

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

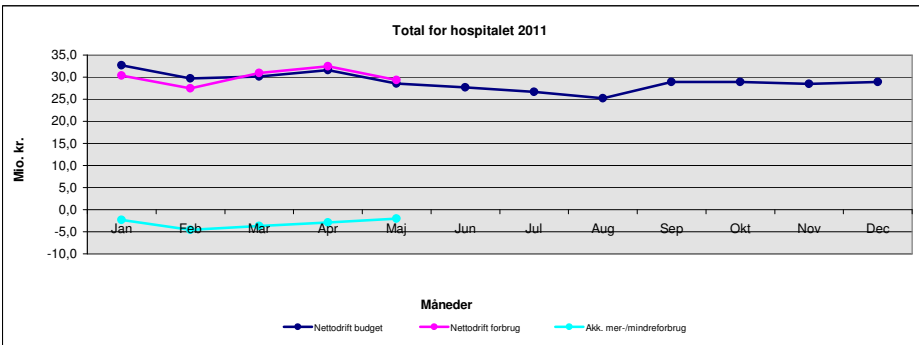
Sag nr. 2

Emne: Status for hospitalernes og psykiatriens økonomi for 2011
med udgangen af maj måned

1 bilag

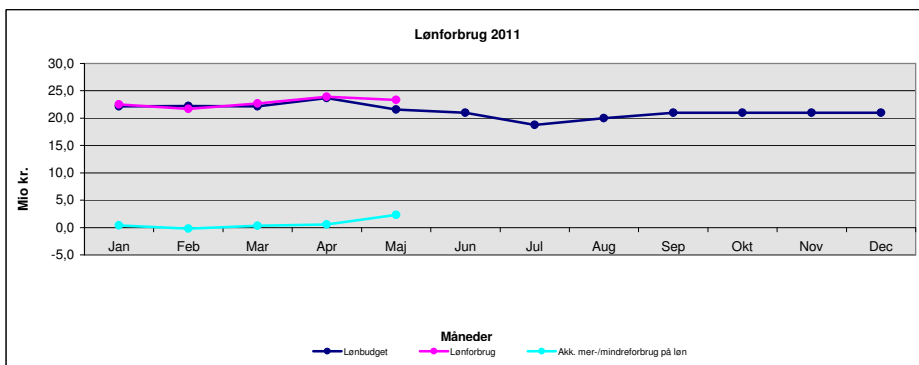
Amager Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	32,7	29,7	30,1	31,6	28,6	27,7	26,7	25,2	28,9	28,9	28,5	28,9	152,7
Nettodrift forbrug	30,4	27,5	31,0	32,4	29,4								150,6
Mer-/mindreforbrug	-2,3	-2,2	0,8	0,8	0,8								-2,1
Akk. mer-/mindreforbrug	-2,3	-4,5	-3,7	-2,9	-2,1								



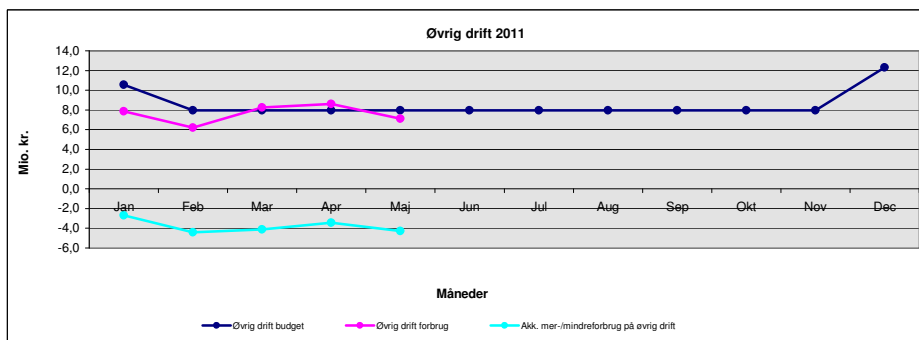
Amager Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	22,2	22,2	22,2	23,7	21,6	21,0	18,7	20,0	21,0	21,0	21,0	21,0	111,8
Lønforbrug	22,5	21,7	22,7	23,9	23,3								114,1
Mer-/mindreforbrug på løn	0,4	-0,6	0,5	0,2	1,8								2,3
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	0,4	-0,2	0,3	0,6	2,3								



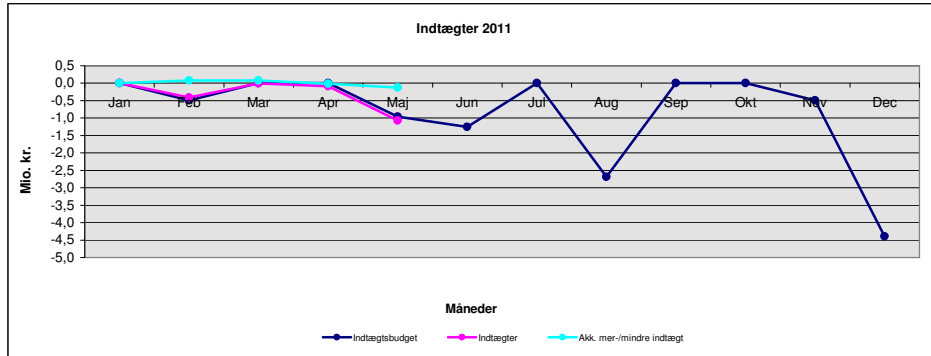
Amager Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	10,6	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	12,3	42,4
Øvrig drift forbrug	7,9	6,2	8,2	8,6	7,1								38,1
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,7	-1,7	0,3	0,7	-0,8								-4,3
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,7	-4,4	-4,1	-3,4	-4,3								



Amager Hospital - Indtægter 2011

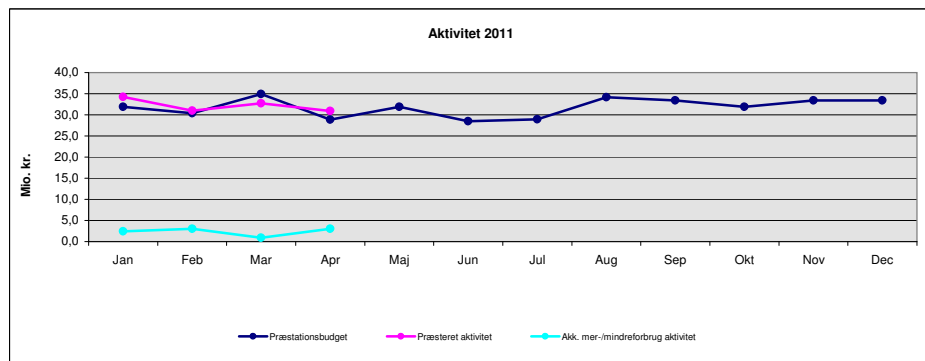
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	0,0	-0,5	0,0	0,0	-1,0	-1,3	0,0	-2,7	0,0	0,0	-0,5	-4,4	-1,4
Indtægter	0,0	-0,4	0,0	-0,1	-1,1								-1,6
Mer-/mindre indtægt	0,0	0,1	0,0	-0,1	-0,1								-0,1
Akk. mer-/mindre indtægt	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1								



Amager Hospital - Aktivitet 2011

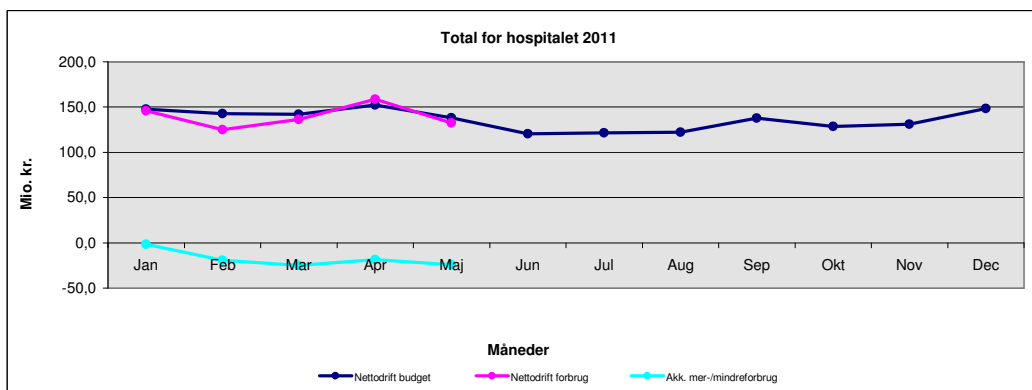
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	31,9	30,3	34,9	28,8	31,9	28,5	28,9	34,2	33,4	31,9	33,4	33,4		125,9
Præsteret aktivitet	34,3	31,0	32,7	30,9									0,0	128,9
Mer-/mindre aktivitet	2,4	0,7	-2,1	2,1										3,0
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	2,4	3,1	0,9	3,0										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



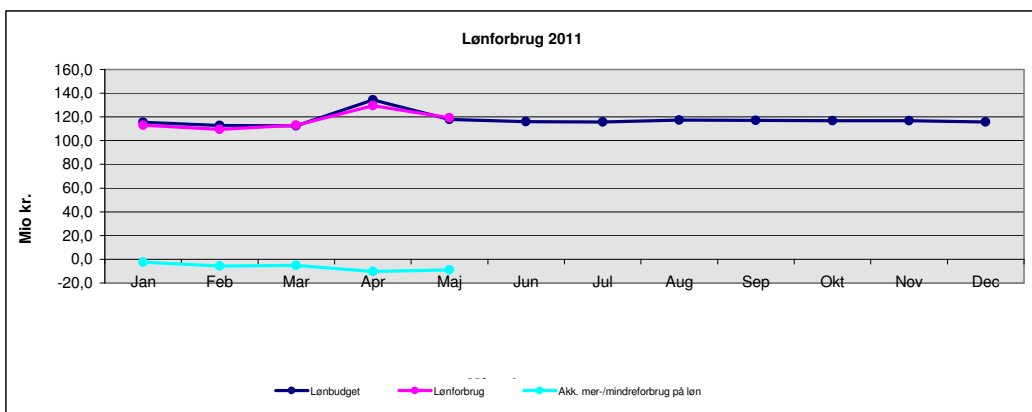
Bispebjerg Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	147,7	142,7	141,8	152,3	138,3	120,3	121,4	122,2	137,9	128,4	130,9	148,3	722,7
Nettodrift forbrug	146,0	125,1	136,2	158,7	132,3								698,3
Mer-/mindreforbrug	-1,7	-17,6	-5,6	6,5	-5,9								-24,4
Akk. mer-/mindreforbrug	-1,7	-19,3	-24,9	-18,4	-24,4								



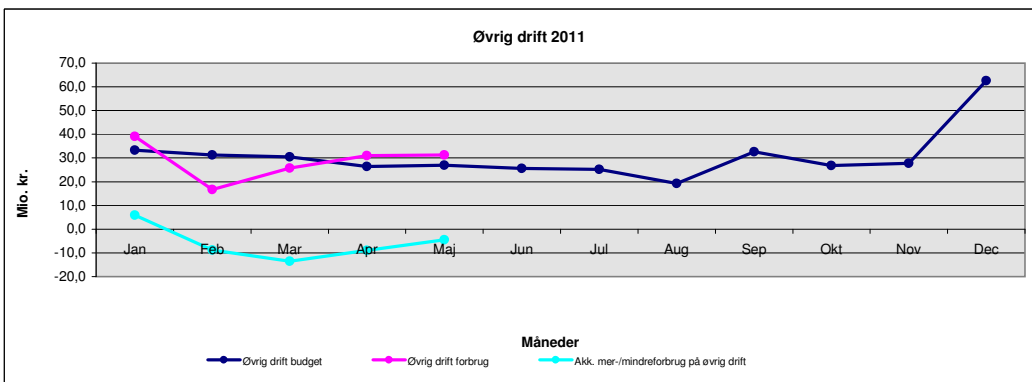
Bispebjerg Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	115,5	112,7	112,5	134,5	117,9	115,9	115,7	117,5	117,1	116,9	116,9	115,8	593,2
Lønforbrug	112,9	109,6	113,0	129,5	119,4								584,3
Mer-/mindreforbrug på løn	-2,6	-3,1	0,4	-5,0	1,5								-8,8
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	-2,6	-5,7	-5,3	-10,3	-8,8								



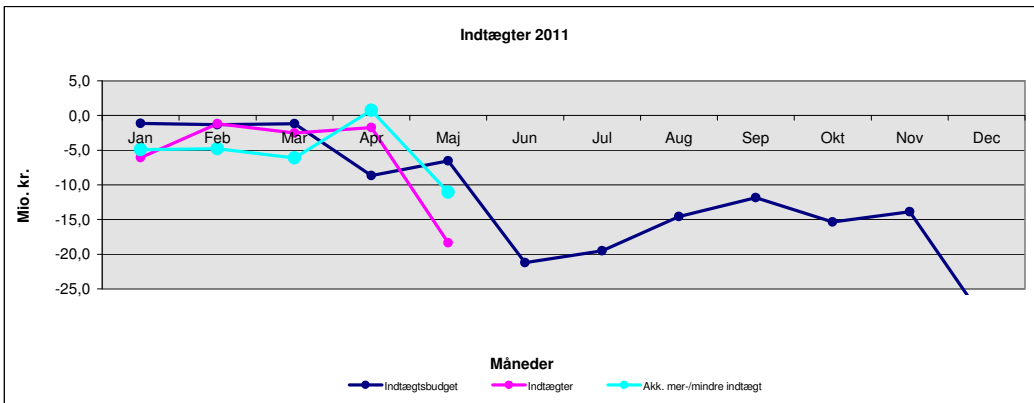
Bispebjerg Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	33,3	31,3	30,5	26,4	26,9	25,6	25,2	19,3	32,7	26,9	27,8	62,5	148,4
Øvrig drift forbrug	39,1	16,6	25,8	31,0	31,3								143,9
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	5,9	-14,6	-4,7	4,6	4,4								-4,5
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	5,9	-8,8	-13,5	-8,9	-4,5								



Bispebjerg Hospital - Indtægter 2011

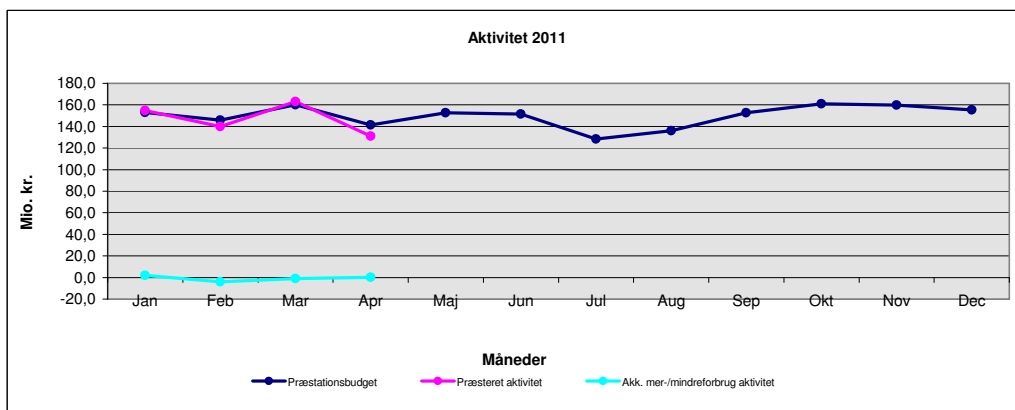
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-1,1	-1,3	-1,2	-8,7	-6,5	-21,2	-19,5	-14,6	-11,8	-15,4	-13,9	-29,9	-18,8
Indtægter	-6,1	-1,2	-2,5	-1,7	-18,4								-29,9
Mer-/mindre indtægter	-4,9	0,1	-1,4	6,9	-11,8								-11,1
Akk. mer-/mindre indtægt	-4,9	-4,8	-6,1	0,8	-11,1								



Bispebjerg Hospital - Aktivitet 2011

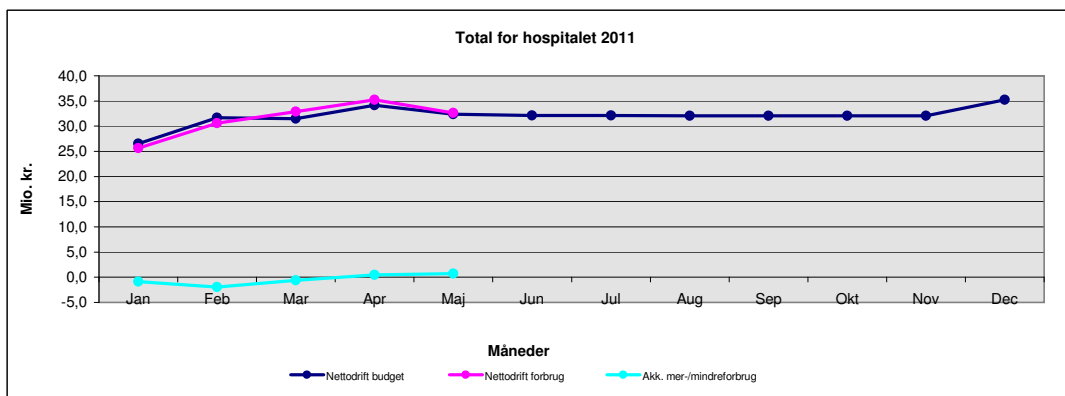
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	153,1	145,9	160,1	141,4	152,6	151,6	128,4	136,2	152,7	160,9	159,9	155,5		600,4
Præsteret aktivitet	154,9	140,0	163,2	130,9									11,6	600,6
Mer-/mindre aktivitet	1,8	-5,9	3,1	-10,4										0,2
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	1,8	-4,0	-1,0	0,2										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



