterne er enige om, at letbanen finansieres ud fra følgende principper:

- Staten bidrager med 1,5 mia. kr., jf. aftalen om *En grøn transportpolitik* af 29. januar 2009.

- Staten bidrager således med ca. 40 pct. af den samlede anlægssum svarende til den andel, staten har bidraget med i tilsvarende projekter andre steder i landet. Statens bidrag kan dog ikke overstige 1,5 mia. kr.

- De resterende midler skal tilvejebringes af kommunerne langs Ring 3 samt Region Hovedstaden Region Hovedstaden og kommunerne har i den forbindelse indgået en aftale om at ville arbejde for at etablere en letbane fra Lundtofte til Ishøj sammen med staten[1]. Det finansielle forhold mellem stat, kommuner og Region Hovedstaden er sat til henholdsvis 40 pct., 34 pct. og 26 pct.

- Kommunerne har internt truffet aftale om fordeling af den kommunale andel, der således fordeles mellem kommunerne efter en nøgle, der består af tre hovedelementer samt forskellige andre beregningsforudsætninger[2]. De tre hovedelementer er:

    - Indbyggertal i kommunerne pr. 1.1.2010 (vægt 45%)
    - Antal stationer i kommunen (vægt 40%
    - Nyt stationsnært kerneareal (vægt 15%)

- Kommunerne og regionen finansierer 85% af deres andele af projektet ved optagelse af 40-årige lån. I forbindelse med den endelige beslutning om projektet, træffes der beslutning om, hvorvidt lånene optages af selskabet med garanti fra kommuner/region eller af de respektive parter.

Kommunerne indbetaler deres egenfinansieringsbidrag til selskabet i 2015, mens egenfinansieringsbidraget vedr. regionen indbetales i 2019. Lånene optages i takt med, at der finansieringsmæssigt er behov for det og løber i 40 år fra overtagelsestidspunktet. Statens bidrag indbetales proportionalt med de kommunale parters, jf. dog nedenstående afsnit om finansiering af beslutningsgrundlaget.

- Projektet budgetteres efter statens regler for ny anlægsbudgettering. Eventuelle ubrugte midler i projektet tilbageføres til parterne efter ovenstående fordelingsnøgler.

[1] Der henvises til notat af den 22. marts 2011, som kan rekvireres ved henvendelse til Ringby-Letbanesamarbejdet
[2] Der henvises til notat af den 13. april 2011, som kan rekvireres ved henvendelse til Ringby-Letbanesamarbejdet

Finansieringsnøglen mellem staten, regionen og kommunerne er vist i tabel 1.

Tabel 1: Anlægsomkostninger for strækningen Lundtofte-Ishøj

2010-priser mio. kr.	Andel	Lundtofte-Glostrup	Glostrup-Ishøj	I
Fordeling				
Statslig finansiering	40%	1.104	396	1.500
Regional finansiering	26%	718	257	975
Kommunal finansiering	34%	938	336	1.275
Total	100%	2.760	989	3.749

Stationsnærhedsprincippet
Fingerplan 2007 fastlægger, at udbygning af stationsnære arealer og omdannelse af byområder, som er velintegrerede i byen, har høj prioritet og bør fremmes. Stationsnær lokalisering indebærer, at pendlere og andre rejsende tilbydes et friere valg af transportmiddel. Kontorbygninger over 1.500 etagemeter kan uden videre placeres i det "stationsnære kerneområde", som kommunerne kan afgrænse med udgangspunkt i gangafstande op til 600 m fra en station, og således at øvrige byplanmæssige hensyn er varetaget.

Fingerplan 2007 fastlægger samtidig, at der i syv udpegede erhvervsområder langs Ring 3 , som led i en samlet planlægning kan ske en intensiveret udnyttelse, herunder udbygning med større kontorbyggeri, i den del af erhvervsområderne, som ligger op til et forudsat standsningssted til en eventuelt kommende letbane.

Fingerplan 2007 er under revision. Miljøministeren forventer, at fremlægge et forslag til Fingerplan 2012 omkring årsskiftet 2011/2012 med henblik på vedtagelse inden sommeren 2012.
Aftalen om anlæg af en letbane i Ring 3 indebærer, at der i forslaget til ny Fingerplan 2012 kan fastlægges regler for intensiv udnyttelse af arealerne op til de besluttede standsningssteder på letbanen. Det vil give mulighed for større vækst, idet der kan bygges tættere i disse områder. Parterne noterer sig, at kommunerne vil kunne anvende de øgede indtægter i form af øget grundskyld m.v. som et bidrag til finansieringen af letbanen.

Linjeføring
Parterne er enige om, at beslutningsgrundlaget for så vidt angår linjeføring, stationsplaceringer m.v. udarbejdes for strækningen Lundtofte-Ishøj principielt som beskrevet på fase 1 niveau i COWI-rapporten 'Ring 3 - Letbane eller BRT?'.

Den nærmere placering af stationer sker efter aftale med beliggenhedskommunerne.

Parterne er endvidere enige om, at projektet er omfattet af et "tilkøbsprincip", der definerer anlæggets udformning som "det nødvendige og tilstrækkelige". Såfremt staten, kommunerne eller regionen ønsker væsentlige ændringer i anlægget, vil denne part selv skulle finansiere den eventuelle merudgift, der er forbundet hermed fuldt ud.

Kommunerne og Regionen ønsker i forbindelse med den efterfølgende principaftale, at optage forhandlinger med staten om etableringen af en etape 2 på strækningen fra Park Allé til Brøndby Strand og Avedøre Holme. Kommunerne og Regionen agter hertil at lade udarbejde en genberegning af omkostninger og samfundsøkonomi af de oprindelige oplæg på denne strækning på linje med beregningerne i COWI-rapporten 'Ring 3 – Letbane eller BRT?'.

Der er ikke i den nuværende investeringsplan frem mod 2020 reserveret statslige midler til en evt. etape 2 af letbanen.

Det videre arbejde
Til udarbejdelse af beslutningsgrundlag er parterne enige om at nedsætte en projektorganisation i form af en embedsmandsgruppe, en politisk styregruppe og et sekretariat. Embedsmandsgruppen vil bestå af embedsmænd fra kommunerne, Region Hovedstaden og Transportministeriet. Den sammensættes af kommunaldirektørerne fra de 3 kommuner, der repræsenterer borgmesterkredsens forhandlingsgruppe, koncerndirektøren fra Region Hovedstaden og en repræsentant fra Transportministeriet. Embedsmandsgruppen skal have det overordnede ansvar for udarbejdelsen af beslutningsgrundlaget. Movia, DSB og øvrige interessenter inddrages i arbejdet, herunder i forhold til optimering af forbindelserne til det øvrige kollektive trafiknet samt oplæg til bustilpasning

Embedsmandsgruppen betjenes af et sekretariat, der forestår den daglige projektledelse og indkøber rådgivning og konsulentbistand. Sekretariatsfunktionen varetages af Metroselskabet.

De kommunale repræsentanter i embedsmandsgruppen drøfter løbende projektets udvikling med repræsentanter for samtlige berørte kommuner og regionen

Der etableres en politisk styregruppe bestående af Borgmesterkredsens forhandlingsgruppe, formanden for Region Hovedstaden samt transportministeren.

Projektorganisationens første opgave bliver at lave en detaljeret tidsplan og et kommissorium for udarbejdelsen af beslutningsgrundlaget.

Parterne er enige om at arbejde for, at der kan træffes en endelig beslutning om anlæg af letbanen på baggrund af beslutningsgrundlaget medio 2013.

Finansiering af beslutningsgrundlag
Staten afholder forlods de 20 mio. kr. til udarbejdelse af beslutningsgrundlaget. Det afholdte beløb vil indgå som statens første indskud i et evt. anlægsselskab. Såfremt projektet opgives, vil de hidtil afholdte omkostninger blive fordelt på parterne i et forhold svarende til nøglen i den foreslåede finansiering af letbanen.