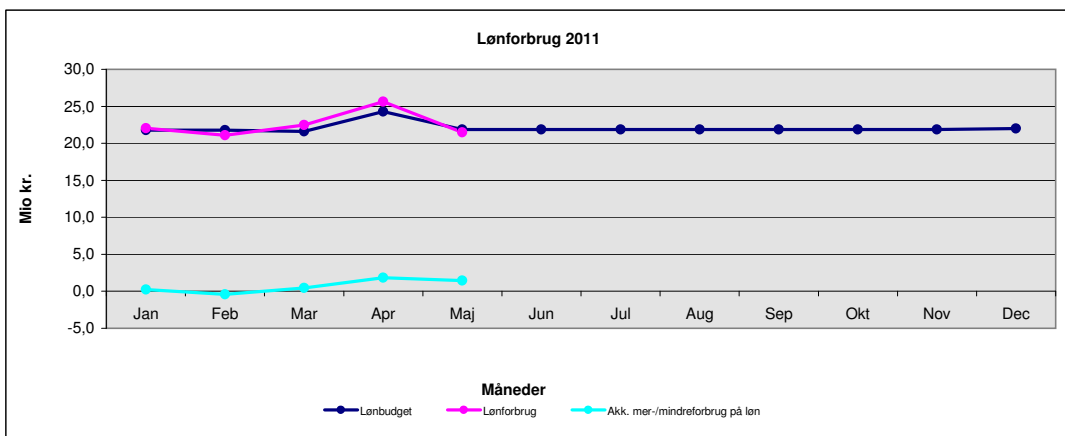
Bornholms Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	26,5	31,7	31,5	34,2	32,4	32,1	32,1	32,1	32,1	32,1	32,0	35,2	156,3
Nettodrift forbrug	25,6	30,6	32,9	35,3	32,6								157,0
Mer-/mindreforbrug	-0,9	-1,1	1,3	1,1	0,2								0,7
Akk. mer-/mindreforbrug	-0,9	-2,0	-0,6	0,5	0,7								



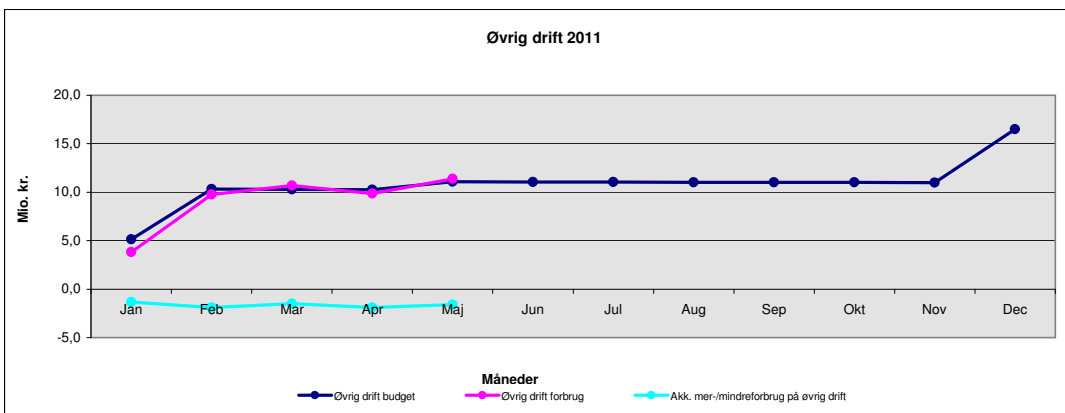
Bornholms Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	21,8	21,8	21,6	24,3	21,9	21,9	21,9	21,9	21,9	21,9	21,9	22,0	111,3
Lønforbrug	22,0	21,1	22,5	25,6	21,5								112,7
Mer-/mindreforbrug på løn	0,2	-0,7	0,9	1,4	-0,4								1,4
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	0,2	-0,4	0,4	1,8	1,4								



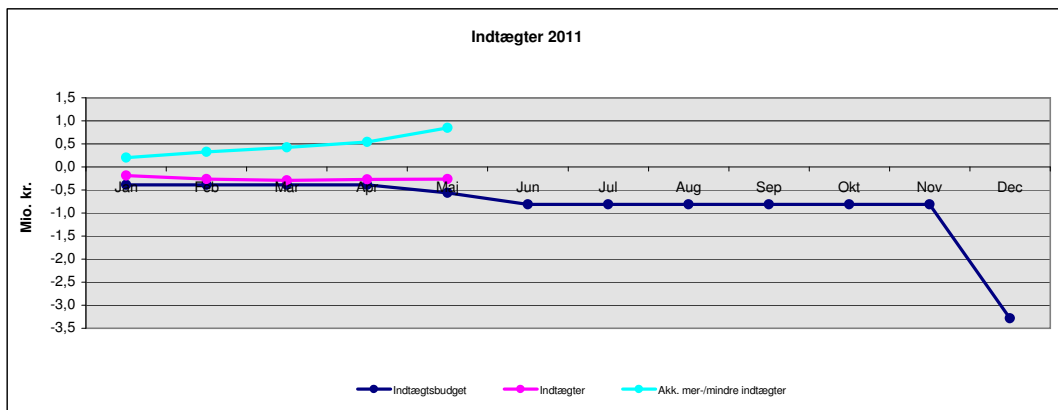
Bornholms Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	5,1	10,3	10,3	10,3	11,1	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	16,5	47,1
Øvrig drift forbrug	3,8	9,8	10,7	9,9	11,4								45,5
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-1,3	-0,5	0,4	-0,4	0,3								-1,6
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-1,3	-1,9	-1,5	-1,9	-1,6								



Bornholms Hospital - Indtægter 2011

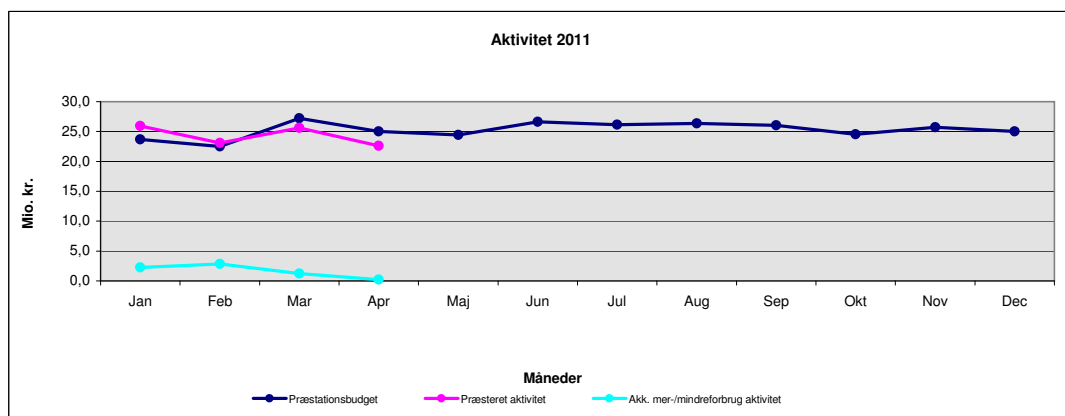
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,6	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-3,3	-2,1
Indtægter	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3								-1,3
Mer-/mindre indtægter	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3								0,8
Akk. mer-/mindre indtægter	0,2	0,3	0,4	0,5	0,8								



Bornholms Hospital - Aktivitet 2011

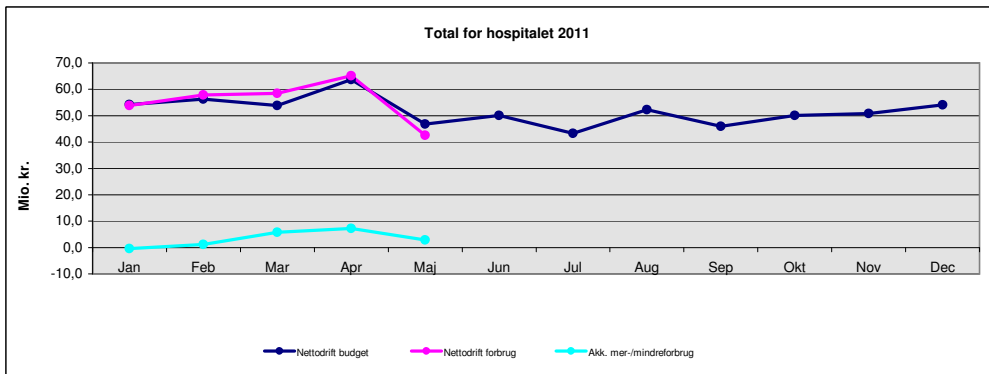
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	23,7	22,5	27,2	25,0	24,4	26,6	26,1	26,4	26,1	24,5	25,7	25,0		98,4
Præsteret aktivitet	25,9	23,1	25,6	22,6									1,4	98,6
Mer-/mindre aktivitet	2,3	0,6	-1,6	-2,4										0,2
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	2,3	2,8	1,3	0,2										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



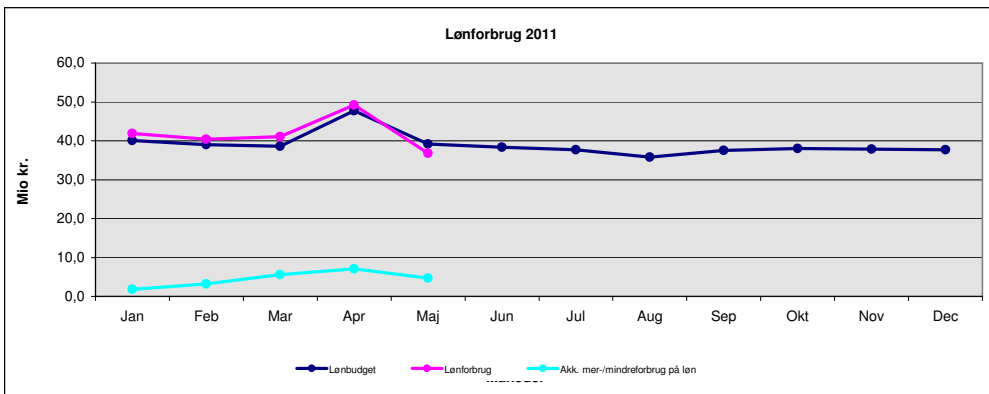
Frederiksberg Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	54,2	56,3	53,9	63,7	46,8	50,1	43,3	52,3	46,0	50,1	50,8	54,1	274,9
Nettodrift forbrug	53,8	57,9	58,4	65,2	42,5								277,8
Mer-/mindreforbrug	-0,4	1,7	4,6	1,4	-4,3								2,9
Akk. mer-/mindreforbrug	-0,4	1,2	5,8	7,2	2,9								



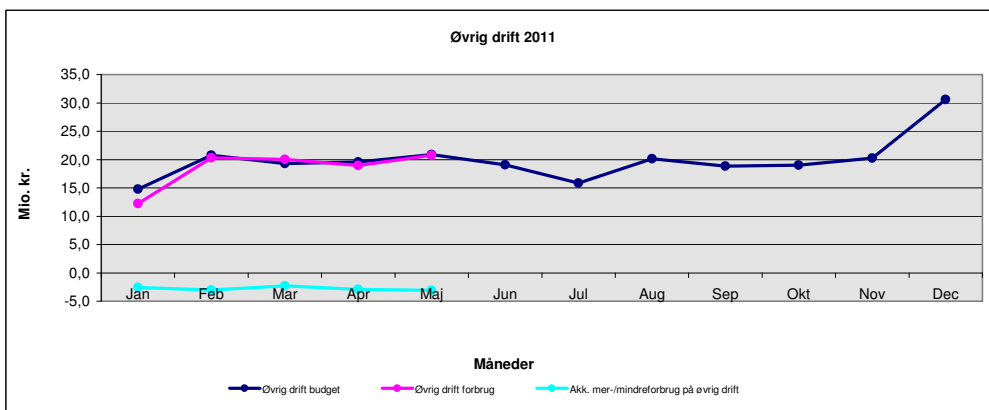
Frederiksberg Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	40,1	39,0	38,6	47,7	39,2	38,3	37,7	35,8	37,5	38,0	37,8	37,7	204,7
Lønforbrug	41,9	40,4	41,0	49,2	36,8								209,4
Mer-/mindreforbrug på løn	1,8	1,4	2,4	1,5	-2,4								4,7
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	1,8	3,2	5,6	7,1	4,7								



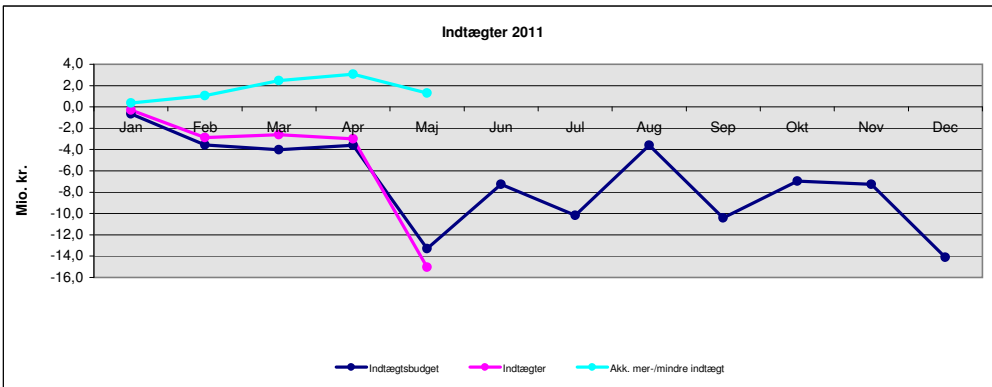
Frederiksberg Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	14,8	20,8	19,3	19,6	20,9	19,1	15,8	20,1	18,8	19,0	20,2	30,6	95,4
Øvrig drift forbrug	12,2	20,3	20,0	19,0	20,7								92,3
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,6	-0,4	0,7	-0,6	-0,1								-3,1
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,6	-3,0	-2,3	-2,9	-3,1								



Frederiksberg Hospital - Indtægter 2011

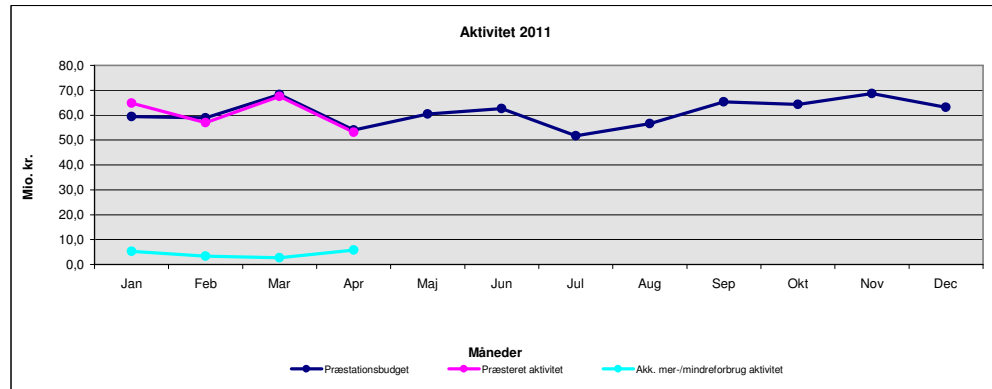
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-0,7	-3,6	-4,0	-3,6	-13,3	-7,3	-10,2	-3,6	-10,4	-7,0	-7,3	-14,1	-25,1
Indtægter	-0,3	-2,9	-2,6	-3,0	-15,0								-23,8
Mer-/mindre indtægter	0,4	0,7	1,4	0,6	-1,8								1,3
Akk. mer-/mindre indtægt	0,4	1,0	2,5	3,1	1,3								



Frederiksberg Hospital - Aktivitet 2011

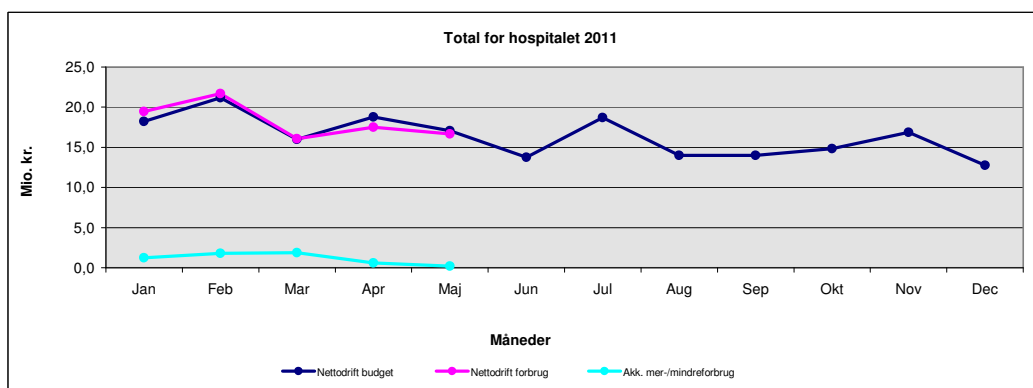
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	59,5	58,9	68,3	54,0	60,5	62,7	51,7	56,5	65,4	64,3	68,6	63,2		240,7
Præsteret aktivitet	64,8	57,0	67,5	53,1									4,2	246,6
Mer-/mindre aktivitet	5,3	-1,9	-0,8	-1,0										5,8
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	5,3	3,4	2,6	5,8										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



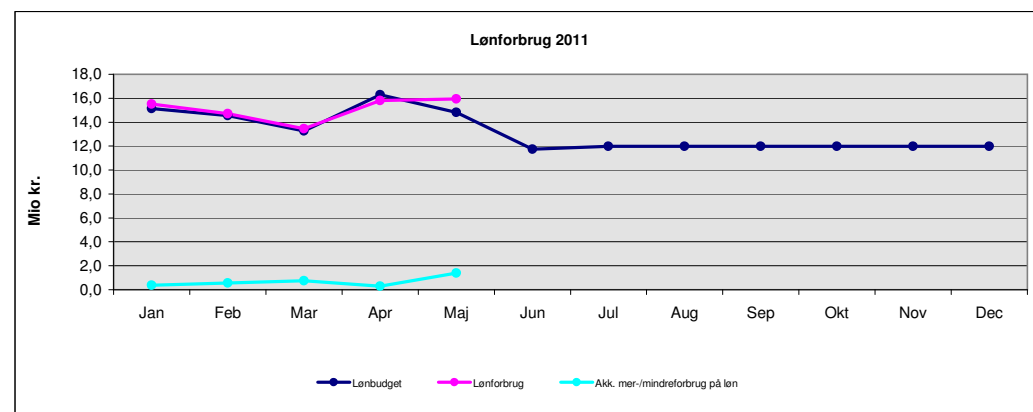
Frederikssund Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	18,2	21,2	16,0	18,8	17,0	13,8	18,7	14,0	14,0	14,8	16,9	12,7	91,2
Nettodrift forbrug	19,5	21,7	16,1	17,5	16,7								91,4
Mer-/mindreforbrug	1,2	0,5	0,1	-1,3	-0,4								0,2
Akk. mer-/mindreforbrug	1,2	1,8	1,9	0,6	0,2								



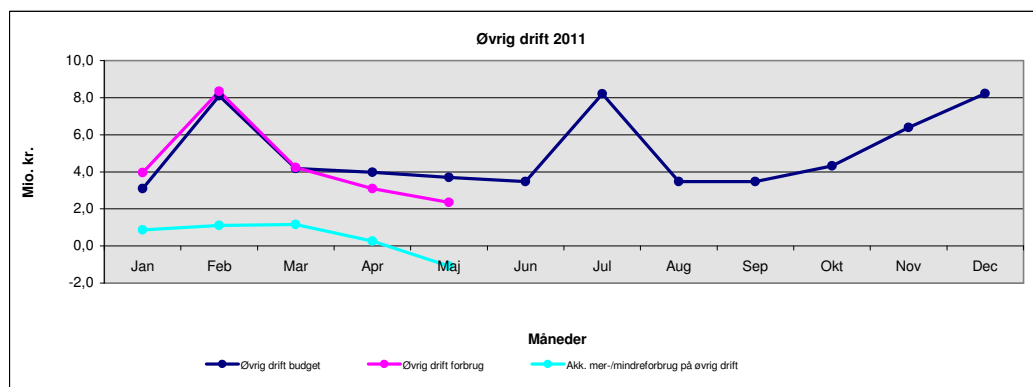
Frederikssund Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	15,1	14,5	13,3	16,3	14,8	11,8	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	74,1
Lønforbrug	15,5	14,7	13,5	15,8	15,9								75,4
Mer-/mindreforbrug på løn	0,4	0,2	0,2	-0,5	1,1								1,4
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	0,4	0,6	0,8	0,3	1,4								



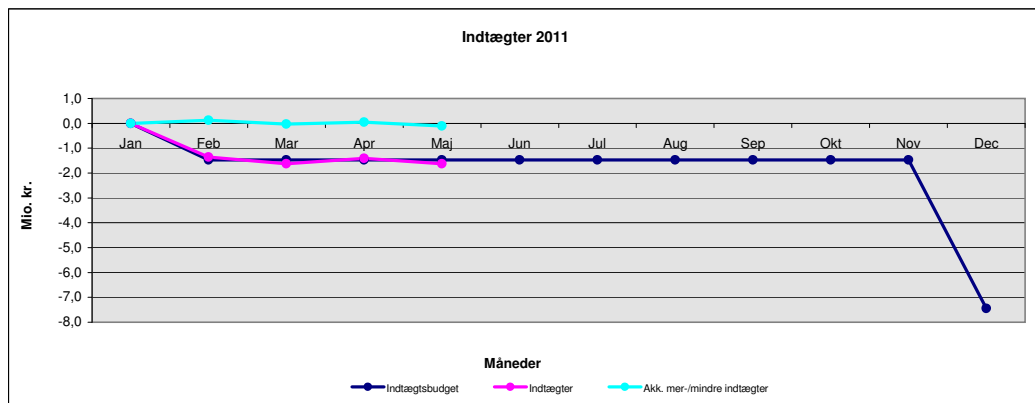
Frederikssund Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	3,1	8,1	4,2	4,0	3,7	3,5	8,2	3,5	3,5	4,3	6,4	8,2	23,1
Øvrig drift forbrug	4,0	8,3	4,2	3,1	2,4								22,0
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	0,9	0,2	0,1	-0,9	-1,4								-1,1
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	0,9	1,1	1,2	0,3	-1,1								



Frederikssund Hospital - Indtægter 2011

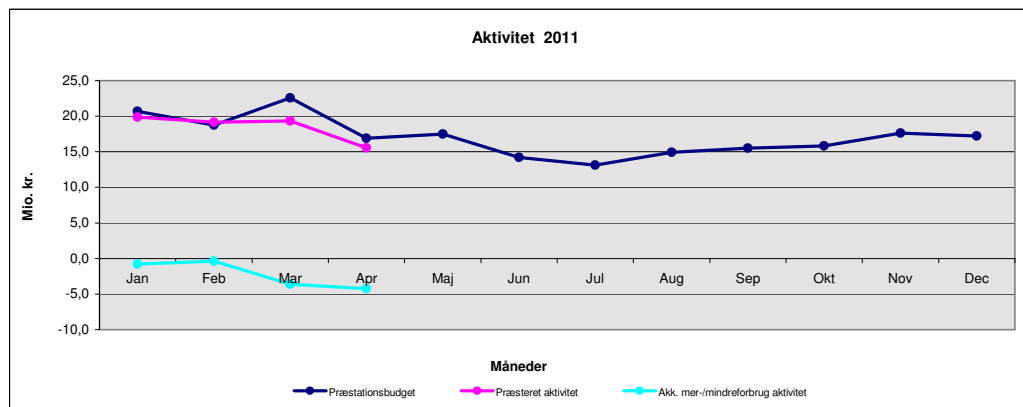
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	0,0	-1,5	-1,5	-1,5	-1,5	-1,5	-1,5	-1,5	-1,5	-1,5	-1,5	-7,4	-5,9
Indtægter	0,0	-1,4	-1,6	-1,4	-1,6								-6,0
Mer-/mindre indtægt	0,0	0,1	-0,2	0,1	-0,1								-0,1
Akk. mer-/mindre indtægter	0,0	0,1	0,0	0,0	-0,1								



Frederikssund Hospital - Aktivitet 2011

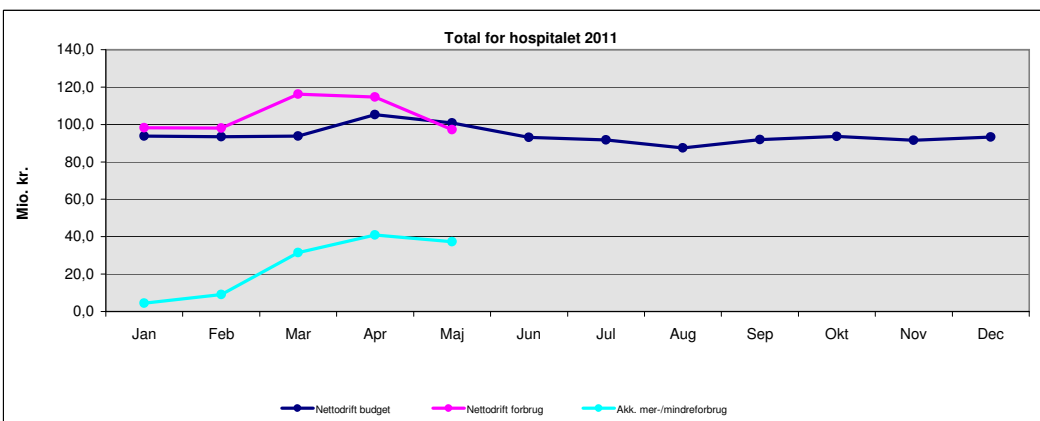
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	20,7	18,8	22,6	16,9	17,5	14,2	13,1	14,9	15,5	15,8	17,6	17,2		78,9
Præsteret aktivitet	19,9	19,2	19,3	15,5									0,7	74,6
Mer-/mindre aktivitet	-0,8	0,4	-3,2	-1,3										-4,3
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	-0,8	-0,4	-3,6	-4,3										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



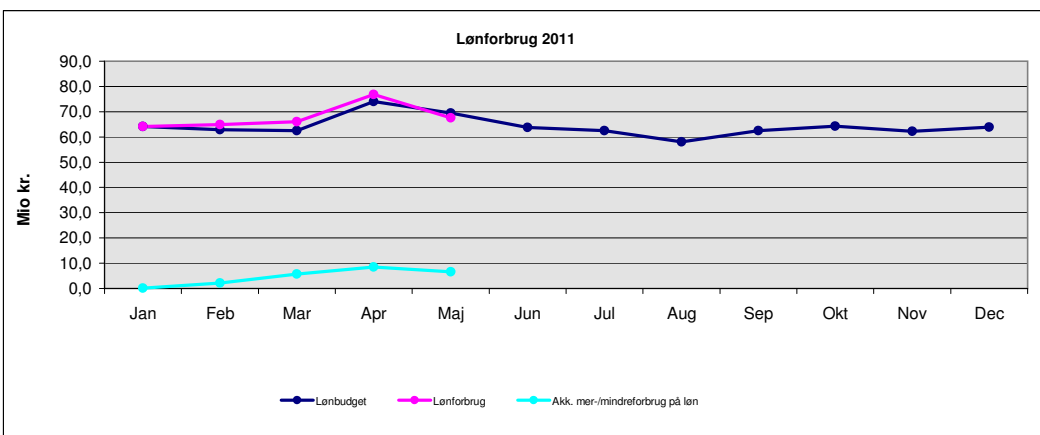
Gentofte Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	93,8	93,5	93,8	105,3	100,8	93,1	91,8	87,4	91,8	93,5	91,5	93,2	487,2
Nettodrift forbrug	98,3	98,0	116,2	114,7	97,3								524,5
Mer-/mindreforbrug	4,5	4,5	22,4	9,4	-3,5								37,4
Akk. mer-/mindreforbrug	4,5	9,0	31,4	40,8	37,4								



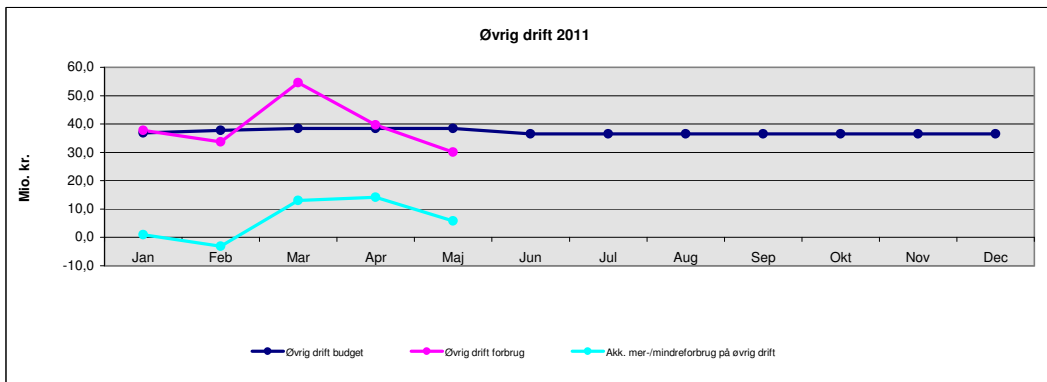
Gentofte Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	64,1	62,9	62,5	74,0	69,4	63,8	62,4	58,1	62,5	64,2	62,2	63,9	332,9
Lønforbrug	64,1	64,9	66,1	76,8	67,6								339,5
Mer-/mindreforbrug på løn	0,1	2,0	3,6	2,8	-1,9								6,7
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	0,1	2,1	5,7	8,5	6,7								



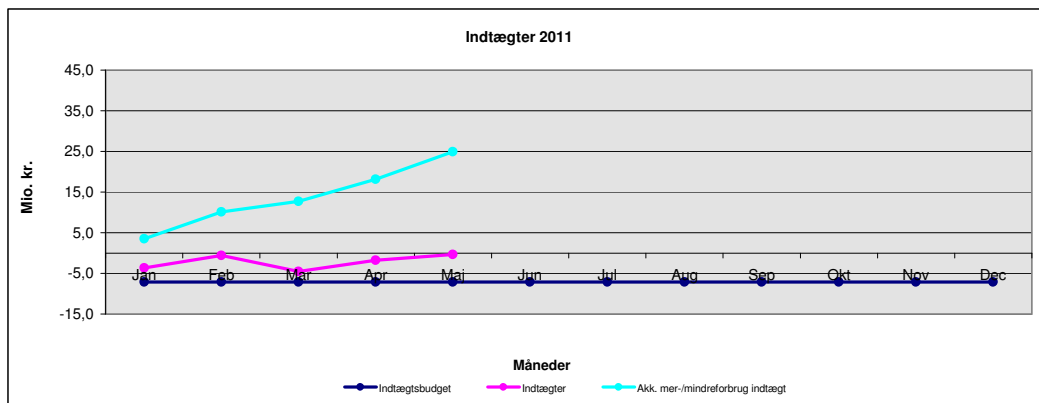
Gentofte Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	36,9	37,7	38,5	38,5	38,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	190,0
Øvrig drift forbrug	37,8	33,7	54,6	39,7	30,1								195,8
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	0,9	-4,1	16,1	1,2	-8,4								5,8
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	0,9	-3,2	13,0	14,2	5,8								



Gentofte Hospital - Indtægter 2011

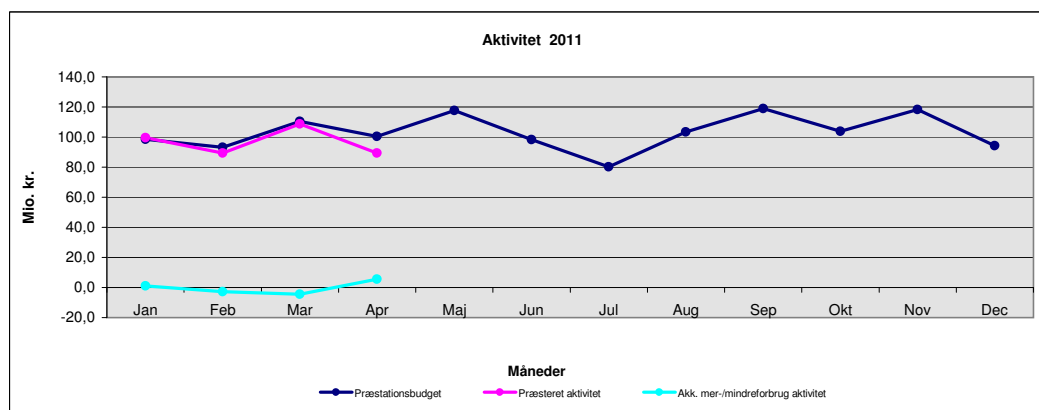
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-7,2	-35,8
Indtægter	-3,6	-0,6	-4,5	-1,7	-0,3								-10,9
Mer-/mindre indtægter	3,5	6,6	2,6	5,4	6,8								24,9
Akk. mer-/mindreforbrug indtægt	3,5	10,1	12,7	18,1	24,9								



Gentofte Hospital - Aktivitet 2011

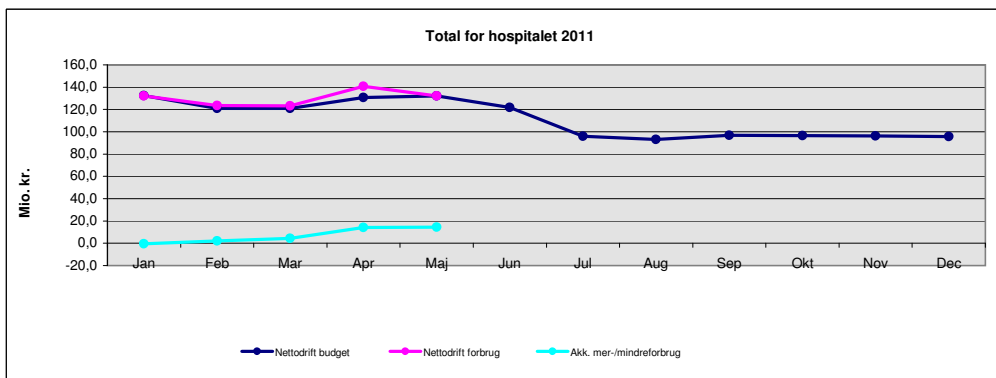
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	98,5	93,2	110,5	100,5	117,6	98,2	80,3	103,5	118,9	103,8	118,3	94,3		402,7
Præsteret aktivitet	99,6	89,4	108,8	89,4									21,0	408,2
Mer-/mindre aktivitet	1,1	-3,8	-1,7	-11,0										5,6
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	1,1	-2,7	-4,4	5,6										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