Bilag 1: Estimeret tidsplan for projektet

Bilag 1: Tentativ tidsplan for projektet

En tidsplan for projektet med anlæg af en letbane langs Ring 3 kan udformes som følger:

Medio 2011 - ultimo 2012

- Udarbejdelse af beslutningsgrundlag

Ultimo 2012 - ultimo 2014

- Principaftale, anlægslov og VVM-undersøgelse udarbejdes

Ultimo 2014 - ultimo 2015

- Projektering, udbud og kontraktindgåelse

Ultimo 2015 - primo 2018

- Anlæg

2019

- Idriftsættelse

REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.12

Emne: UDVIKLING I FORBRUG PÅ DE PRIVATE HOSPITALER

1 bilag

Region Hovedstaden

Koncern Økonomi

Dataenheden

Kongens Vænge 2
DK - 3400 Hillerød

Opgang Blok A
Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820:5060
Fax 48 20 57 99
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721
J.nr. 08008748
Dato: 20. juni 2011

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

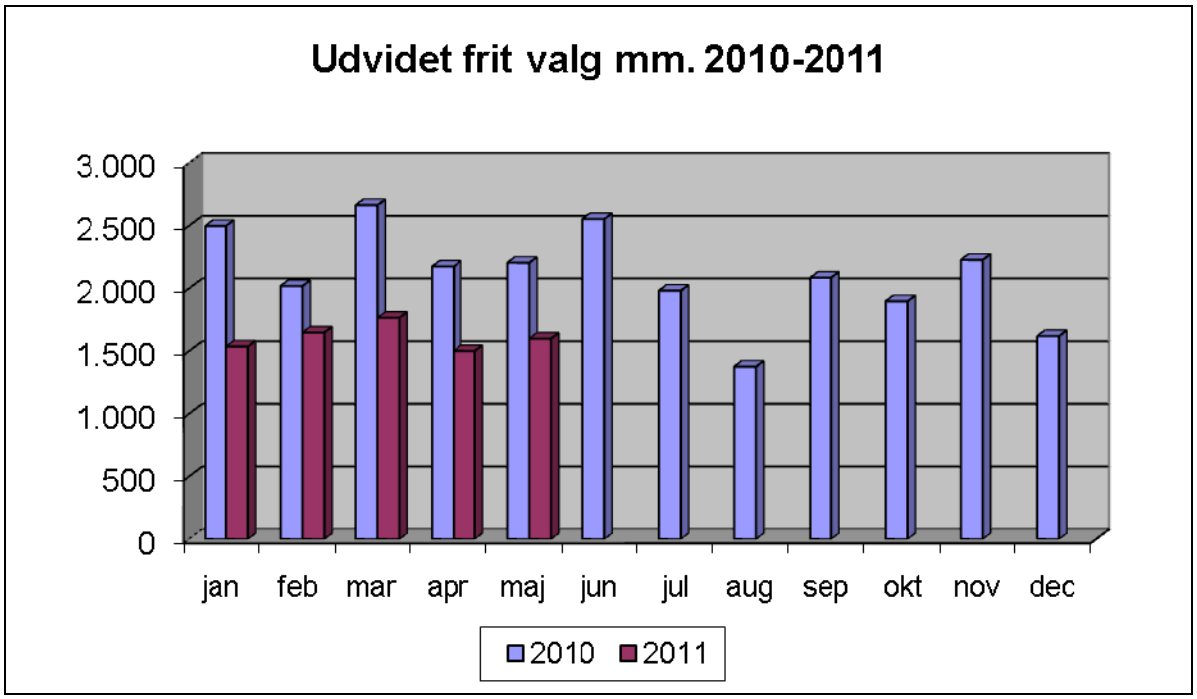
Patienter, der viderevisiteres

Omvisiterede Region Hovedstaden borgere i 2010 og 2011 - månedsfordelt

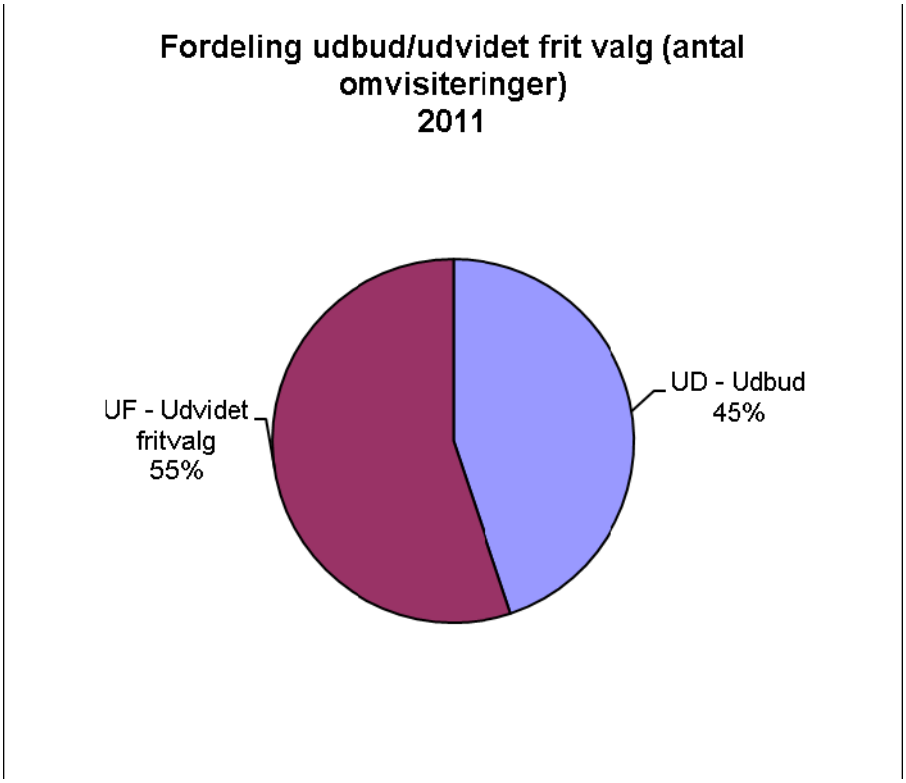
Informations- og rådgivningsenheden omvisiterer patienter, hvor hospitalerne ikke kan opfylde reglerne om behandling indenfor en måned og hvor patienten har tilkendegivet et ønske om benyttelse af reglerne om udvidet frit sygehusvalg. I perioden, hvor det udvidede frie valg var suspenderet omvisiteredes efter regionalt fastsatte retningslinjer.

Af nedenstående graf fremgår det månedlige antal omvisiteringer af patienter til private hospitaler i hele 2010 samt i de første 5 første måneder af 2011.

Af grafen fremgår det, at der i 2011 i alt viderevisiteret 8.048 behandlinger. I maj 2011 blev der omvisiteret 1.599. I de fem første måneder af 2011 er viderevisiteringerne lavere end i tilsvarende måneder i 2010.