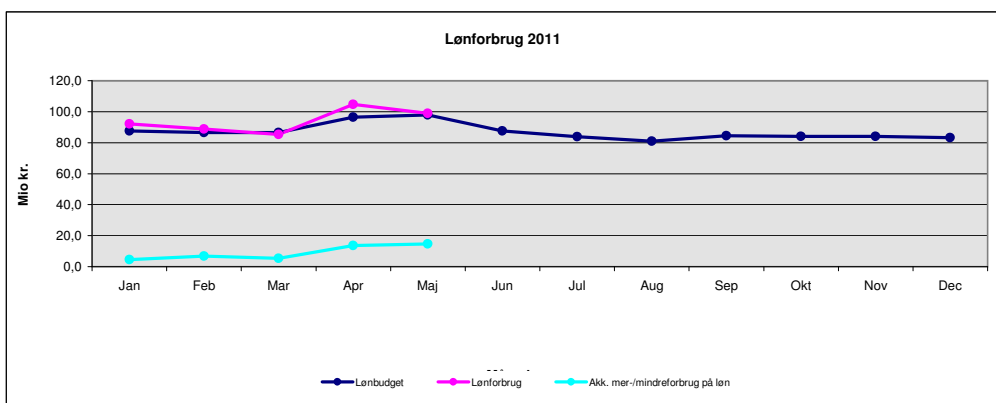
Glostrup Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	132,5	121,0	120,9	130,7	132,0	121,8	96,1	93,2	96,8	96,4	96,3	95,7	637,2
Nettodrift forbrug	132,0	123,5	123,1	140,7	132,3								651,6
Mer-/mindreforbrug	-0,4	2,5	2,2	10,0	0,2								14,5
Akk. mer-/mindreforbrug	-0,4	2,1	4,3	14,2	14,5								



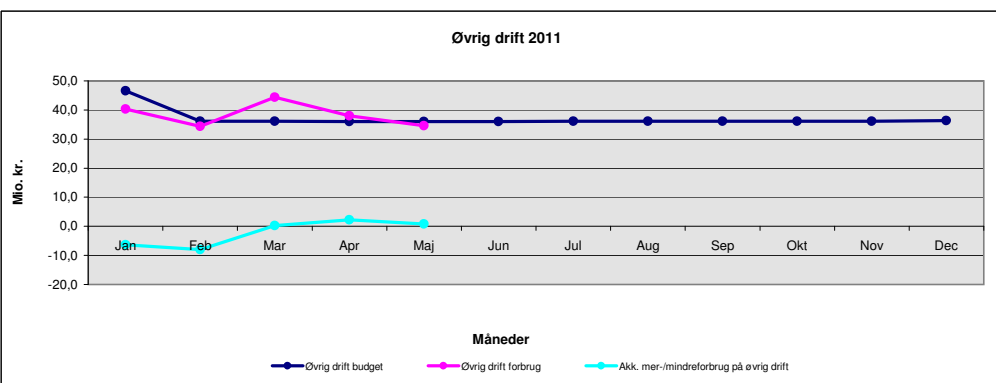
Glostrup Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	87,6	86,6	86,6	96,5	97,8	87,6	83,8	80,9	84,5	84,1	84,0	83,3	455,2
Lønforbrug	92,1	88,9	85,3	104,6	99,0								469,9
Mer-/mindreforbrug på løn	4,5	2,2	-1,3	8,1	1,2								14,8
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	4,5	6,7	5,5	13,6	14,8								



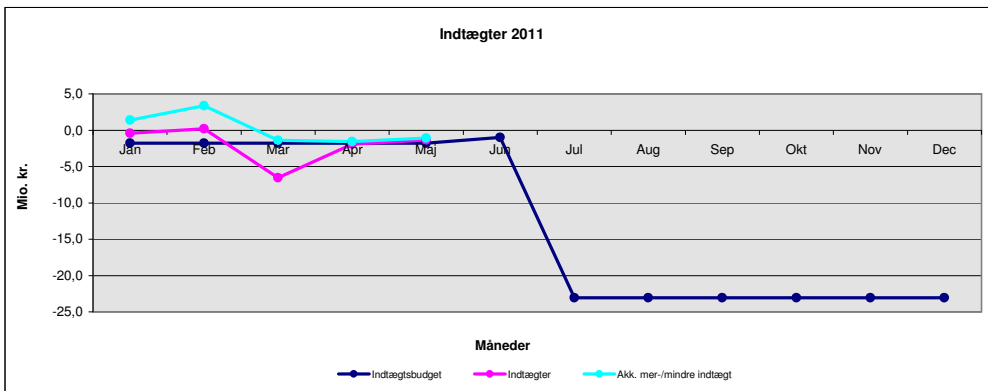
Glostrup Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	46,6	36,1	36,1	36,0	36,0	36,0	36,1	36,1	36,1	36,1	36,2	36,3	190,9
Øvrig drift forbrug	40,3	34,4	44,4	38,0	34,6								191,7
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-6,3	-1,7	8,3	2,0	-1,4								0,8
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-6,3	-8,0	0,2	2,2	0,8								



Glostrup Hospital - Indtægter 2011

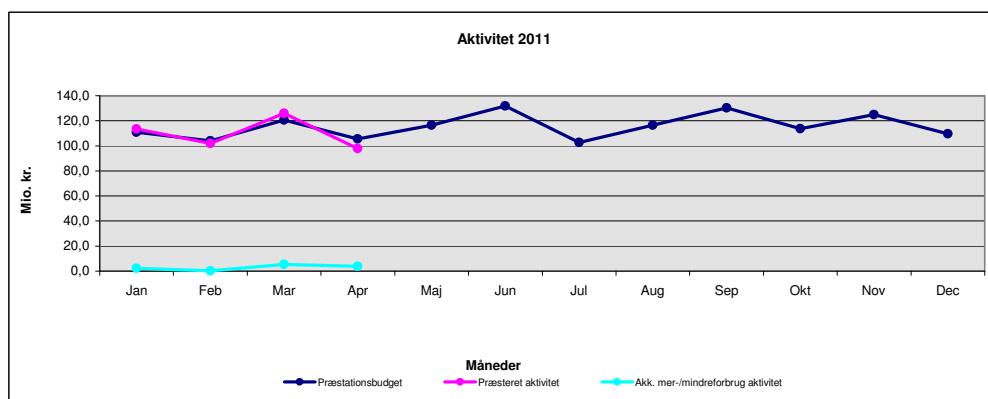
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-1,8	-1,8	-1,8	-1,8	-1,8	-1,0	-23,1	-23,1	-23,1	-23,1	-23,1	-23,1	-8,9
Indtægter	-0,4	0,2	-6,6	-1,9	-1,3								-10,0
Mer-/mindre indtægter	1,4	2,0	-4,8	-0,1	0,5								-1,1
Akk. mer-/mindre indtægt	1,4	3,4	-1,4	-1,5	-1,1								



Glostrup Hospital - Aktivitet 2011

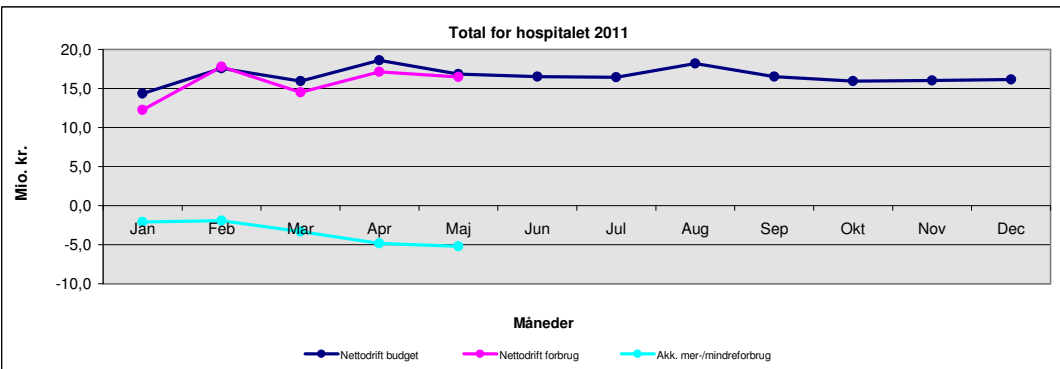
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	111,0	104,0	120,7	105,4	116,5	131,8	102,6	116,5	130,4	113,7	124,8	109,6		441,1
Præsteret aktivitet	113,3	101,8	126,0	97,7									6,2	445,1
Mer-/mindre aktivitet	2,4	-2,2	5,3	-7,7										3,9
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	2,4	0,1	5,4	3,9										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



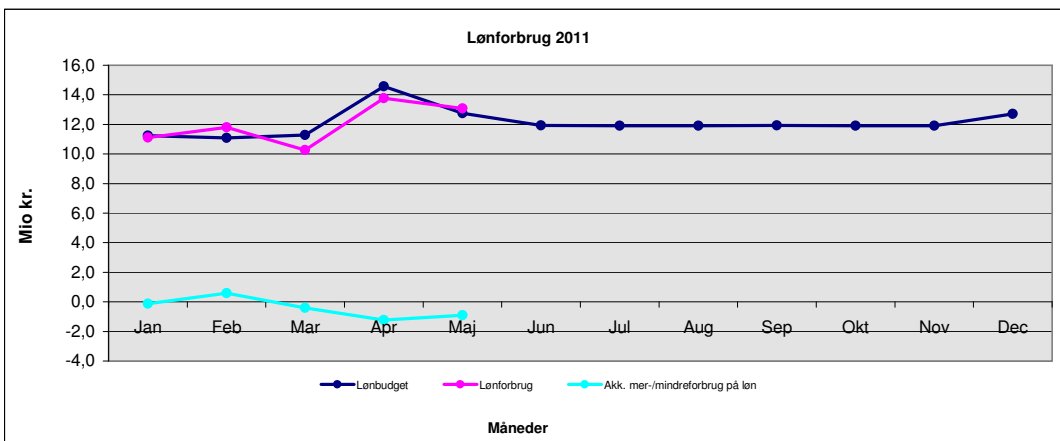
Helsingør Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	14,3	17,6	15,9	18,6	16,9	16,5	16,4	18,2	16,5	15,9	16,0	16,1	83,3
Nettodrift forbrug	12,2	17,8	14,5	17,1	16,5								78,1
Mer-/mindreforbrug	-2,1	0,2	-1,4	-1,5	-0,4								-5,2
Akk. mer-/mindreforbrug	-2,1	-1,9	-3,3	-4,8	-5,2								



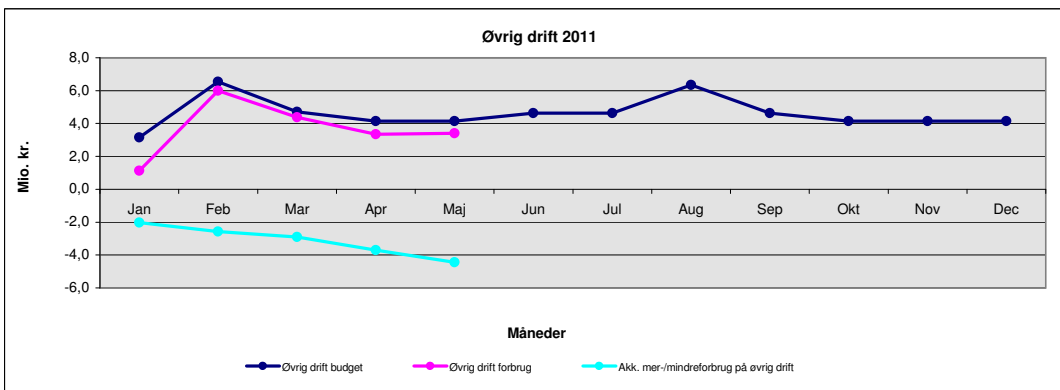
Helsingør Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	11,2	11,1	11,3	14,6	12,8	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	12,7	60,9
Lønforbrug	11,1	11,8	10,3	13,8	13,1								60,0
Mer-/mindreforbrug på løn	-0,1	0,7	-1,0	-0,8	0,3								-0,9
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	-0,1	0,6	-0,4	-1,2	-0,9								



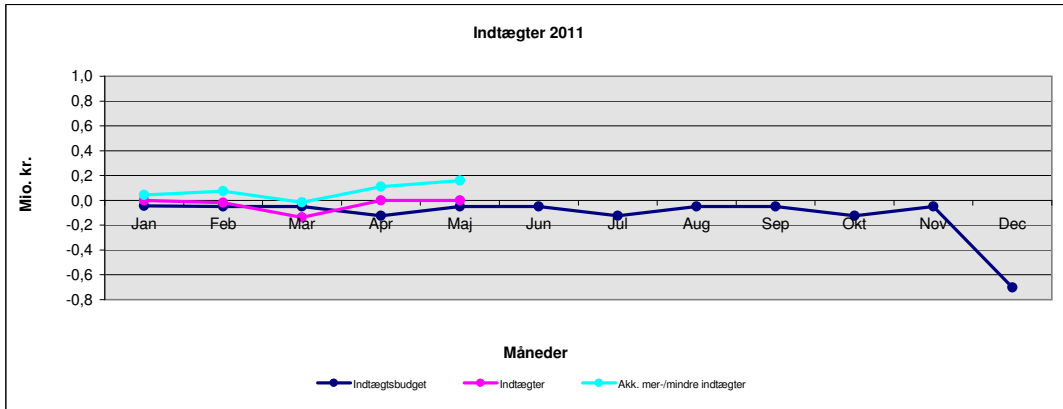
Helsingør Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	3,2	6,5	4,7	4,2	4,2	4,6	4,6	6,3	4,6	4,2	4,2	4,1	22,7
Øvrig drift forbrug	1,1	6,0	4,4	3,3	3,4								18,3
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,0	-0,5	-0,3	-0,8	-0,7								-4,4
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,0	-2,6	-2,9	-3,7	-4,4								



Helsingør Hospital - Indtægter 2011

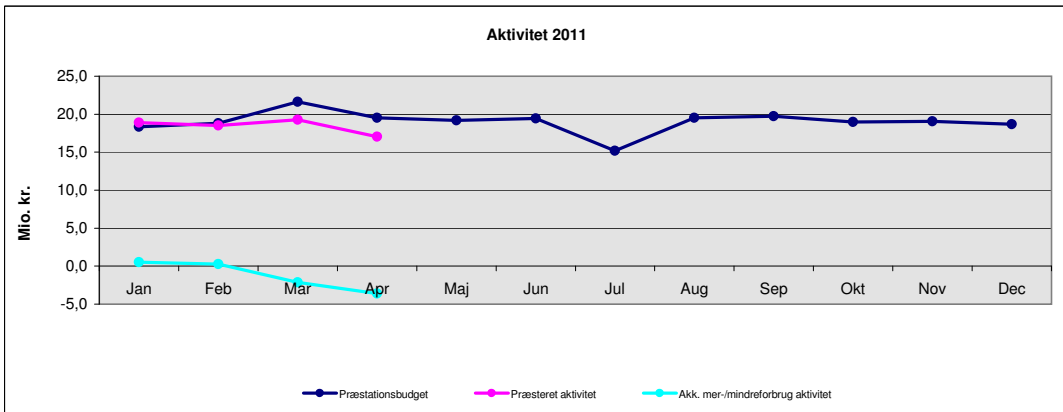
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,7	-0,3
Indtægter	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0								-0,2
Mer-/mindre indtægter	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,0								0,2
Akk. mer-/mindre indtægter	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2								



Helsingør Hospital - Aktivitet 2011

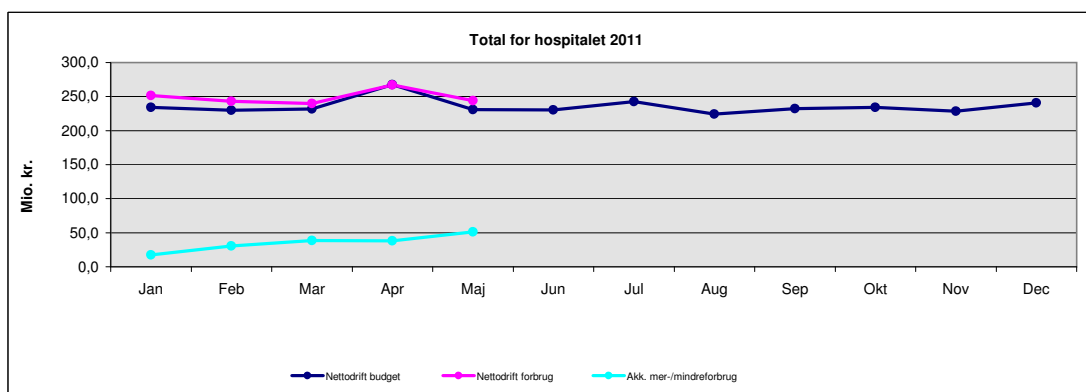
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	18,4	18,8	21,6	19,5	19,2	19,4	15,2	19,5	19,7	19,0	19,1	18,7		78,3
Præsteret aktivitet	18,9	18,5	19,3	17,1									1,0	74,7
Mer-/mindre aktivitet	0,5	-0,3	-2,4	-2,5										-3,6
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	0,5	0,3	-2,1	-3,6										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



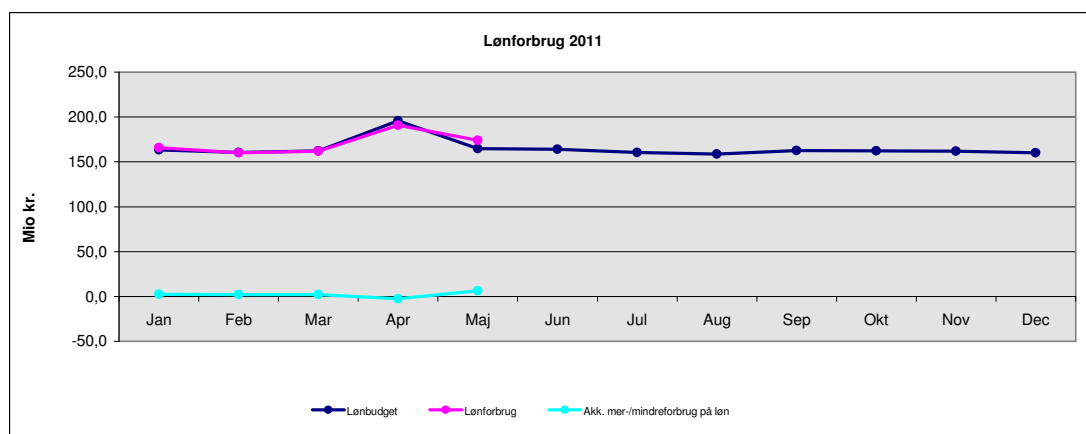
Herlev Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	234,1	229,9	231,6	267,7	230,9	230,3	242,9	224,5	232,3	234,1	228,5	240,9	1.194,2
Nettodrift forbrug	251,4	243,1	239,7	267,2	244,1								1.245,5
Mer-/mindreforbrug	17,4	13,2	8,1	-0,5	13,1								51,3
Akk. mer-/mindreforbrug	17,4	30,5	38,6	38,1	51,3								



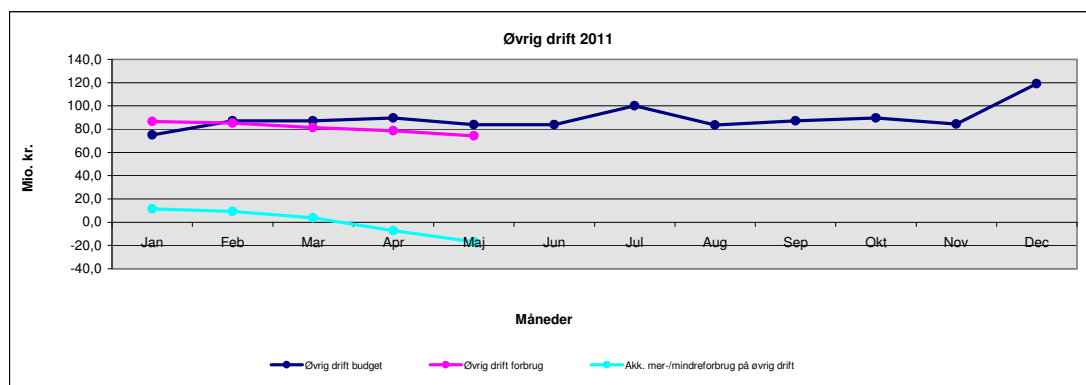
Herlev Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	163,4	160,4	162,2	195,7	164,7	164,0	160,5	158,6	162,7	162,1	161,8	160,1	846,4
Lønforbrug	166,0	160,1	162,0	190,9	173,8								852,9
Mer-/mindreforbrug	2,6	-0,3	-0,2	-4,8	9,2								6,5
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	2,6	2,3	2,1	-2,7	6,5								



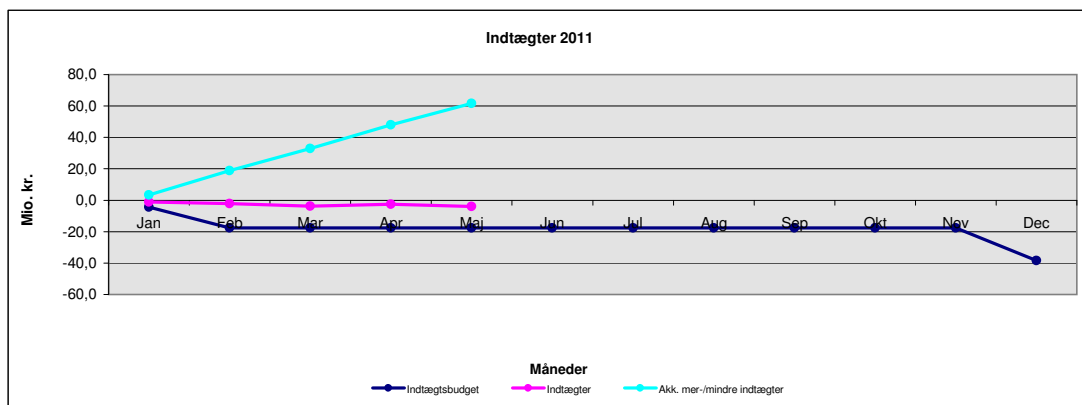
Herlev Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	75,1	87,2	87,1	89,6	83,9	84,0	100,0	83,5	87,3	89,6	84,4	119,2	422,9
Øvrig drift forbrug	86,5	85,1	81,5	78,7	74,2								406,0
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	11,4	-2,1	-5,6	-10,9	-9,7								-16,9
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	11,4	9,3	3,7	-7,2	-16,9								



Herlev Hospital - Indtægter 2011

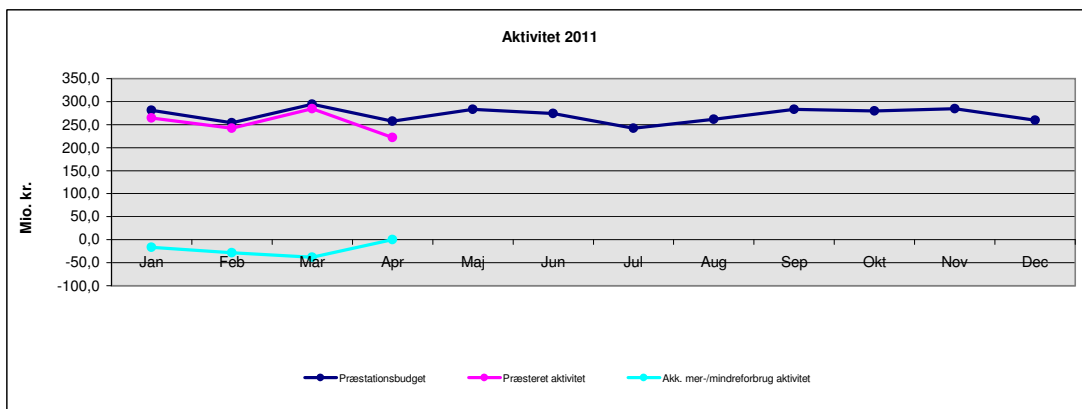
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-4,4	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-38,4	-75,1
Indtægter	-1,0	-2,1	-3,8	-2,4	-4,0								-13,3
Mer-/mindre indtægt	3,4	15,6	13,9	15,2	13,7								61,7
Akk. mer-/mindre indtægter	3,4	18,9	32,8	48,1	61,7								



Herlev Hospital - Aktivitet 2011

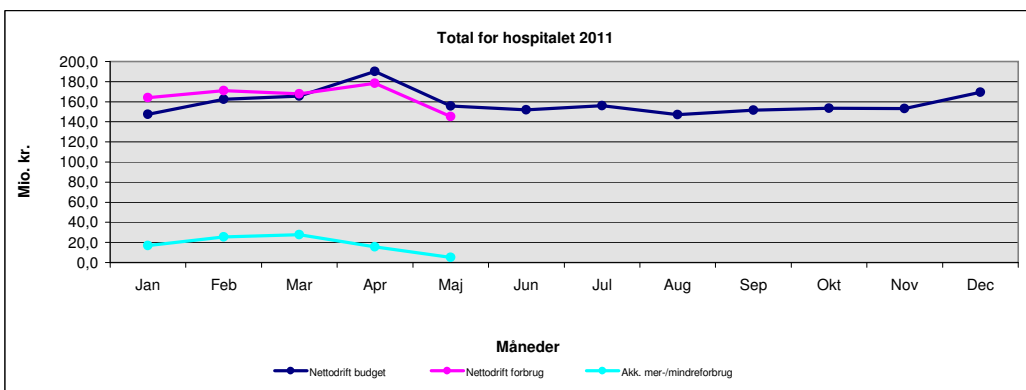
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	281,1	253,7	294,5	257,7	283,4	273,9	242,2	261,4	283,1	279,7	284,9	259,8		1.087,0
Præsteret aktivitet	264,6	242,2	284,8	222,0									73,5	1.087,1
Mer-/mindre aktivitet	-16,5	-11,5	-9,7	-35,7										0,1
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	-16,5	-28,0	-37,8	0,1										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



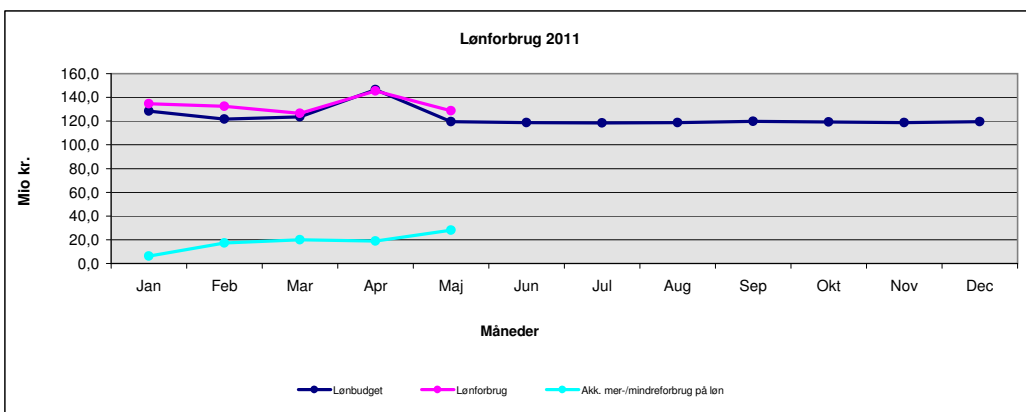
Hillerød Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	147,4	162,4	165,6	190,2	155,8	152,1	155,9	147,2	151,4	153,4	153,1	169,6	821,4
Nettodrift forbrug	164,1	171,1	167,9	178,2	145,3								826,7
Mer-/mindreforbrug	16,7	8,6	2,3	-12,0	-10,4								5,2
Akk. mer-/mindreforbrug	16,7	25,4	27,6	15,6	5,2								



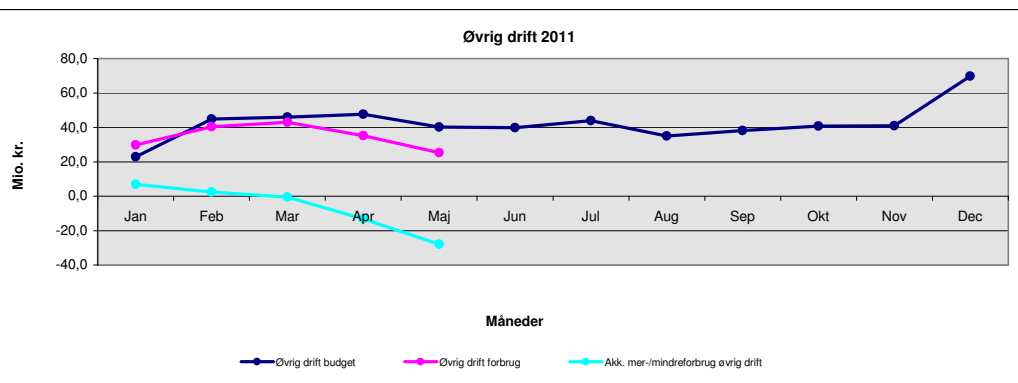
Hillerød Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	128,5	121,6	123,6	146,5	119,5	118,9	118,6	118,8	119,9	119,3	118,8	119,6	639,7
Lønforbrug	134,6	132,6	126,5	145,4	128,7								667,8
Mer-/mindreforbrug på løn	6,2	11,0	2,8	-1,1	9,2								28,1
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	6,2	17,2	20,0	18,9	28,1								



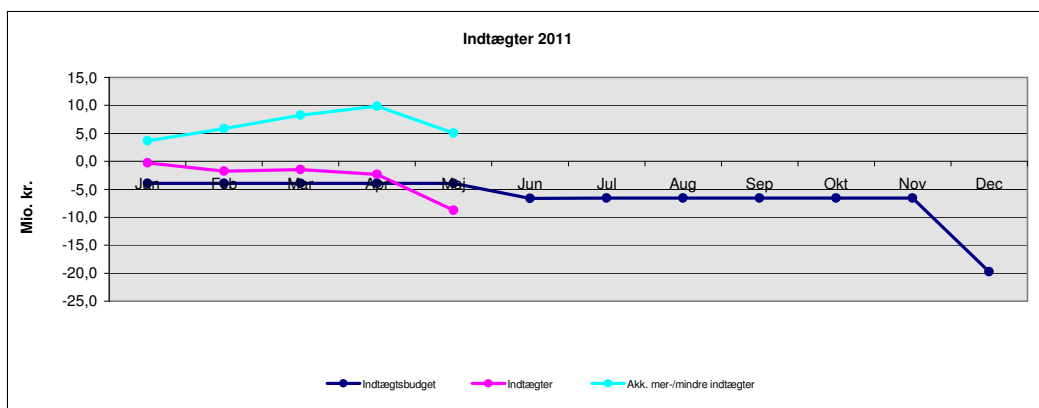
Hillerød Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	22,9	44,8	46,0	47,6	40,2	39,9	43,9	34,9	38,1	40,7	40,9	69,7	201,5
Øvrig drift forbrug	29,8	40,3	42,9	35,2	25,4								173,5
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	6,9	-4,5	-3,0	-12,5	-14,8								-28,0
Akk. mer-/mindreforbrug øvrig drift	6,9	2,4	-0,7	-13,1	-28,0								



Hillerød Hospital - Indtægter 2011

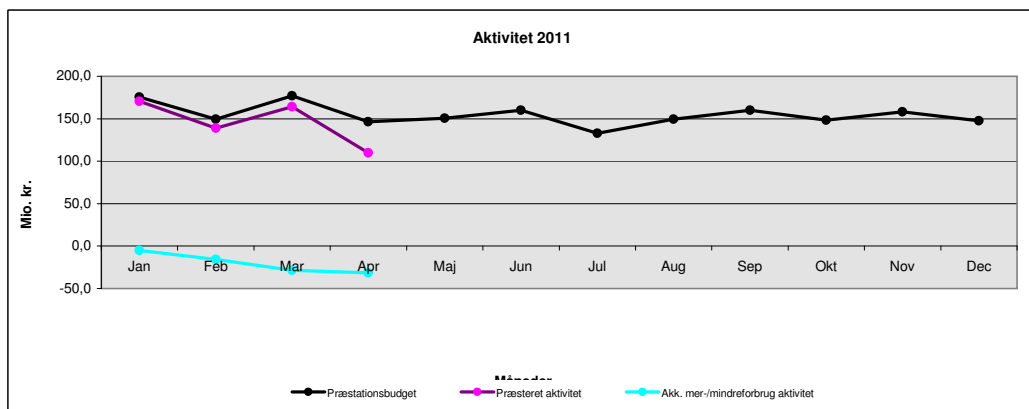
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	-19,7	-19,7
Indtægter	-0,3	-1,8	-1,5	-2,4	-8,7								-14,7
Mer-/mindre indtægter	3,7	2,2	2,4	1,6	-4,8								5,1
Akk. mer-/mindre indtægter	3,7	5,8	8,3	9,9	5,1								



Hillerød Hospital - Aktivitet 2011

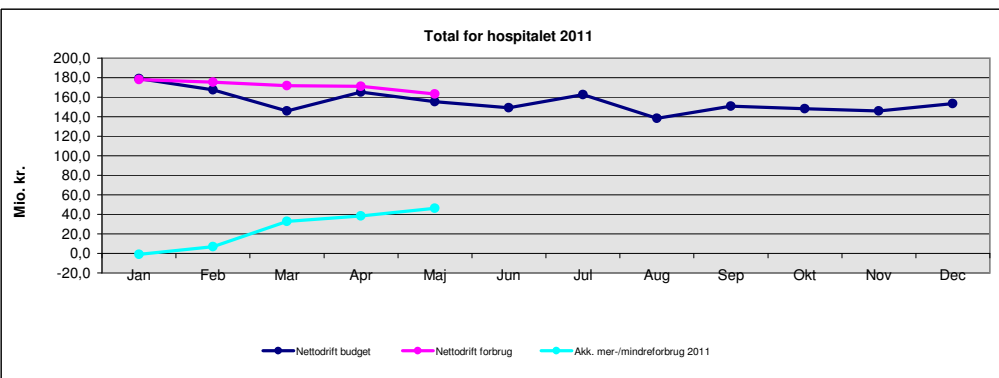
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	175,6	149,6	176,8	146,5	150,7	159,9	133,0	149,3	159,9	148,3	158,0	147,5		648,5
Præsteret aktivitet	170,5	138,9	164,3	110,0									33,1	616,8
Mer-/mindre aktivitet	-5,1	-10,7	-12,5	-36,5										-31,7
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	-5,1	-15,8	-28,3	-31,7										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