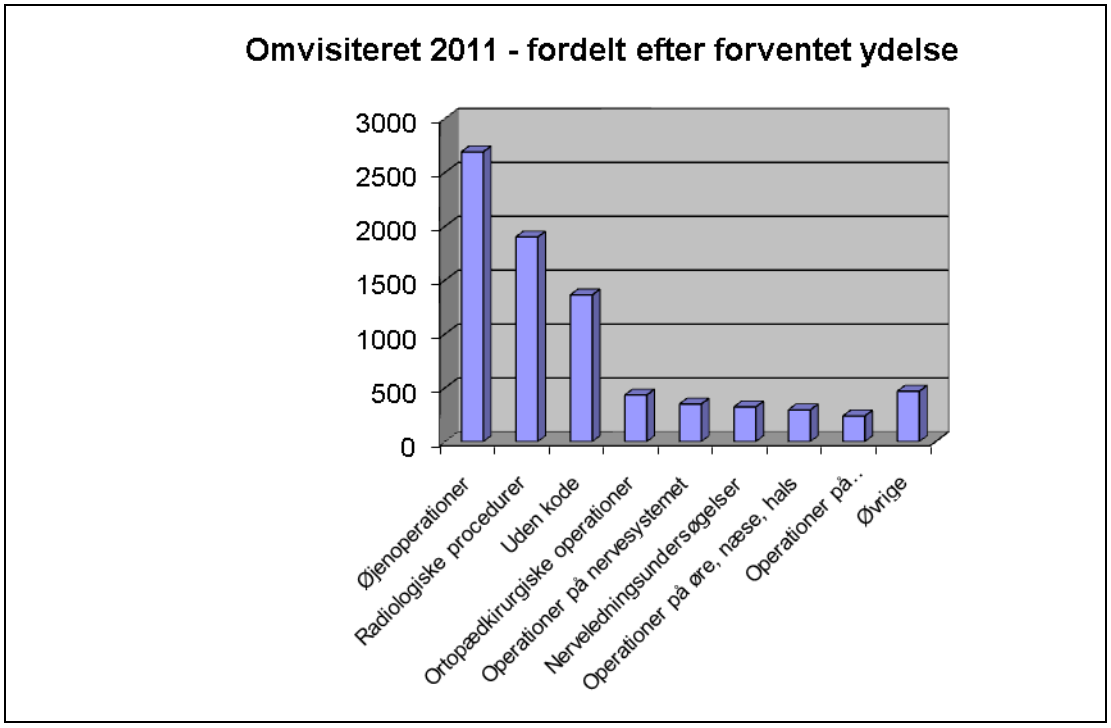


Fordelingen i 2011 mellem omvisiteret efter de aftaler regionen har indgået med en række private samarbejdssygehuse og omvisiteret efter reglerne om udvidet frit valg (og dermed de aftaler der er indgået med private hospitaler i regi af Danske Regioner) er således:



Omvisiterede i 2011 fordelt på forventet ydelse

Af nedenstående graf fremgår – fordelt på forventet ydelse – de ydelsesområder, hvor der især sker omvisitering.



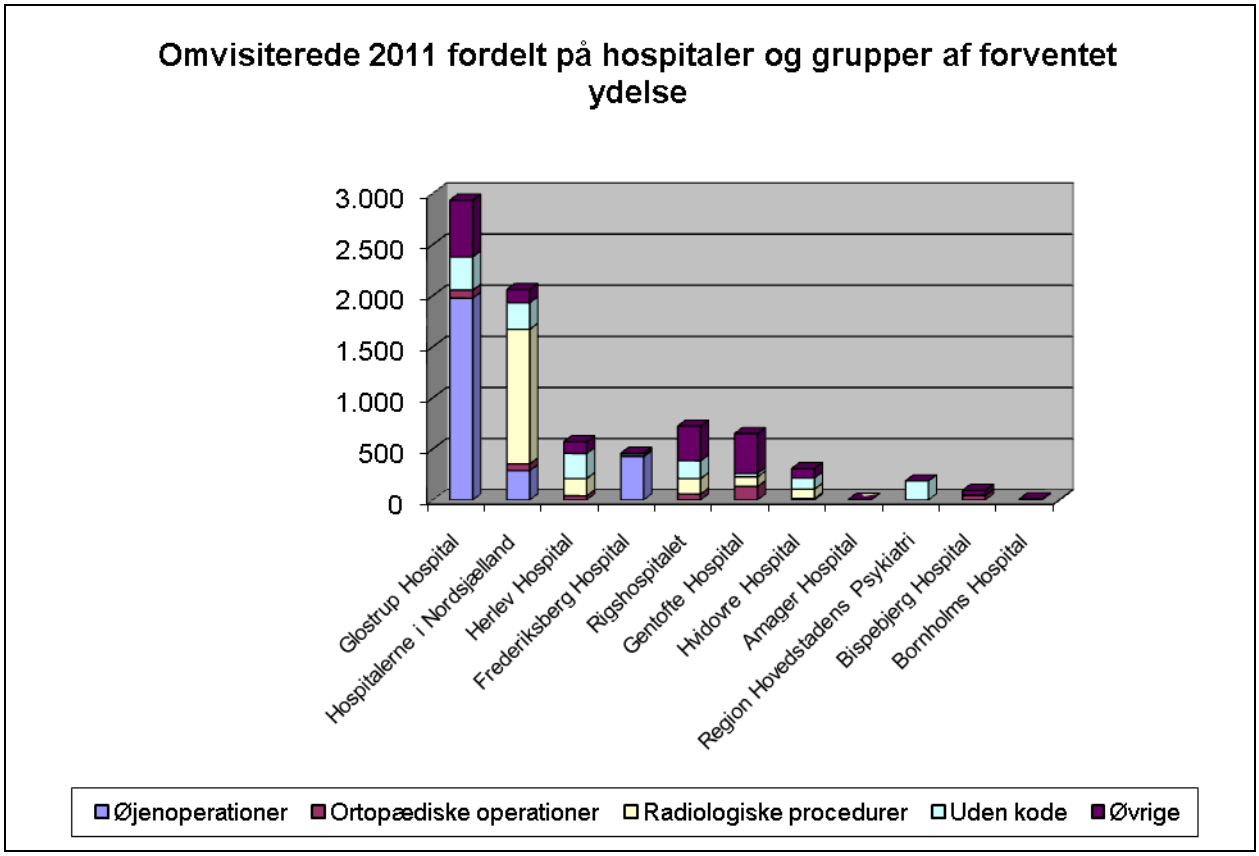
Radiologiske procedurer (MR-skanninger mv.), øjenoperationer (grå stær mv.), uden kode og ortopædkirurgiske operationer udgør 79 % af de omvisiterede behandlinger i 2011. Operationer på nervesystemet vedrører hovedsagelig rygoperationer.

Gruppen ”Uden kode” anvendes, hvor den forventede ydelse ikke kendes på omvisiteringstidspunktet.

Omvisiterede i 2011 fordelt på hospitaler

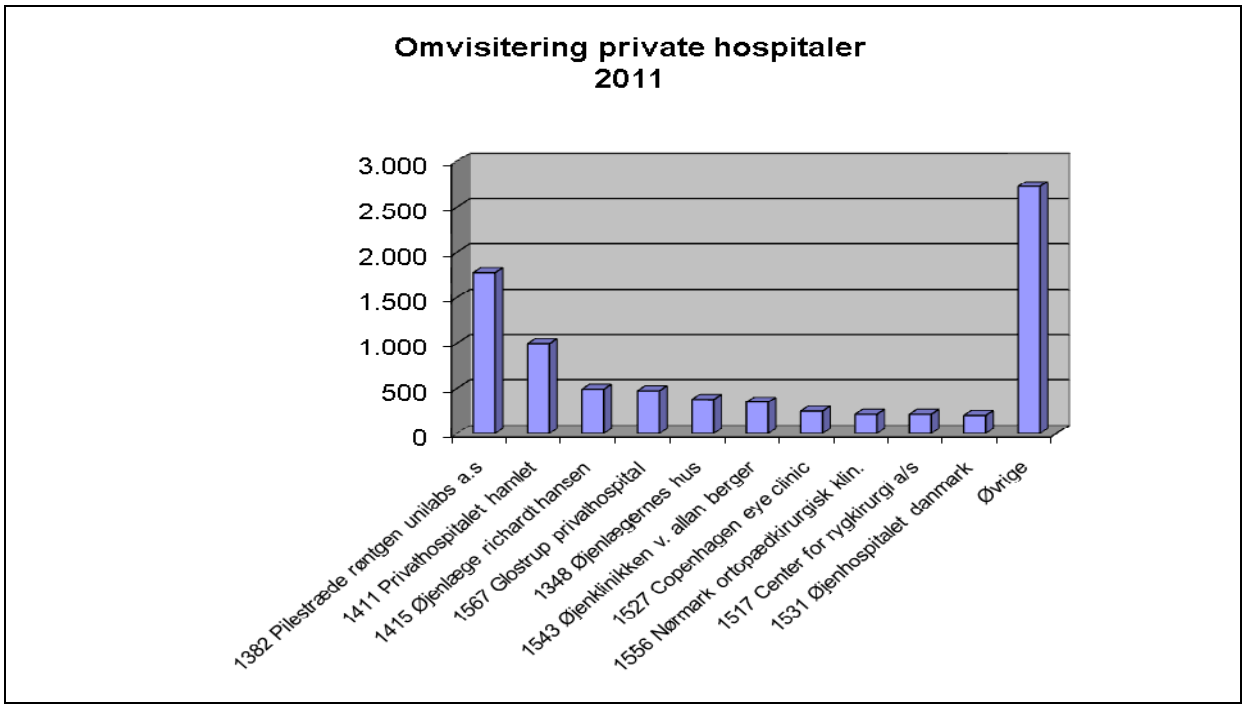
Af nedenstående graf fremgår fordelingen af omvisiteringer på de hospitaler, hvorfra omvisitering efter reglerne om udvidet frit valg mv. har fundet sted i 2011. Det skal bemærkes, at opgørelsen sker ud fra funktionshospital.