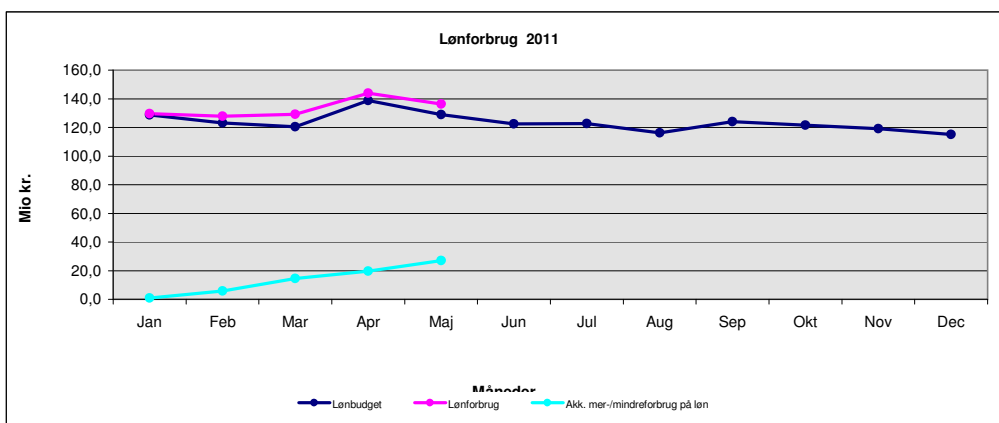
Hvidovre Hospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	178,9	167,7	145,8	165,4	155,5	149,1	162,8	138,4	150,9	148,3	145,8	153,5	813,3
Nettodrift forbrug	178,1	175,4	171,7	171,0	163,4								859,5
Mer-/mindreforbrug	-0,8	7,7	25,9	5,6	7,9								46,2
Akk. mer-/mindreforbrug 2011	-0,8	6,9	32,8	38,4	46,2								



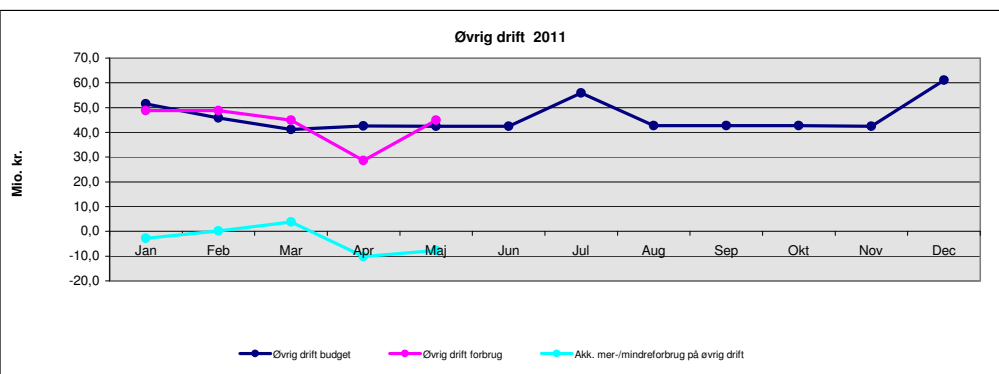
Hvidovre Hospital - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	128,7	123,1	120,5	138,7	128,8	122,6	122,7	116,3	124,1	121,5	119,1	115,2	639,8
Lønforbrug	129,7	127,9	129,1	144,0	136,2								666,8
Mer-/mindreforbrug på løn	1,0	4,8	8,6	5,2	7,4								27,1
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	1,0	5,8	14,4	19,7	27,1								



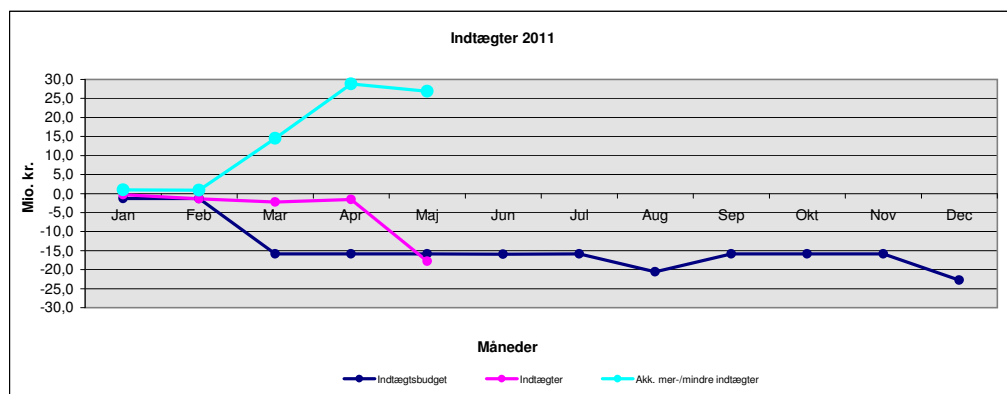
Hvidovre Hospital - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	51,5	45,9	41,2	42,5	42,5	42,5	55,9	42,7	42,7	42,7	42,5	61,1	223,7
Øvrig drift forbrug	48,7	48,8	44,9	28,6	44,9								216,0
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,8	3,0	3,7	-13,9	2,4								-7,7
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-2,8	0,2	3,8	-10,1	-7,7								



Hvidovre Hospital - Indtægter 2011

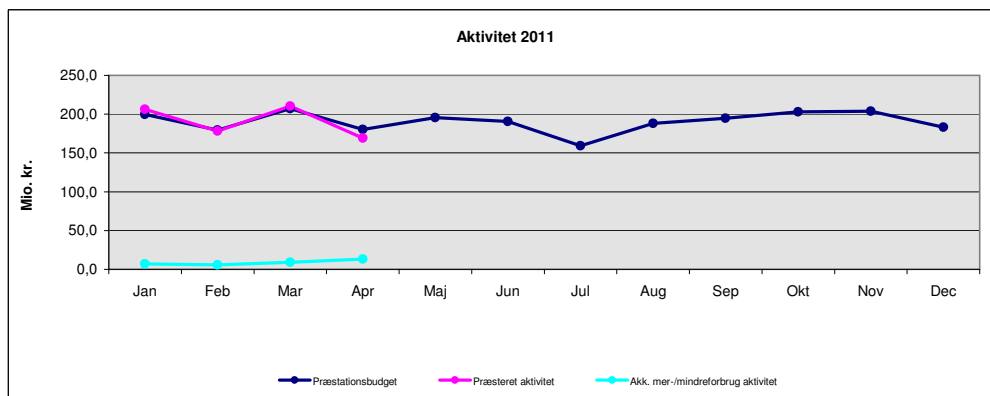
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-1,3	-1,3	-15,9	-15,9	-15,9	-16,0	-15,9	-20,6	-15,9	-15,9	-15,9	-22,7	-50,2
Indtægter	-0,3	-1,4	-2,2	-1,6	-17,8								-23,3
Mer-/mindre indtægter	1,0	-0,1	13,6	14,3	-1,9								26,9
Akk. mer-/mindre indtægter	1,0	0,9	14,5	28,8	26,9								



Hvidovre Hospital - Aktivitet 2011

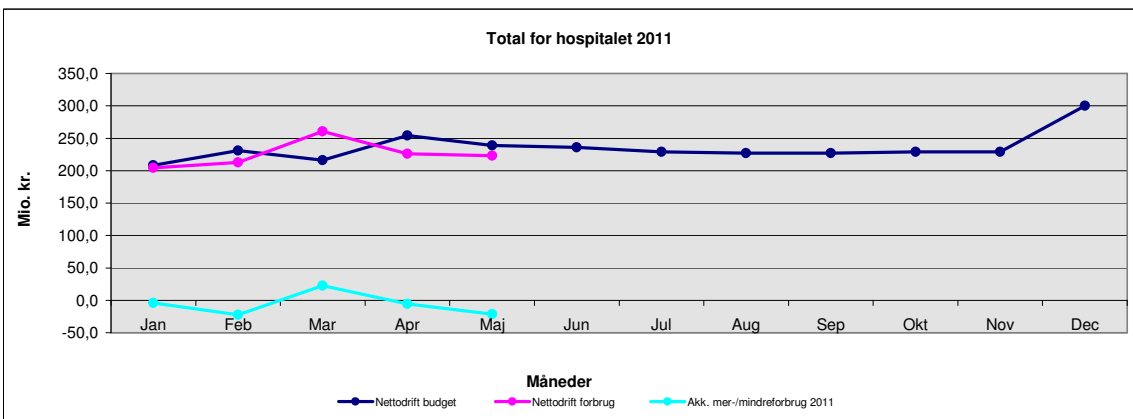
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	199,5	179,4	207,3	180,3	195,7	190,6	159,4	188,0	194,9	202,8	203,6	183,2		766,4
Præsteret aktivitet	206,4	178,4	210,3	169,2									15,4	779,7
Mer-/mindre aktivitet	6,9	-1,0	3,0	-11,1										13,3
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	6,9	5,9	8,9	13,3										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



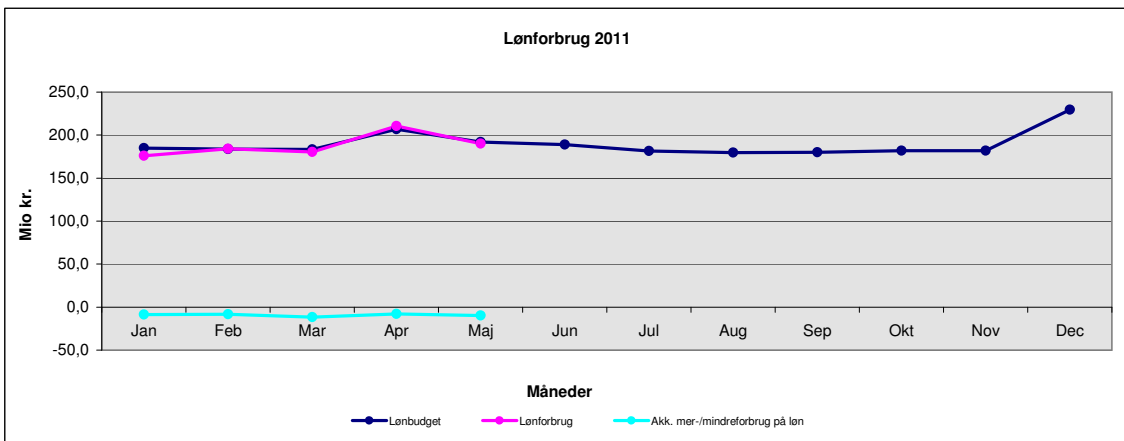
Region Hovedstadens Psykiatri - Total for Psykiatrien 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	208,5	231,0	216,1	254,0	239,1	236,1	228,8	226,9	227,2	229,2	229,2	300,1	1.148,7
Nettodrift forbrug	204,5	212,9	260,6	226,3	222,9								1.127,1
Mer-/mindreforbrug	-4,0	-18,1	44,5	-27,8	-16,2								-21,6
Akk. mer-/mindreforbrug 2011	-4,0	-22,1	22,4	-5,4	-21,6								



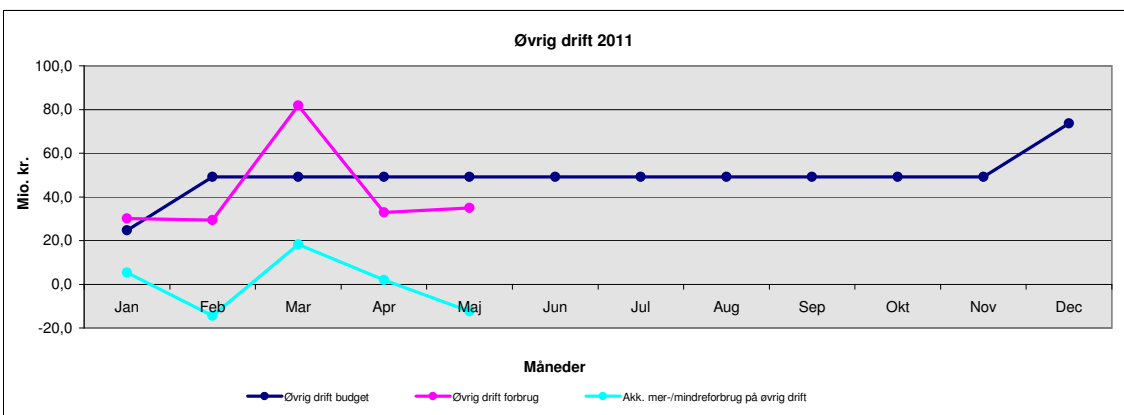
Region Hovedstadens Psykiatri - Løn 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	184,8	183,8	183,4	206,9	191,9	188,9	181,6	179,7	180,0	182,0	182,0	229,5	950,7
Lønforbrug	176,0	184,1	180,2	210,7	190,0								941,0
Mer-/mindreforbrug på løn	-8,7	0,3	-3,2	3,8	-1,9								-9,7
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	-8,7	-8,4	-11,6	-7,8	-9,7								



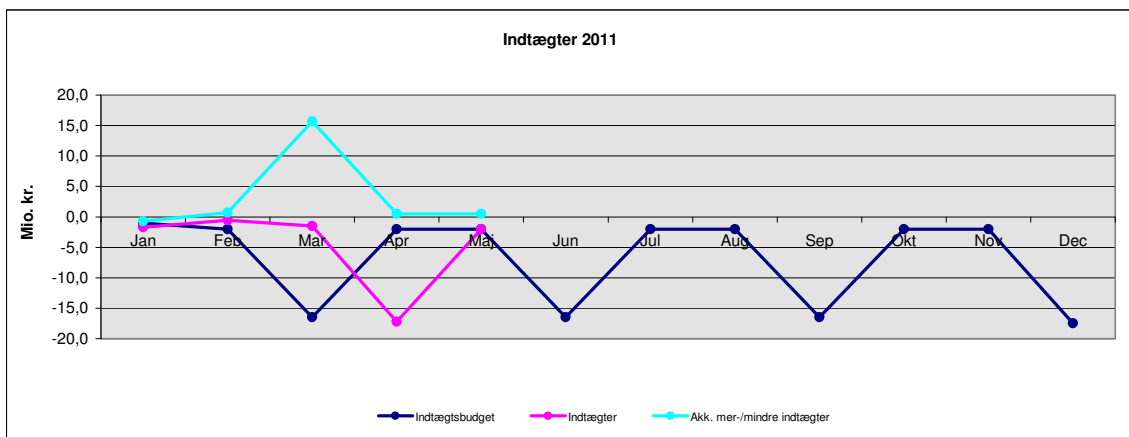
Region Hovedstadens Psykiatri - Øvrig drift 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	24,7	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	73,6	221,4
Øvrig drift forbrug	30,1	29,3	81,9	32,8	34,9								209,1
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	5,4	-19,9	32,7	-16,3	-14,3								-12,3
Akk. mer-/mindreforbrug på øvrig drift	5,4	-14,5	18,3	1,9	-12,3								



Region Hovedstadens Psykiatri - Indtægter 2011

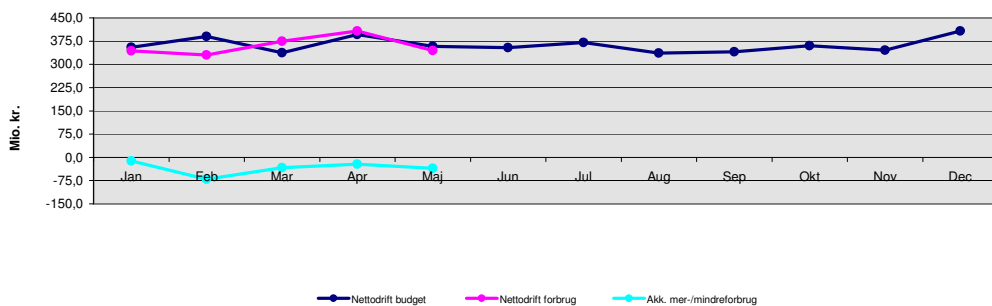
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-1,0	-2,0	-16,5	-2,0	-2,0	-16,5	-2,0	-2,0	-16,5	-2,0	-2,0	-17,5	-23,5
Indtægter	-1,7	-0,6	-1,5	-17,2	-2,0								-23,0
Mer-/mindre indtægter	-0,7	1,4	15,0	-15,2	0,0								0,5
Akk. mer-/mindre indtægter	-0,7	0,7	15,7	0,5	0,5								



Rigshospital - Total for hospitalet 2011

Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Nettodrift budget	355,0	389,7	337,4	396,5	357,8	353,7	370,8	336,7	340,1	360,3	346,0	407,2	1.836,4
Nettodrift forbrug	343,7	330,7	374,2	407,6	344,5								1.800,7
Mer-/mindreforbrug	-11,3	-59,0	36,8	11,1	-13,3								-35,8
Akk. mer-/mindreforbrug	-11,3	-70,3	-33,5	-22,4	-35,8								