72 % af alle omvisiteringer stammer fra Glostrup Hospital, Hospitalerne i Nordsjælland og Rigshospitalet. Som det fremgår, er der en sammenhæng mellem det, der viderevisiteres i stort antal og specialefordelingen på de forskellige hospitaler.



Omvisiterede i 2011 – til privathospitaler

Omvisiteringerne i 2011 er gået til en lang række private hospitaler. 66 % er gået til de 10 største private hospitaler. Gruppen "Øvrige" (34 % af de omvisiterede) fordeler sig på 108 forskellige private hospitaler/udbydere.



REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.14.02

Emne: Sundhedskoordinationsudvalget

1 bilag

K O N K L U S I O N E R

SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET

Mandag den 20. juni 2011

Kl. 8.30

Regionsgården i Hillerød, mødelokale H2

Møde nr. 2

Medlemmer:

Charlotte Fischer, Region Hovedstaden
Jannie Hjerpe, Region Hovedstaden - AFBUD
Karsten Skawbo-Jensen, Region Hovedstaden
Nina Berrig, Region Hovedstaden
Per Seerup Knudsen, Region Hovedstaden
Thomas Lykke Pedersen, Fredensborg Kommune
Birgit Roswall, Gribskov Kommune
Ib Terp, Brøndby Kommune
Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune - AFBUD
Ninna Thomsen, Københavns Kommune
Praksisudvalgets formand Birgitte Alling Møller
Praksisudvalgets næstformand Claus Perrild

Indholdsfortegnelse

		Side:
1.	Godkendelse af dagsorden	3
2.	Drøftelse af den nye overenskomst med almen praksis i sammenhæng med implementering af sundhedsaftale 2011-2014	4
3.	Konsekvenserne af implementering af hospitalsplanen	6
4.	Den videre proces på opfølgning af kommunernes høringssvar	8
5.	Drøftelse af forslaget om, at Gentofte og Gladsaxe kommuner overtager distrikts-psykiatrien	10
6.	Godkendelse af forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme	11
7.	Drøftelse af rapport fra analysegruppe om kommunal medfinansiering	13
8.	Status for indførelsen af det fælles medicinkort (FMK) i Hovedstadsregionen	15
9.	Håndtering af det løbende medicinsamarbejde mellem plejehjem og de praktiserende læger	17
10.	Ansøgning til forebyggelsespuljen fra Herlev Kommune	18
11.	Orientering fra almen praksis	19
12.	Orientering om rammeaftale om opfølgende hjemmebesøg	20
13.	Eventuelt	21

SAG NR. 1

GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Det foreslås, at den foreliggende dagsorden lægges til grund for mødets afvikling.

KONKLUSION
Den foreliggende dagsorden blev godkendt som grundlag for mødets afvikling.

SAG NR. 2

DRØFTELSE AF DEN NYE OVERENSKOMST MED ALMEN PRAKSIS I SAMMENHÆNG MED IMPLEMENTERING AF SUNDHEDSAFTALE 2011-2014

SAGSFREMSTILLING

Den 21. december 2010 blev der indgået aftale om en ny toårig overenskomst for de praktiserende læger. Aftalen er trådt i kraft den 1. april 2011.

Aftalen indeholder nye tiltag, som bl.a. har fokus på lægedækning, faglig kvalitet, dokumentation, samarbejdet med kommuner og sammenhængende patientforløb generelt og i særdeleshed i relation til det stigende antal borgere med én eller flere kroniske sygdomme.

Bilag 1 viser en skematisk fremstilling over ændringer i den nye landsoverenskomst sammenholdt med landsoverenskomsten for almen lægegerning fra 2006 med fokus på de forhold, der har betydning for den godkendte sundhedsaftale. Skemaet skal således ikke ses som en fuldstændig gennemgang af landsoverenskomsten.

Bilag 2 er uddrag af Sundhedsaftalen fra 2011 med en kort beskrivelse af de elementer, der vedrører samarbejdet med almen praksis.

Bilag 3 er praksisudvalgets fremsendte bemærkninger til den aftalte drøftelse af samarbejdet i relation til Sundhedsaftalen, herunder også overenskomstens vejledning om kommunalt lægelige udvalg.

Bilag 4 er vejledning om kommunalt lægeligt udvalg.

Det indstilles, at sagen drøftes.

KONKLUSION

Det foreliggende materiale blev drøftet.

Birgitte Alling Møller fremhævede praksissektorens ønske om tidlig inddragelse på områder med konsekvenser for almen praksis. Hun ser den nye overenskomst som et godt udgangspunkt for samarbejdet og fremhævede de nye muligheder for at lave aftaler, der forpligter samtlige praktiserende læger samt nyskabelsen med de kommunal lægelige udvalg, hvor PLO har sikret fælles rammer for lægernes deltagelse. I forhold

til sundhedsaftalen fremhævede hun følgende områder, hvor almen praksis ser behov for vurdering af et aftalebehov. Det er:
1. forløbsprogrammer. Programmerne for KOL og diabetes 2 giver ikke anledning til behov for særlige aftaler. Programmet for demens må drøftes, ligesom kommende programmer må vurderes.
2. deltagelse fra almen praksis i opfølgning vedr. utilsigtede hændelser
3. deltagelse fra almen praksis i udskrivningsmøder i psykiatrien og
4. evt. andre områder, hvor der ønskes bindende aftaler med almen praksis. Disse områder ønskes drøftet i den administrative styregruppe.

Der var enighed om, at der med dette materiale foreligger et godt grundlag for de videre drøftelser for at få afklaret overenskomstens muligheder for at styrke samarbejdet i sundhedstrekanten mellem kommuner, almen praksis og hospitaler/regionen. Disse drøftelser indledes i den administrative styregruppen med henblik på fortsat drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

Bilagsfortegnelse:

1. Skematisk oversigt over forholdet mellem Landsoverenskomsterne for almen lægegerning 2006 og 2011 samt sundhedsaftalen
2. Uddrag af Sundhedsaftalen 2011
3. Bemærkninger fra praksisudvalget
4. Vejledning om kommunalt lægeligt udvalg

SAG NR. 3

KONSEKVENSERNE AF IMPLEMENTERING AF HOSPITALSPLANEN

SAGSFREMSTILLING

Medlem af sundhedskoordinationsudvalget Thomas Lykke Pedersen har bedt om, at konsekvenserne af hospitalsplanen dagsordensættes på sundhedskoordinationsudvalgets møde.

Implementering af regionens "Hospitalsplan 2007" og "Psykiatriplan 2007" har medført en række ændringer i forhold til organiseringen af regionens hospitaler. Implementering af "Hospitals- og Psykiatriplan 2020" (HOPP2020) vil fortsat betyde, at der vil ske en række ændringer: Funktioner vil blive flyttet, hospitaler og afdelinger vil fusionere, og der vil blive gennemført optageområdeændringer.

"HOPP 2020" vil blive implementeret løbende frem mod år 2020, men en realisering af planen forudsætter væsentlige investeringer til ombygninger og tilpasninger af den eksisterende bygningsmasse samt nybyggeri.