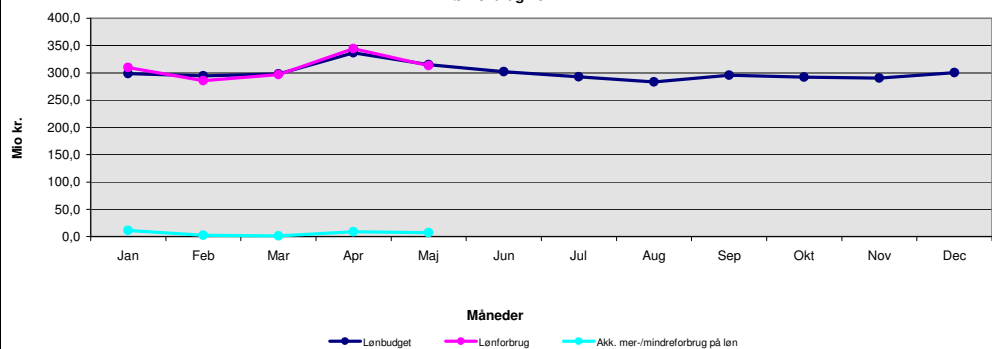
Total for hospitalet 2011



Rigshospital - Løn 2011

Mio.kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Lønbudget	298,6	294,2	298,1	336,6	314,7	302,2	292,5	283,2	295,3	292,3	290,3	300,1	1.542,3
Lønforbrug	309,6	285,4	297,0	344,4	313,1								1.549,6
Mer-/mindreforbrug på løn	10,9	-8,8	-1,1	7,8	-1,6								7,2
Akk. mer-/mindreforbrug på løn	10,9	2,1	1,1	8,8	7,2								

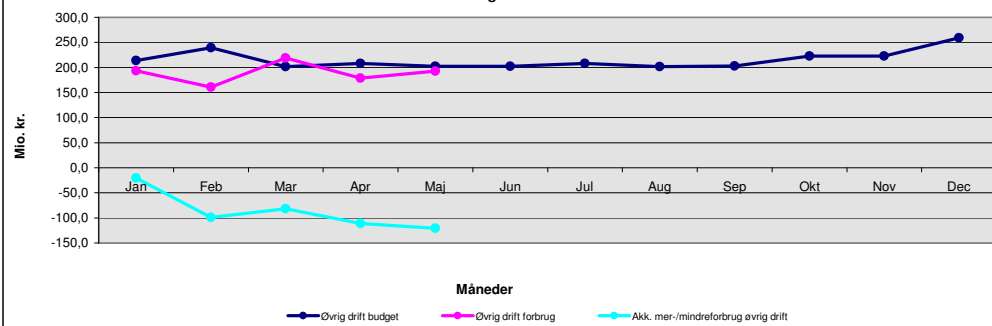
Lønforbrug 2011



Rigshospital - Øvrig drift 2011

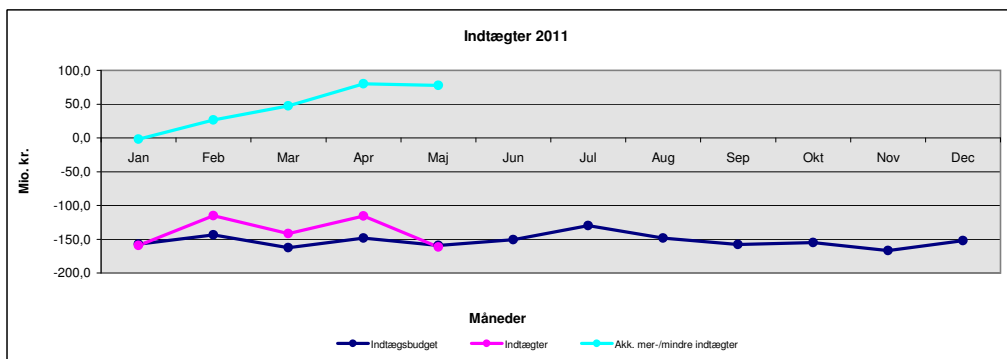
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Øvrig drift budget	214,0	239,1	201,8	208,1	202,4	202,2	208,0	202,0	202,8	223,1	222,6	259,4	1.065,3
Øvrig drift forbrug	193,6	160,6	218,6	178,9	192,9								944,6
Mer-/mindreforbrug på øvrig drift	-20,4	-78,5	16,9	-29,2	-9,5								-120,7
Akk. mer-/mindreforbrug øvrig drift	-20,4	-98,9	-82,0	-111,2	-120,7								

Øvrig drift 2011



Rigshospital - Indtægter 2011

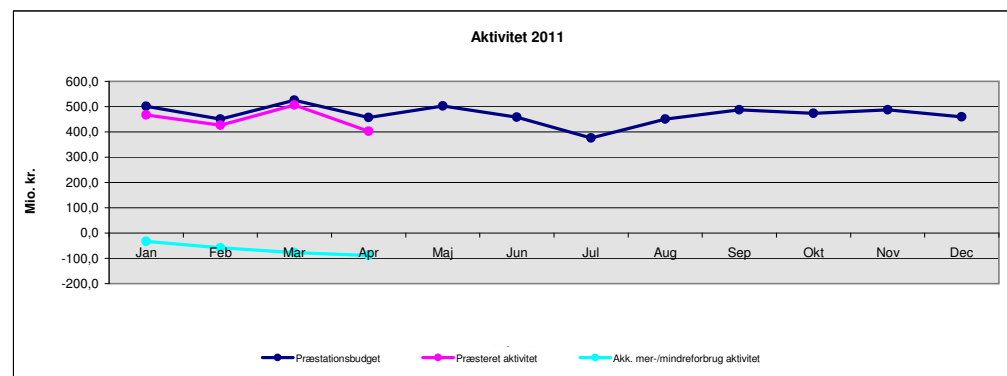
Mio. kr. 2011 pris- og lønniveau	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Januar til maj
Indtægtsbudget	-157,6	-143,7	-162,5	-148,2	-159,3	-150,7	-129,7	-148,5	-158,0	-155,1	-166,9	-152,3	-771,2
Indtægter	-159,5	-115,4	-141,5	-115,7	-161,6								-693,5
Mer-/mindre indtægt	-1,9	28,3	21,0	32,5	-2,2								77,7
Akk. mer-/mindre indtægter	-1,9	26,5	47,4	79,9	77,7								



Rigshospital - Aktivitet 2011

Mio. kr. 2011-takster	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Manglende færdigreg.	Januar til april
Præstationsbudget	501,0	451,0	525,3	457,1	503,0	458,7	375,4	450,9	487,4	473,3	487,9	459,3		1.934,4
Præsteret aktivitet	467,7	426,7	506,0	402,8									43,0	1.846,2
Mer-/mindre aktivitet	-33,3	-24,4	-19,3	-54,3										-88,1
Akk. mer-/mindreforbrug aktivitet	-33,3	-57,6	-76,9	-88,1										

Anm.: Den akkumulerede afvigelse i april måned indeholder værdien af manglende færdigregistreringer



Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Sag nr. 3

Emne: Førstebehandling af budget 2012   2015

2 bilag

Forslag til budget 2012 – 2015

REGION

Indholdsfortegnelse

Indledning	4
1. Det samlede budget.....	6
1.1 Oversigt over det samlede budget.....	6
2. Forudsætninger for budgetlægningen	11
2.1 Aftale om regionernes økonomi for 2012.....	11
2.2 Hospitals- og psykiatriplan	14
3. Udgiftsudvikling og bevillingsoversigt.....	20
4. Bevillingsområder.....	29
4.1 Amager Hospital.....	29
4.2 Bispebjerg Hospital	31
4.4 Frederiksberg Hospital	36
4.5 Frederikssund Hospital.....	39
4.6 Gentofte Hospital.....	41
4.7 Glostrup Hospital.....	44
4.8 Helsingør Hospital	47
4.9 Herlev Hospital.....	49
4.10 Hillerød Hospital	52
4.11 Hvidovre Hospital.....	54
4.12 Region Hovedstadens Apotek.....	57
4.13 Region Hovedstadens Psykiatri	59
4.14 Rigshospitalet	63
4.15 Sundhedsområdet/fælles	66
4.16 Praksisområdet.....	74
4.17 Social- og specialundervisningsområdet	77
4.17.1 Socialpsykiatri	77
4.17.2 Region Hovedstaden – Handicap.....	79
4.18 Regional udvikling	82
4.19 Administration - fællesudgifter.....	91
5. Investeringsbudget	95
6. Indtægter og finansielle poster.....	107
7. Bevillingsregler.....	113
8. Obligatoriske oversigter.....	126
Bilag 1. Økonomi og kapacitet på social- og specialundervisningsområdet ..	131

Indledning

Region Hovedstaden har pr. 1. januar 2011 i alt 1,7 mio. indbyggere og omfatter geografisk de 29 kommuner i hovedstadsområdet.

Regionen har godt 40.000 ansatte og et nettoudgiftsbudget på 33,5 mia. kr.

Region Hovedstadens styrende organ er regionsrådet, som har 41 folkevalgte medlemmer. Regionens administrative hovedsæde ligger i Hillerød.

Regionernes opgaver og finansiering er opdelt i tre områder:

- Sundhed,
- Social- og specialundervisningsområdet og
- Regional udvikling.

Region Hovedstadens opgaver finansieres gennem bidrag fra staten og kommunerne. Bidragene fra staten består dels af et bloktilskud og dels af aktivitetsbestemte tilskud. Kommunerne skal bl.a. betale for de ydelser, deres egne borgere modtager på regionens institutioner inden for socialområdet. Derudover skal kommunerne også være med til at finansiere sundhedsvæsenet og det regionale udviklingsområde.

Fastlæggelse af det årlige kommunale udviklingsbidrag sker efter drøftelse i kontaktudvalget mellem regionen og kommunerne i regionen.

Regionsrådet har vedtaget politikker, strategier og handlingsplaner på en lang række områder, som medgår i grundlaget for regionens budget, herunder bl.a. hospitals- og psykiatriplanerne.

Region Hovedstaden har landets største sundhedsvæsen med 12 hospitaler, Region Hovedstadens Psykiatri og praksisområdet.

Hospitalerne og psykiatrien skal primært betjene borgerne, som bor i regionens område, men flere af hospitalerne har også specialiserede opgaver, hvor de betjener borgere uden for Region Hovedstaden.

Region Hovedstadens praksissektor består af godt 1.000 praktiserende læger og godt 3.000 praktiserende speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter mv. Praksissektoren varetager næsten alle indledende henvendelser til sundhedsvæsenet.

I sundhedslovgivningen er der lagt vægt på samarbejdet mellem region og kommuner for at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet sikres og udvikles i de obligatoriske sundhedsaftaler, der er forankret i det regionale sundhedskoordinationsudvalg, hvor både regionen og kommunerne er repræsenteret og endvidere også repræsentanter for almen praksis.

Socialpsykiatrien er efter lovgivningen henlagt under kommunernes myndigheds- og finansieringsansvar. Området omfatter blandt andet botilbud til

sindslidende samt misbrugsområdet. Region Hovedstaden driver en række tilbud på området efter aftale med kommunerne. Kapacitet og sammensætning af de socialpsykiatriske tilbud tilpasses på baggrund af årlige indberetninger fra kommunerne om forventet behov og forbrug.

Kommunerne har også myndigheds- og finansieringsansvar for handicapområdet og specialundervisningen af handicappede børn, unge og voksne. Region Hovedstaden har efter aftale med kommunerne ansvaret for at drive dag- og døgninstitutioner, aflastningstilbud, sikre afdelinger, beskyttet beskæftigelse, botilbud til voksne, forsorgshjem og krisecenter. Region Hovedstaden har ansvaret for at drive de mest specialiserede lands- eller landsdelsdækkende undervisningstilbud for både børn, unge og voksne. Regionen har tilbud inden for specialundervisning og specialpædagogisk bistand for personer med tale-, høre- eller synsvanskeligheder.

Regionens opgaver på social- og specialundervisningsområdet tilrettelægges på baggrund af en rammeaftale, der indgås mellem regionen og kommunerne.

Det regionale udviklingsområde finansieres dels via et statsligt bloktilskud, dels via et kommunalt udviklingsbidrag.

Vækstforum for Region Hovedstaden står for regionens erhvervsfremmeindsats, herunder EU's strukturfondsmidler til fremme af regional konkurrenceevne og beskæftigelse. Dette sker på grundlag af den af Vækstforum udarbejdede erhvervsudviklingsstrategi. Vækstforum godkendte i december 2010 en ny erhvervsudviklingsstrategi "Hovedstaden – Nordeuropas grønne, innovative vækstmotor". Regionale midler disponeres efter godkendelse af regionsrådet. Region Hovedstaden har ansvaret for Øresundssamarbejdet og deltager derudover i internationale samarbejder, bl.a. i det såkaldte STRING-samarbejde, som omfatter Øresundsregionen, Slesvig-Holsten og Hamborg.

En ny overordnet regional udviklingsplan (RUP) er under udarbejdelse og forventes efter en høringsproces godkendt af regionsrådet i juni 2012. Planen vil indeholde fire temaer: Infrastruktur, erhverv og internationalisering, uddannelse samt klima og bæredygtighed. I samarbejde med kommunerne udarbejdes en selvstændig klimastrategi.

I relation til kollektiv trafik dækker Region Hovedstaden sammen med Region Sjælland de fælles administrative udgifter til trafikselskabet Movia og har derudover det økonomiske ansvar for nogle enkelte regionale buslinjer samt lokalbanerne i regionen.

Derudover omfatter de regionale udviklingsopgaver kortlægning af jordforurening, oprensning af forurenede grunde samt råstofplanlægning.

1. Det samlede budget

1.1 Oversigt over det samlede budget

Regionens økonomiske balance for 2012 fordelt på de tre områder sundhed, socialområdet og regional udvikling fremgår af nedenstående oversigt.

Oversigt over udgifter og finansiering

Mio. kr., 2012-pl	Sundhed	Socialområdet	Regional udvikling	I alt
Nettodriftsudgifter	30.443,9	-45,6	882,6	31.280,9
Investeringsudgifter	1.177,4	39,2	0,0	1.216,6
Fordelte fællesudgifter	963,4	20,1	21,4	1.004,9
Renter	100,2	-	-	100,2
Udgifter til finansiering	32.684,8	13,7	904,1	33.602,6
Statslige og kommunale tilskud	-32.436,4		-901,3	-33.337,7
Finansforskydning lån og tilgodehavender	-79,9			-79,9
Forbrug af likvide aktiver	-168,5	-13,7	-2,7	-184,9
Finansiering i alt	-32.684,8	-13,7	-904,1	-33.602,6
Balance	0,0	0,0	0,0	0,0

I oversigten indgår udgifter og finansiering for de tre områder. Oversigten viser samtidig den likviditetsmæssige virkning af budgettet.

Med de anførte beløb vil regionen overholde forudsætningerne i aftalen mellem Danske Regioner og regeringen om regionernes økonomi for 2012.

Det samlede budget for de tre områder indebærer et likviditetstræk på 184,9 mio. kr.

Heraf er indarbejdet et likviditetstræk på 168,5 mio. kr. for sundhedsområdet. Beløbet er nettovirkningen af den forudsatte likviditetsopbygning og det forudsatte likviditetstræk. Den forudsatte likviditetsopbygning på sundhedsområdet vedrører især tilbagebetaling af underskud fra 2009 og 2010 på 87,5 mio. kr. for hospitalerne. Det forudsatte likviditetstræk på sundhedsområdet vedrører investeringsbudgettet (-188 mio. kr.), driftsprojekter (-13 mio. kr.), nettotilskud vedrørende bløderudligning (12 mio. kr.), nettofinansiering vedrørende renter (- 90 mio. kr.) samt øvrige poster (115 mio. kr.)

På sundhedsområdet indgår hensættelse på 321 mio. kr. til kvalitetsfundsprojekterne som deponering. I overensstemmelse med hidtidig budgetteringspraksis er forudsat fuld refinansiering af afdrag på lån i budgetoverslagsårene.

Finansforskydning vedrørende tilgodehavender udgør -79,9 mio. kr., der vedrører frigivelse af deponerede midler, heraf NESA-midler på 143,8 mio. kr. samt deponering og frigivelse af kvalitetsfondsmidler på netto 94,9 mio. kr. Derudover er der netto-lånoptagelse på 27 mio. kr. Beløbet, der skyldes frigivelse af NESA-midler, disponeres til investeringsudgifter.

Som konsekvens af økonomiaftalen for 2012 mellem regeringen og Danske Regioner er der for sundhedsområdet afsat beløb til bl.a. aktivitetsvækst og medicin på hospitalerne samt stigende udgifter på praksisområdet.

Det har samtidig været nødvendigt at tage højde for merudgifter til andre områder, hvor udgifterne er svært afviselige.

For at opnå balance gennemføres effektivisering ved besparelser på hospitalerne, Region Hovedstadens Psykiatri og Region Hovedstadens Apotek samt besparelser vedrørende indkøb og administration.

Ændringerne på sundhedsområdet i forhold til budget 2011 gennemgås nærmere i afsnit 2 om forudsætninger for budgetlægningen og afsnit 3 om udgiftsudviklingen og bevillingsoversigt.

Det samlede bruttoudgiftsniveau på social- og specialundervisningsområdet er 864 mio. kr., som finansieres via takstbetaling fra kommunerne.

Det samlede udgiftsniveau for regional udvikling er 904 mio. kr., der finansieres via bidrag fra staten og kommunerne. Den største udgiftspost inden for regional udvikling er regionens tilskud til kollektiv trafik.