"HOPP 2020" forelægges regionsrådet d. 21. juni 2011 med henblik på vedtagelse. Efter vedtagelsen af planen skal der udarbejdes en tidsfølgeplan, som under hensyntagen til etablering af de fysiske rammer, samt interne afhængigheder, beskriver implementeringen af "HOPP 2020" frem mod år 2020.

"HOPP 2020 tidsfølgeplanen" skal opdateres halvårligt, bl.a. fordi der årligt skal foretages en revision af den regionale specialefordeling, som kan have betydning for de beskrevne hospitalsprofiler i planen og dermed for tidsfølgeplanen, idet den faglige udvikling, nye krav fra Sundhedsstyrelsen og ændringer i antallet af patienter har betydning for specialefordelingen på regionens hospitaler. Dette vil ske i forbindelse med regionsrådets årlige gennemgang af sundhedsplaner, hvor der gøres status for udvikling frem mod målet i 2020.

Det er vigtigt, at der sikres en god kommunikation mellem relevante parter i et patientforløb. Fremadrettet vil der løbende være opmærksomhed på at sikre relevant og god information om omlægninger mellem de somatiske hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri, således at kommunerne er orienteret om forestående omlægninger, bl.a. via samordningsudvalgene.

Der udarbejdes to gange årligt en statusredegørelse til regionsrådet, hvor der gøres status for de planændringer, der er gennemført, siden sidste statusredegørelse blev forelagt regionsrådet, og hvor planændringer, der er datosat, adresseres. Statusredegørelsen udarbejdes med afsæt i tidsfølgeplanen. Den seneste statusredegørelse fra april 2011 vedlægges.

For fremadrettet at sikre en bedre koordinering mellem regionens hospitaler og kommuner foreslås det endvidere,

- at sundhedskoordinationsudvalget to gange årligt får tilsendt statusredegørelsen
- at den administrative styregruppe to gange årligt får tilsendt statusredegørelsen

Forelægges til drøftelse.

KONKLUSION

Thomas Lykke Pedersen uddybede baggrunden for henvendelsen med konkrete erfaringer med ændringerne omkring Helsingør Hospital, hvor der var et behov for bedre og tidligere information, så både borgere og kommunen rettidigt kan indrette sig på ændringerne. Der var endvidere behov for at sikre en bedre sammenhæng mellem hospitalerne i Helsingør og Hillerød, så borgerne bringes til det rette hospital i første omgang.

Der blev generelt fra kommunerne givet udtryk for, at det var mere end et spørgsmål om tidlig information. Det drejer sig om konkret inddragelse. Fra regionens side ses der positivt på inddragelse, hvor det er muligt. Med hensyn til hospitals- og psykiatriplanen var der tale om en politisk opgave, der var betinget af kravene til at få finansieret de nye sygehusbyggerier.

På konkret forespørgsel oplystes, at Hornbæk-funktionen integreres i den styrkede neurologiske funktion på Glostrup Hospital. Den fysiske flytning afhænger af nybyggeri, der indgår i de kommende års budgetlægning.

Det aftaltes, at de omtalte statusredegørelser drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget, at der tidligt informeres om kommende opgaveændringer og at de emner, der har særlig betydning for samarbejdet i sundhedstrekanten konkretiseres, med henblik på dialog herom. Dialogen om disse emner forankres i Sundhedskoordinationsudvalget.

Bilagsfortegnelse:

1. Statusredegørelse ”Hospitalsplan 2007” og ”Psykiatriplan 2007” april 2011

SAG NR. 4

DEN VIDERE PROCES PÅ OPFØLGNING AF KOMMUNERNES HØRINGSSVAR

SAGSFREMSTILLING

Medlem af sundhedskoordinationsudvalget Per Seerup Knudsen har anmodet om, at sag om den videre proces på opfølgning af kommunernes høringssvar til Hospitals- og psykiatriplan 2020 dagsordensættes.

Per Seerup Knudsen anfører, at de mange høringssvar fra kommunerne og de praktiserende læger indeholder forslag til forbedringer og opmærksomhedspunkter, som det er vigtigt at få med ind i den videre planlægning. Høringssvarene indeholder imidlertid også mange spørgsmål – eller tvivl – som må besvares, dels til den enkelte høringspart, men også formidles på tværs, så flere kan drage nytte af svarene. Behovet for information og åbenhed betones.

Per Seerup Knudsen ønsker en drøftelse i sundhedskoordinationsudvalget af, hvordan den videre proces skal være. En sådan drøftelse kunne umiddelbart ske med henblik på afklaring af:

- Status på ændringer som gennemføres efter den tidligere vedtagne plan
- Oplistning af spørgsmål/tvivl som ønskes afklaret
- Vurdering af fremtidens kapacitetsbehov
- Indhold i Danske Regioners seneste økonomiaftale med regeringen (og DF) og
- Regionsadministrationens påtænkte informationsvirksomhed over for befolkningen om besluttede og påtænkte ændringer.

Regionsadministrationen vedlægger de modtagne høringssvar til Hospitals- og psykiatriplan 2020 fra kommunerne og almen praksis.

Regionsadministrationen er ved at udarbejde et tværgående notat om centrale problemstillinger i høringssvarene. Notatet tilstræbes fremsendt inden mødet i sundhedskoordinationsudvalget/eller vil blive omdelt på mødet.

KONKLUSION

Materialet blev drøftet. Det opsamlende notat om kommunernes høringssvar udbygges med korte forklarende bemærkninger om CVI, anvendelsen af paramedicinere og mu-

ligheden for togtransport til det nye hospital i Hillerød. Høringsmateriale bør fremoverudsendes i et handicaptilgængeligt format.

Der blev fra almen praksis givet udtryk for stor bekymring for den foreslåede sundhedstelefon, da den vil skabe forvirring om hvilket nummer, der skal benyttes i hvilke situationer.

Det aftaltes, at den administrative styregruppe drøfter de kommunale høringssvar med henblik på afklaring af de emner, hvor der skal være en tæt dialog mellem kommuner og region om planens implementering. Emnerne drøftes herefter i Sundhedskoordinationsudvalget.

Bilagsfortegnelse:

1. Høringssvar fra kommuner og almen praksis

SAG NR. 5

DRØFTELSE AF FORSLAGET FRA GENTOFTE OG GLADSAXE KOMMUNER OM AT OVERTAGE DISTRIKTSPSYKIATRIEN

SAGSFREMSTILLING

Medlem af sundhedskoordinationsudvalget Nina Berrig har anmodet om, at der dagsordensættes en drøftelse af forslaget fra Gentofte og Gladsaxe kommuner om at overtage distriktspsykiatrien, jvf. forslag om et frikommuneforsøg – et kommunalt ønske om at overtage distriktspsykiatrien.

Nina Berrig anmoder om, at drøftelser sker på grundlag af vedlagte henvendelse fra Dansk Selskab for Distriktspsykiatri til Folketingets psykiatriordførere. Baggrunden er, at Gentofte og Gladsaxe Kommuner har ansøgt Indenrigs- og Sundhedsministeriet om fælles frikommunestatus med et ønske om at overtage ansvar, opgaver og ressourcer i distriktspsykiatrien.

KONKLUSION

Nina Berrig uddybede begrundelsen for at sætte punktet på dagsordenen, nemlig frygten for at det vil betyde en forskydning af indsatsen væk fra de allermest syge, hvis den tætte sammenhæng mellem de psykiatriske centre og distriktspsykiatrien brydes.

De kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget bakker op om forslaget, der anviser nye veje som må prøves for at se, om det er bedre.

De regionale medlemmer deler Nina Berrigs bekymring og peger på behovet for en faglig diskussion af forslaget.

Gennemføres forsøget ses det som emne for en senere temadrøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget med henblik på fælles læring.

Bilagsfortegnelse:

1. Henvendelse fra Dansk Selskab for Distriktspsykiatri til Folketingets psykiatriordførere

Den 20. juni 2011 **SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET**

SAG NR. 6

GODKENDELSE AF FORLØBSPROGRAM FOR HJERTE-KAR SYGDOMME

SAGSFREMSTILLING

Udviklingsgruppen for patientrettet forebyggelse under sundhedsaftalen har godkendt Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme med tilhørende resumé-udgave. Forløbsprogrammet og resumeet vedlægges.

Forløbsprogrammet er udarbejdet af en arbejdsgruppe med et formandskab bestående af overlæge Hanne Rasmusen, Bispebjerg Hospital, Sundheds- og omsorgschef Ane Bendix, Frederiksberg Kommune (nu vicedirektør Frederiksberg Hospital) og praktiserende læge Jørgen Jensen.

Forløbsprogrammet er afgrænset til de to hyppigste kroniske hjertesygdomme: Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt. Forløbsprogrammet fokuserer på efterbehandlingen og i særdeleshed på overgangsfaserne imellem hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden.

Forløbsprogrammet for patienter med hjerte-kar sygdomme adskiller sig fra andre forløbsprogrammer ved, at det omfatter patienter, som har været gennem hjertepakkeforløb på et hospital.

I sundhedsaftalen er det beskrevet, at implementering af forløbsprogrammet aftales inden udgangen af 2012. Nogle enkelte kommuner er klar til at implementere programmet. I de fleste kommuner vil der formentlig først i løbet af 2012 blive taget stilling til deltagelse i programmet.

Almen praksis er i den nye overenskomst forpligtet til at implementere programmet, da de har deltaget i udarbejdelsen heraf.

Hospitalerne forventes at kunne leve op til programmet fra 2012.

Indstilling

At Sundhedskoordinationsudvalget godkender forløbsprogrammet for hjerte-kar sygdomme og anbefaler, at forløbsprogrammet implementeres.

KONKLUSION

På forespørgsel oplystes, at almen praksis henviser til psykologsamtaler efter de almindelige henvisningsregler, men at der kan være problemer i kraft af tidskravet for en henvisning og reglerne om egenbetaling.

Almen praksis beklagede, at programmet ikke havde været til formel høring i Praksisudvalget. Almen praksis var tilfreds med, at programmet først implementeres i 2012. Almen praksis ønsker præciseret, at epikrise skal udsendes efter de almindelige regler og ikke afvente efterbehandlingssamtalen samt at hyppigheden for kontroller i almen praksis må bygge på en konkret behovsvurdering. Der efterlystes sikkerhed for, at henvisning til diætvejledning på hospital kan ske.

Det er i den administrative styregruppe aftalt, at der sættes fokus på monitorering af den aftalte stratificering.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte forløbsprogrammet, idet bemærkningerne fra almen praksis om epikrise og opfølgning indarbejdes og at der sker opfølgning på stratificeringen.

Bilagsfortegnelse:

1. Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme - fokus på rehabilitering ved åreforkalkningssygdom i hjertet og hjertesvigt. Udkast
2. Resumé af forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme. Udkast

SAG NR. 7

DRØFTELSE AF RAPPORT FRA ANALYSEGRUPPE OM KOMMUNAL MEDFINANSIERING

SAGSFREMSTILLING

Denne rapport om kommunal medfinansiering i udvalgte kommuner er blevet til i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden.

Igennem 2010 konstateredes en vækst i kommunal medfinansiering ud over det forventede og efter dialog mellem regionens koncerndirektion og kommunaldirektørerne i hovedstadsregionen henover årsskiftet 2010/2011, blev det besluttet at se mere indgående på udviklingen i kommunal medfinansiering fra 2009 til 2010 i et mindre antal kommuner.

I regi af og med reference til Den Administrative Styregruppe (sundhedsaftalerne) blev etableret en ad hoc analysegruppe med repræsentanter for de fire kommuner, der skulle indgå i analysen, og repræsentanter for Region Hovedstaden. Kommunerne Allerød, Gribskov, Hvidovre og København blev valgt til at indgå i analysen. Analysegruppen har haft godt to måneder til sit arbejde, og ingen gruppemedlemmer har i perioden haft mulighed for i særlig stort omfang at lægge øvrige arbejdsopgaver til side.

Det er vigtigt for analysegruppen at bemærke, at det igangsatte analysearbejde ikke giver forklarin*gen* på udviklingen i kommunal medfinansiering for hovedstadsregionens kommuner fra 2009 til 2010, men forhåbentlig vil analysen bidrage til en dybere forståelse af de – mange – forhold, der påvirker den konstaterede udvikling.

Analysegruppen har i sit arbejde metodisk måttet konstatere, at det giver begrænset forklaringskraft – især i analysen af de enkelte kommuner – at se på udviklingen fra et år til ét andet. Det har ikke været muligt inden for de tidsmæssige rammer at ændre herpå.

I arbejdet med denne analyserapport og i sideløbende diskussioner mellem bl.a. kommunaldirektørerne i hovedstadsregionen og regionens koncerndirektion dukker der hele tiden en diskussion op, om der i Region Hovedstaden sker flytning af behandling til ambulant i samme omfang som i landets øvrige regioner.

I forlængelse af denne analyserapport anbefales det, at lige præcis dette område gøres til genstand for yderligere analyse. Det vil i den sammenhæng være vigtigt, at den rolle, de mange praktiserende speciallæger i regionen har i behandlingen af patienter, inddrages.

Ønskes herudover en dybere forståelse af, hvilke mekanismer der påvirker forbruget af sundhedsydelser i en kommune eller en region, er det analysegruppens anbefaling, at der søges forskningsmæssig assistance hertil, og at der inddrages et nationalt landsdækkende perspektiv.

Rapporten drøftes i den administrative styregruppe for sundhedsaftaler den 10. juni 2011.

Rapporten forelægges sundhedskoordinationsudvalget til drøftelse.

KONKLUSION
Rapporten blev drøftet. Der var enighed om, at man skal undgå at diskutere emnet på grundlag af myter og at det derfor var nødvendigt at skaffe sig den fornødne viden for at kunne handle.

Sundhedskoordinationsudvalget tilsluttede sig, at der foretages en analyse af den ambulante aktivitet, herunder aktiviteten i speciallægepraksis. Der var tilslutning til, at den administrative styregruppe formulerer forslag til yderligere analyse, der kan komme tættere på en forklaring af udgiftsvæksten. Regionen vurderer, at analysen kræver forskningsbistand.

Analyseresultaterne forelægges Sundhedskoordinationsudvalget.

Bilagsfortegnelse:

1. Rapport om kommunal medfinansiering for udvalgte kommuner i Region Hovedstaden 2009-2010

SAG NR. 8

STATUS FOR INDFØRELSEN AF DET FÆLLES MEDICINKORT (FMK) I HOVEDSTADSREGIONEN

SAGSFREMSTILLING

Introduktion til Fælles Medicin Kort (FMK)
Det Fælles Medicinkort (FMK) er et nationalt projekt iværksat af Lægemiddelstyrelsen. Projektet finansieres af ABT-fondsmidler med 200 mio. kr., hvoraf regionen modtager 18,5 mio. til implementering. Region Hovedstaden er, som det fremgår af "Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2010", forpligtigede til at sikre udvikling og ibrugtagning af fælles medicin kort i Region Hovedstaden, inden udgangen af 2011. Regionen har yderligere forpligtet sig til at gennemføre implementeringen på alle hospitaler inden udgangen af 2011.

Projektet er iværksat på grund af en række væsentlige problemer af såvel kvalitets-, sikkerheds- og ressourcemæssig karakter i forbindelse med medicinhåndtering, herunder

- Medicineringsfejl pga. besværlig og manuel koordinering og genindtastning af data
- Store problemer med uoverensstemmelser i medicinlisterne mellem aktørerne i sundhedssektorerne
- Problemer med at skaffe ensartet dokumentation – særligt ved overlevering mellem primær og sekundær sektor.

Det forventes, at projektet blandt andet vil bidrage til forbedring af patientsikkerheden ved at reducere hyppigheden af medicineringsfejl. Yderligere vil projektet bidrage til, at der spares tid, frustrationer og usikkerhed blandt sundhedspersonale om borgeres medicin.

FMK har til hensigt at understøtte regeringens, KL´s og Danske Regioners erklærede mål på medicinområdet om, at patienter altid skal modtage rigtig og dermed sikker lægemiddelbehandling i det danske sundhedsvæsen.

Dette gøres ved at give aktørerne i det samlede sundhedsvæsen adgang til et altid opdateret billede af den enkelte borgers lægemiddelbehandling.

Konkret sker dette ved etablering af et centralt, fælles elektronisk medicinkort for den enkelte borger, som alle læger kan tilgå gennem eget IT-system. Medicinkortet er en medicinliste beliggende på en central server, hvor den enkelte borgers medicinoplysninger løbende ajourføres af de læger, der foretager medicinordinationen. FMK understøtter dermed ligeligt både indlagte og ambulante forløb på hospitalssiden.

FMK vil i første fase udelukkende være tilgængeligt for læger hhv. på hospitaler, vagtlæger og i praksissektoren. Først senere forventes kommuner, tandlæger, jordemødre og apoteker at få adgang til FMK.

Projektet i Region Hovedstaden
For Region Hovedstadens hospitalsansatte læger skal tilgangen til oplysning fra FMK ske gennem Elektronisk Patient Medicinering (EPM3). I ambulatorierne er der udviklet ny funktionalitet, der implementeres i efteråret 2011. Det betyder, at ambulatorierne reelt vil arbejde direkte på FMK, men via EPM3. På samme vis vil vagtlæger og praktiserende læger få tilgang til FMK via eget lægesystem.

FMK forventes implementeret i hele Region Hovedstaden som en funktionalitet i EPM3 i november og december 2011.

KONKLUSION
På forespørgsel fra almen praksis blev det oplyst, at der vil blive sikret samtidighed i ibrugtagningen af FMK på hospitaler og hos vagtlægerne.

FMK indeholder fra starten ikke historiske medicindata. Der blev lovet svar på, hvor lang tid oplysninger gemmes i FMK.

Sundhedskoordinationsudvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilagsfortegnelse:

1. Notat om implementering af FMK

SAG NR. 9

HÅNDTERING AF DET LØBENDE MEDICINSAMARBEJDE MELLEM PLEJHJEM OG DE PRAKTISERENDE LÆGER

SAGSFREMSTILLING

På mødet den 21. februar 2011 drøftedes medicinsamarbejdet mellem plejehjem og almen praksis. Drøftelsen var initieret af Birgitte Alling Møller på baggrund af, at de praktiserende læger i stort omfang modtager medicinlister til gennemgang fra plejehjem. Hun så det ikke som en opgave, som almen praksis umiddelbart kan eller skal påtage sig. Hun oplyste, at PLO havde været i kontakt med de centrale sundhedsmyndigheder, der havde bekræftet, at der ikke af embedslægerne/Sundhedsstyrelsen stilles krav om sådanne medicingennemgange. Hun efterlyste derfor modeller for medicinsamarbejdet.

Der var enighed om, at der er behov for at finde løsninger for det løbende medicinsamarbejde. Det fælles medicinkort (FMK) vil formentlig være en del af den langsigtede løsning, men der er behov for løsninger, indtil det er indført overalt. Det aftaltes, at der på mødet den 10. juni 2011 ligeledes skal fremlægges forslag til håndtering af det løbende samarbejde mellem plejehjem og de praktiserende læger i et kvalitetssikringsperspektiv bl.a. gennem anvendelse af overenskomstens rammeaftale om e-kommunikation.

Regionsadministrationen kan oplyse, at overenskomsten giver mulighed for medicingennemgang til udvalgte patientgrupper, men ikke indeholder løsning på den omtalte udfordring om generel gennemgang af medicinlister fra plejehjem.

Det er derfor behov for et samarbejde mellem den enkelte kommune og almen praksis vedrørende dette. Det foreslås, at kommunerne og almen praksis drøfter emnet i de nye kommunal lægelige udvalg. Regionsadministrationen bistår gerne med henblik på en fælles løsning for alle kommuner i regionen.

Sagen forelægges til drøftelse.

KONKLUSION

Almen praksis betoner behovet for en hurtig løsning og finder det ikke hensigtsmæssigt at diskussionen herom starter i de kommunal lægelige udvalg, da det vil forsinke en løsning og lægge op til flere forskellige løsninger.

Kommunerne ønsker en fælles aftale, der gælder alle kommuner, gerne efter den model, der er aftalt i Region Midtjylland.

Det aftaltes, at der nedsættes en arbejdsgruppe til udarbejdelse af forslag til løsning af problemstillingen. Kommissoriet for arbejdsgruppen udarbejdes i den administrative styregruppe, der melder tilbage til sundhedskoordinationsudvalget.

SAG NR. 10

ANSØGNING TIL FOREBYGGELSESPULJEN FRA HERLEV KOMMUNE

SAGSFREMSTILLING

Herlev Kommune har sammen med Herlev Hospital ansøgt forebyggelsespuljen 2011 om støtte til projekt "Forebyggelse af varig svækkelse hos ældre efter indlæggelse". Ansøgningen fik imidlertid et afslag i første omgang, idet:

- Indhold i intervention og indsats ikke var tilstrækkeligt beskrevet
- Volumen af målgruppen var uklart beskrevet
- Evalueringsmodellen ikke var tilstrækkeligt beskrevet
- Den kommunale ledelsessparring fyldte for meget i budgettet

Herlev Kommune har efter aftale med Enhed for Kommunesamarbejde fremsendt en revideret ansøgning med henblik på en revurdering af sundhedskoordinationsudvalgets afslag.

Det vurderes, at den reviderede ansøgning imødekommer vurderingsudvalgets forbehold. Vurderingsudvalget anbefaler derfor, at projektet støttes med det ansøgte beløb på 450.000 kr. Den administrative styregruppe behandler indstillingen på et møde den 10. juni 2011.

Projektet kan støttes inden for forebyggelsespuljens økonomiske rammer.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede at støtte projektet med det ansøgte beløb på 450.000 kr.

Bilagsfortegnelse:

1. Revideret projektansøgning

SAG NR. 11

ORIENTERING FRA ALMEN PRAKSIS

SAGSFREMSTILLING

Almen praksis har oplyst følgende orienteringspunkter:

Rammeaftale vedrørende opsøgende hjemmebesøg efter udskrivelse
Der er indgået rammeaftale vedrørende opsøgende hjemmebesøg efter udskrivelse i samarbejde med en kommune i Region Hovedstaden. Den enkelte kommune kan efter aftale med regionsadministrationen tilslutte sig aftalen. (Der henvises til sag nr. 12).

Nynedsættelser som følge af lægedækningen 2011
Der er tildelt 3 ny kapaciteter til eksisterende praksis i Indre By, 2 ny kapaciteter til eksisterende praksis på Frederiksberg, 1 kapacitet til eksisterende praksis på hhv. Nørrebro, Amager Vest, Bispebjerg, Valby, Frederiksberg, Gentofte, Rødovre, Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe, Herlev og Glostrup. Der drøftes fortsat tildeling af 1 kapacitet på Østerbro.

Det har desværre ikke været muligt at tildele ny kapaciteter i Egedal, Albertslund, Amager Øst og Amager Vest til eksisterende praksis. Disse kapaciteter opslås.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tog orienteringen til efterretning med bemærkning om, at der efter udmøntningen i konsekvens af den nye overenskomst ikke er uudnyttede kapaciteter.

SAG NR. 12

ORIENTERING OM RAMMEAFTALE OM OPFØLGENDE HJEMMEBESØG

SAGSFREMSTILLING
Sammen med Hovedstadsregionens Praktiserende Læger har Region Hovedstaden indgået en rammeaftale om honorering af praktiserende læger, der udfører opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse i samarbejde med en kommune i Region Hovedstaden.

Formålet med aftalen er at etablere grundlag for et struktureret samarbejde mellem hospitalet, kommunens visitation og den kommunale sygepleje, hvor den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på hospitalsudskrevne borgere med henblik på nedbringelse af antallet af tilbagefald og dermed bedre livskvalitet for borgere, der er nyudskrevne fra hospital.

Aftalens vellykkede gennemførelse fordrer, at den enkelte kommune og dets ansatte tager aktiv del i det konkrete samarbejde, der skal finde sted. Det er Region Hovedstadens forventning, at samarbejdet vil føre til mere sammenhængende patientforløb og gensidig optimering af de forhåndenværende ressourcer til behandling og pleje. Region Hovedstaden har til den enkelte kommune anmodet om en bekræftelse på, at man ønsker at indgå i et konkret, lokalt samarbejde med de praktiserende læger i kommunen om ovenstående.

Aftalen er vedlagt som bilag.

Forelægges til orientering.

KONKLUSION
Sundhedskoordinationsudvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilagsfortegnelse:

1. Rammeaftale vedr. honorering af praktiserende læger, der udfører opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse i samarbejde med Region Hovedstaden.

SAG NR. 13

EVENTUELT

På vegne af Handicaprådet i Københavns Kommunen fremførte Ninna Thomsen ønske om, at der stilles krav om handicaptilgængelighed til praktiserende speciallæger.

Det aftaltes, at der i kommende dagsordener anføres forventet sluttidspunkt for mødet.

REGION HOVEDSTADEN

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Meddelelse nr. 25.14.05

Emne: Møder i bestyrelsen for Trafikselskabet Movia

1 bilag

Politisk dokument uden resume

Sagsnummer
107178-806212543
THECA

Bestyrelsen
23. juni 2011
MLL

Beslutningsprotokol for bestyrelsesmødet den 23. juni 2011 klokken 9.30

Til stede var Finn Aaberg, Knud Larsen, Hans Toft, Jørgen Glenthøj, Thomas Bak, Kaj Petersen, Jørn Christensen, Allan Schneidermann og medarbejderobservatør Thomas Damkjær Pedersen.

Der var afbud fra Ayfer Baykal. Der er p.t. ikke udpeget suppleant for Ayfer Baykal

01 Godkendelse af dagsorden

Dagsordenen blev godkendt.

02 Meddelelser fra formanden

Ingen meddelelser

03 Meddelelser fra direktionen

Den administrerende direktør orienterede om:

a) Flextrafik i Region Hovedstaden

b) Ændring af Lov om taxikørsel (Skrivelse fra KL og DR til Trafikudvalget omdelt)

c) Region Sjælland og KKR Sjælland orienteret om stoppestedsstrategien

d) Sociale medier i Movia

e) KL, DR, og Trafikselskabernes brev til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om lånevilkår for trafikselskaberne i forbindelse med rejsekortprojektet. Omdelt

f) Arbejdet med trafikplan 2013

g) Statsforvaltningens afgørelse vedr. Midttrafik

h) Handicap Befordring A/S stifter Lokalbus A/S til at varetage buskørsel for Movia

i) Forberedende arbejde vedr. fremtidige takster for pensionister

j) Status vedr. igangværende sager om passagertællinger og indtægtsfordeling

k) Et notat om konsekvenser af at samle lønudgifter vedrørende stoppestedsvedligeholdelse under de fælles administrative udgifter blev omdelt.

04 Økonomirapport 2, 2011

Indstilling:

Administrationen indstiller, at

- Estimat 2, 2011 tages til efterretning og godkendes som gældende forventning til resultat for 2011.
- Den forventede efterregulering på 89,8 mio. kr. bliver tillagt kassebeholdningen til endelig afregning med kommuner og regioner i 2013.
- Nærværende sagsfremstilling gøres tilgængelig på www.moviatrafik.dk.

Beslutning:

Tiltrådt.

05 Budget 2012, 1. behandling

Indstilling:

Direktionen indstiller, at

- At budgetforslaget oversendes til andenbehandling den 15. september 2011, og
- At budgetforslaget udgør det budgetmateriale, der ifølge vedtægten skal tilgå regioner og kommuner senest fem uger før budgettets vedtagelse den 15. september 2011

Beslutning:

Tiltrådt.

I budgetbogen indarbejdes forud for 2. behandling et afsnit med redegørelse for Movias og kommunernes/regionernes sårbarhed over for olieprisstigninger.

06 Principper for takster 2012

Indstilling:

Det indstilles at:

- at Takst 12 udmøntes med en gennemsnitlig takststigning på 3,1 pct., svarende til takststigningsloftet
- at Takst 12 for TV og TH udmøntes efter ensartede principper
- at Takst 12 for TS udmøntes som en regulering af mængderabatterne

Beslutning:

Tiltrådt.

Bestyrelsen ønsker, at taksterne i den kollektive trafik gøres til genstand for generelle overvejelser på senere møder frem mod budget 2013. Administrationen indsamler erfaringsmateriale fra tidligere takstbegivenheder.

07	Program for besigtigelsesrejse i oktober

Indstilling:

Det indstilles,

- at administrationen endeligt tilrettelægger en besigtigelsesrejse for bestyrelsen til letbanesystemerne i Paris og Strasbourg 16.-18. oktober.

Beslutning:

Tiltrådt.

Bestyrelsen ønsker, at BRT-løsninger så vidt muligt indgår i besigtigelsesprogrammet.

08	Allonge til aktionæroverenskomst vedrørende kapitalindskud i Rejsekort A/S. (LUKKET PUNKT)

09	Pilotprojekt om fælles søndagsprodukt med DSB S-tog og Metroen (LUKKET PUNKT)

10	Trafiktal juni 2011

Indstilling:

Det indstilles, at

- bestyrelsen tager rapportering af trafiktal for bus, bane og flextrafik til efterretning.

Beslutning:

Tiltrådt.

11	Orientering om status for rejsekortprojektet

Indstilling:

Det indstilles,

- At orienteringen tages til efterretning.

Beslutning:

Tiltrådt.

12	Forvaltningsrevision vedrørende Movias håndtering af risici i forbindelse med rejsekortprojektet (LUKKET PUNKT)

Indstilling:

13	Status for passagerudviklingen på R-nettet

Indstilling:

Det indstilles,

- At orienteringen om passagerudviklingen på R-nettet tages til efterretning.

Beslutning:

Tiltrådt

Bestyrelsen udbad sig et notat til belysning af, hvordan de kommende indtægter fra Hyper-Card allokeres på buslinjer.

14	Status for anlægsprojekter ved lokalbanerne

Indstilling:

Administrationen indstiller

- at bestyrelsen tager orienteringen om status for anlægsprojekter ved lokalbanerne til efterretning.

Beslutning:

Tiltrådt

15	Årsberetning om samarbejdet om den kollektive trafik i Hovedstadsområdet

Beslutning:

Punktet udgår, fordi årsberetningen ikke foreligger endnu.

16	Status for erhvervssalget (LUKKET PUNKT)

Indstilling:

17	Orientering om BEST undersøgelsen 2011

Indstilling:

Det indstilles, at

- Orienteringen tages til efterretning

Beslutning:

Tiltrådt.

18	Udviklingsaktiviteter i forbindelse med betjening af landområder

Indstilling:

Det indstilles,

- At orienteringen om udviklingsaktiviteter i landområder tages til efterretning.

Beslutning:

Bestyrelsen fandt, at det bør overvejes, om forsøgsprojekter også kan udvikles med henblik på kommuner, som er i en anden trafikmæssig situation end Ringsted og Sorø.

19	Orientering om Movias arbejde med trafikomlægninger

Indstilling:

Sag uden indstilling.

20	Orientering om Movias forsikringsforhold (LUKKET PUNKT)

21	Årsrapporter for lokalbaneselskaberne

Indstilling:

Administrationen indstiller

- at bestyrelsen tager orienteringen om årsrapporterne for lokalbaneselskaberne til efterretning

Beslutning:

Tiltrådt.

22	Eventuelt

Intet.

Mødet slut klokken 11.30