Med hensyn til lånoptagelse og afdrag er der i 2012 anvendt økonomiaftalens forudsætninger, hvor der efter lånedispensation kan optages lån til refinansiering af afdrag på gæld.

I den samlede oversigt på næste side er gengivet oversigt over nettoudgiftsbudgettet for virksomhederne 2012 samt skøn for budgetoverslagsårene 2013-2015.

Udgiftsbudget 2012 og budgetoverslag 2013 - 2015 samt finansiering

Mio. kr., 2012-pris- og lønniveau	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsniveau					
Virksomheder sygehusbehandling	18.816,9	19.432,9	19.341,8	19.341,8	19.341,8
Amager Hospital	351,5	341,2	339,5	339,5	339,5
Bispebjerg Hospital	1.504,7	1.596,6	1.588,4	1.588,4	1.588,4
Bornholms Hospital	365,3	372,2	370,4	370,4	370,4
Frederiksberg Hospital	634,9	585,5	582,3	582,3	582,3
Frederikssund Hospital	225,9	173,8	172,7	172,7	172,7
Gentofte Hospital	1.173,0	1.101,7	1.096,4	1.096,4	1.096,4
Glostrup Hospital	1.252,4	1.368,8	1.369,4	1.369,4	1.369,4
Helsingør Hospital	173,0	195,1	194,1	194,1	194,1
Herlev Hospital	2.671,4	2.823,0	2.809,9	2.809,9	2.809,9
Hillerød Hospital	2.052,1	1.913,4	1.903,1	1.903,1	1.903,1
Hvidovre Hospital	1.716,3	1.861,8	1.852,3	1.852,3	1.852,3
Region Hovedstadens Apotek	77,2	75,2	74,3	74,3	74,3
Region Hovedstadens Psykiatri	2.645,2	2.754,6	2.739,9	2.739,9	2.739,9
Rigshospitalet	3.974,0	4.270,1	4.249,0	4.249,0	4.249,0
Sundhedsområdet, fælles	3.660,0	3.821,1	3.943,2	3.940,4	3.942,5
Sygehusbehandling uden for regionen	990,6	984,9	984,9	984,9	984,9
Fælles driftsudgifter m.v.	2.669,4	2.836,2	2.958,3	2.955,5	2.957,6
Praksisområdet	6.885,9	7.189,9	7.168,2	7.168,2	7.168,2
Praksisområdet	6.885,9	7.189,9	7.168,2	7.168,2	7.168,2
Socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)	-16,4	-22,3	-22,3	-22,3	-22,3
Institutions og virksomhedsniveau (netto)	-16,4	-22,3	-22,3	-22,3	-22,3
Region Hovedstaden - Handicap	-46,4	-23,3	-38,3	-38,3	-38,3
Institutions og virksomhedsniveau (netto)	-46,4	-23,3	-38,3	-38,3	-38,3
Regional udvikling	804,2	882,6	874,7	874,7	874,7
Kollektiv trafik	458,8	449,6	479,3	479,8	482,9
Erhvervsudvikling	126,0	129,3	118,4	118,2	117,3
Miljøområdet	134,8	175,0	160,6	160,4	159,2
Øvrig regional udvikling	84,6	128,7	116,4	116,2	115,3
Administration	1.073,8	1.004,9	1.004,0	1.004,0	1.004,0
Sundhedsområdet	973,1	963,4	962,5	962,5	962,5
Socialområdet	22,0	20,1	20,1	20,1	20,1
Regional udvikling	78,6	21,4	21,4	21,4	21,4
I alt driftsvirksomhed	31.177,9	32.285,8	32.271,2	32.268,4	32.270,5
Investeringer					
Investeringsbudget, sundhedsområdet	1401,8	1.177,4	1.425,4	2.297,2	2.758,9
Investering, social og specialundervisning	32,1	39,2	39,2	39,2	39,2
Investering i alt	1.433,9	1.216,6	1.464,6	2.336,4	2.798,1
Nettodrifts- og investeringsudgifter i alt	32.611,8	33.502,4	33.735,8	34.604,8	35.068,6
Finansiering					
Finansiering, sundhed	-31.450,5	-32.436,4	-32.436,4	-32.436,4	-32.436,4
Finansiering, regional udvikling	-880,8	-901,3	-893,4	-893,4	-893,4
Renter	87,6	100,2	103,5	107,1	157,3
Forbrug af likvide aktiver	-540,8	-184,9	40,1	-526,7	-303,9
Ændring, kort- og langfristede tilgodehavender	115,7	-52,9	-547,6	-851,4	-1.592,2
Afdrag på lån	1.081,3	262,5	294,8	394,2	449,5
Lånoptagelse	-1.024,3	-289,5	-296,8	-398,2	-449,5
I alt finansiering	-32.611,8	-33.502,4	-33.735,8	-34.604,8	-35.068,6

Regionerne gik i 2009 over til omkostningsbaserede bevillinger på sundhedsområdet. Social- og specialundervisningsområdet samt det regionale udviklingsområde har siden 2007 været bevilget efter omkostningsprincipper.

Baggrunden for at overgå til omkostningsbaserede bevillinger var et ønske om at fremme fokus på opretholdelse af kapitalapparatet samt skabe øget bevidsthed om effekten af nyinvesteringer.

Efter bekendtgørelsen om regionernes budget- og regnskabsvæsen m.v. skal der endvidere på sundhedsområdet være balance mellem indtægter og udgifter efter udgiftsbaserede principper, og i økonomiaftalen for 2012 mellem regeringen og Danske Regioner er udgangspunktet ligeledes udgiftsbaseret.

Omkostningsbevillinger indebærer, at der arbejdes med supplerende, økonomiske elementer i styringen af økonomien. Der lægges mere vægt på egentlige driftsøkonomiske elementer. Således er afskrivninger en del af det økonomiske styringsgrundlag. I det udgiftsbaserede system periodiseres udgifter efter, hvornår der er en tilhørende betaling. I det omkostningsbaserede system henføres forbruget til det tidspunkt, hvor ressourcerne forbruges i produktionen af ydelser.

De omkostningselementer, som indgår i budgettet for 2012, er:

- Optjening af feriepenge,
- Optjening af tjenestemandspensioner,
- Forskydninger i lagerbeholdninger (for visse, større lagre),
- Afskrivninger vedrørende aktiver - samt for det sociale område også forrentning af aktiver.

Indregningen af disse omkostningselementer i budgettet medfører hverken reduktion i det økonomiske råderum eller likviditetsbelastning.

Omkostningsbevilling 2012 og budgetoverslag 2013 - 2015

Mio. kr., 2011-pris- og lønniveau	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsniveau				
Virksomheder sygehusbehandling	20.353,4	20.262,3	20.262,3	20.262,3
Amager Hospital	353,7	352,1	352,1	352,1
Bispebjerg Hospital	1.670,8	1.662,6	1.662,6	1.662,6
Bornholms Hospital	395,6	393,9	393,9	393,9
Frederiksberg Hospital	614,4	611,2	611,2	611,2
Frederikssund Hospital	201,0	199,8	199,8	199,8
Gentofte Hospital	1.155,3	1.150,1	1.150,1	1.150,1
Glostrup Hospital	1.448,4	1.449,0	1.449,0	1.449,0
Helsingør Hospital	205,0	204,1	204,1	204,1
Herlev Hospital	2.983,0	2.969,9	2.969,9	2.969,9
Hillerød Hospital	2.002,6	1.992,3	1.992,3	1.992,3
Hvidovre Hospital	1.964,5	1.955,0	1.955,0	1.955,0
Region Hovedstadens Apotek	86,2	85,3	85,3	85,3
Region Hovedstadens Psykiatri	2.824,7	2.810,1	2.810,1	2.810,1
Rigshospitalet	4.448,2	4.427,1	4.427,1	4.427,1
Sundhedsområdet, fælles	3.896,7	4.018,8	4.016,0	4.018,1
Sygehusbehandling uden for regionen	984,9	984,9	984,9	984,9
Fælles driftsudgifter m.v.	2.911,8	3.033,9	3.031,1	3.033,2
Praksisområdet	7.189,9	7.168,2	7.168,2	7.168,2
Praksisområdet	7.189,9	7.168,2	7.168,2	7.168,2
Socialpsykiatri (Region Hovedstadens Psykiatri)	-5,5	-5,5	-5,5	-5,5
Institutions og virksomhedsniveau	-5,5	-5,5	-5,5	-5,5
Region Hovedstaden - Handicap	3,2	-11,8	-11,8	-11,8
Institutions og virksomhedsniveau	3,2	-11,8	-11,8	-11,8
Regional udvikling	882,9	875,0	875,0	875,0
Kollektiv trafik	449,6	479,3	479,8	482,9
Erhvervsudvikling	129,3	118,4	118,2	117,3
Miljøområdet	175,3	160,9	160,7	159,5
Øvrig regional udvikling	128,7	116,4	116,2	115,3
Administration	894,5	893,6	893,6	893,6
Administration	894,5	893,6	893,6	893,6
Omkostningsbevilling i alt	33.215,1	33.200,5	33.197,7	33.199,8
Virksomhedernes investeringsramme	150,0	150,0	150,0	150,0

2. Forudsætninger for budgetlægningen

2.1 Aftale om regionernes økonomi for 2012

Sundhed

Aftalen mellem Danske Regioner og regeringen om regionernes økonomi for 2012 har udgangspunkt i, at aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om genopretning af dansk økonomi indebærer en tilførsel til det samlede sundhedsområde på i alt 5 mia. kr. i perioden 2011 til 2013, hvoraf de 2 mia. kr. indgik i økonomiaftalen for 2011. I 2012 øges det samlede bloktilskud med 1,5 mia. kr. for alle regioner tilsammen.

Af aftalen fremgår det, at der er et forstærket behov for at effektivisere, prioritere og omprioritere inden for de samlede ressourcer med henblik på at sikre, at der opnås mest mulig sundhed for pengene. Der skal være fokus på den sundhedsfagligt velbegrundede behandling.

I økonomiaftalen er det forudsat, at aktiviteten på hospitalerne i 2012 øges med 3 pct. i forhold til 2011, hvoraf 2 pct. realiseres ved produktivitetsforbedring.

For Region Hovedstaden medfører økonomiaftalen, at råderummet på driftsbudgettet i 2012 forøges med 475 mio. kr. i forhold til 2011. Beløbet tilføres regionen som en forhøjelse af bloktilskud og øvrig finansiering på sundhedsområdet, jf. oversigten nedenfor.

Udvikling i finansiering på sundhedsområdet

Mio. kr. 2012-priser	Beløb
Finansieret vækst i økonomiaftalen	472
Overgangsordning og forskningstilskud	-72
Bloktilskud mv., øvrige ændringer	58
Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT)	17
I alt	475

Forøgelsen af det samlede råderum på 475 mio. kr. udgøres for det første af 472 mio. kr., som er regionens andel af økonomiaftalens forudsætninger om aktivitetsvækst på hospitalerne og på praksisområdet.

Regionens råderum nedsættes med 72 mio. kr. som følge af aftrapning af overgangsordning og forskningstilskud. Heraf vedrører 55 mio. kr. overgangsordningen, hvorefter regionen over en årrække via bloktilskuddet modtager betaling fra andre regioner som kompensation for det beregnede underskud på sundhedsområdet. Omlægningen af det særlige statstilskud til forskningsopgaver udløser en reduktion på ca. 17 mio. kr. i 2012. Herefter er aftrapningen af overgangsordning og forskningstilskud afsluttet.

Ændringer i bloktilskudsfordelingen mv. udløser en forhøjelse på i alt 58 mio. kr. Heraf vedrører 34 mio. kr. ændret bloktilskudsfordeling

mellem regionerne, der kan henføres til en række ændringer i værdierne for de anvendte fordelingskriterier. De resterende 24 mio. kr. er udløst af ændringer i forbindelse med fastlæggelsen af det maksimale niveau for kommunal medfinansiering 2012.

Endelig fører det udvidede totalbalanceprincip (DUT) til en forøgelse af regionens råderum med 17 mio. kr. i 2012. DUT tager højde for de økonomiske konsekvenser for regionerne af ændringer i love og regler.

Den samlede stigning i Region Hovedstadens råderum udgør således i alt 475 mio. kr. i 2012.

Investeringsbudgettet på sundhedsområdet kan overordnet opdeles i udgifter til kvalitetsfundsprojekter og udgifter til øvrige projekter.

Investeringsbudget 2012-2015

Mio. kr., 2012-priser	BF2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Kvalitetsfundsprojekter	240	650	1.170	1.910
Øvrige projekter	937	775	1.127	849
Udgifter i alt	1.177	1.425	2.297	2.759

Med hensyn til kvalitetsfundsprojekter har regionen modtaget forhåndstilsagn på samlet 12,85 mia. kr. til gennemførelse af seks konkrete projekter, og regionen har i juni 2011 modtaget endeligt tilsagn vedrørende projektet på Rigshospitalet.

De 12,85 mia. kr. tilvejebringes ved en forventet statslig medfinansiering på 7,68 mia. kr. (2009-pl) og regionens egenfinansiering på 5,17 mia. kr. (2009-pl). Af regionens egenfinansiering forventes 3,56 mia. kr. tilvejebragt gennem deponerede midler mens 1,61 mia. kr. tilvejebringes gennem lånefinansiering.

De forventede udgifter til kvalitetsfundsprojekterne er forudsat finansieret som angivet i nedenstående oversigt.

Kvalitetsfundsprojekter 2012-2015

Mio. kr., 2012-priser	BF2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Statslig finansiering	150	406	731	1.194
Regional egenfinansiering	90	244	439	716
I alt	240	650	1.170	1.910

Udgiftsbehovet er opgjort efter de foreliggende tidsplaner, der løbende tilpasses i takt med, at projekterne kvalificeres yderligere. Pengene forudsættes tilvejebragt ved udbetaling af midler fra kvalitetsfonden samt ved regional egenfinansiering, dvs. ved de deponerede midler samt ved låntagning.

Investeringsbudgettet til øvrige projekter tager udgangspunkt i den ved økonomiaftalen afsatte finansiering af et samlet niveau for anlægsinvesteringer på sundhedsområdet på i alt 2.950 mio. kr. for regionerne. Heraf skal regionerne samlet hensætte 1.022 mio. kr. til medfinansiering af projekter med tilsagn fra kvalitetsfonden.

For Region Hovedstaden udgør den forholdsommæssige andel en ramme på i alt 926 mio. kr., hvoraf der skal hensættes 321 mio. kr. til medfinansiering af projekter med tilsagn fra den statslige kvalitetsfond. Derudover afsættes 144 mio. kr. der fremkommer ved frigivelse af deponerede NESAMidler, samt 188 mio. kr., der finansieres ved likviditetstræk.

Den samlede investeringsramme i 2012 udgør ud over kvalitetsfundsprojekter herefter 937 mio. kr. til investeringsprojekter på sundhedsområdet.

Øvrige projekter 2012 - 2015, Sundhedsområdet

Mio. kr. - 2012-priser	2012	2013	2014	2015
Bloktilskud	926	926	926	926
NESA-midler	144	76	0	0
Likviditetstræk (godkendte sager)	145	25		
Budgettilpasning (yderligere likviditetstræk)	43	70	522	244
Hensættelser til medfinansiering af kvalitetsfundsprojekter	-321	-321	-321	-321
I alt	937	775	1.127	849

I budgetoverslagsårene 2013 – 2015 budgetteres med uændret bloktilskudsfinansiering og uændret hensættelse vedrørende kvalitetsfundsprojekter samt frigivelse af NESAMidler på 76 mio. kr. i 2013. Der budgetteres endvidere med likviditetstræk i 2013 på 94 mio. kr., 522 mio. kr. i 2014 og 244 mio. kr. i 2015. De samlede rådighedsbeløb til udgør herefter 775 mio. kr. i 2013, 1.127 mio. kr. i 2014 og 849 mio. kr. i 2015.

Social- og specialundervisningsområdet

Social- og specialundervisningsområdet er ikke omtalt specifikt i økonomiaftalen for 2012 mellem Danske Regioner og regeringen.

Der er i budgetforslaget indarbejdet en takstreduktion på 15 mio. kr. på handicapområdet som konsekvens af områdets overskud i 2010.

Der redegøres nærmere for social- og specialundervisningsområdet i gennemgangen af bevillingsområder i kapitel 4.

Regional udvikling

I økonomiaftalen for 2012 indgår en videreførelse af det aftalte niveau i 2011-aftalen med en nedtrapning af bloktilskuddet over tre år.

Der redegøres nærmere for regional udvikling i gennemgangen af bevillingsområder i kapitel 4.

2.2 Hospitals- og psykiatriplan

Grundlaget for den fremtidige opgavefordeling mellem regionens hospitaler er fastlagt i Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020), som blev vedtaget af regionsrådet den 21. juni 2011. Fra maj 2012 erstatter HOPP 2020 Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007.

Som led i implementeringen af Hospitalsplan 2007, Psykiatriplan 2007 og HOPP 2020 er der udarbejdet en række retningslinjer og anbefalinger om tværgående områder og etablering af funktioner, som skal være med til at sikre et ensartet, højt niveau af undersøgelse, behandling og pleje på tværs af regionen.

Regionsrådet har blandt andet fået forelagt anbefalinger for:

- Akutbetjeningen,
- Etablering af fælles akutmodtagelser,
- De fysiske rammer for kvinde-barn afsnit,
- Patienthotelsenge,
- Den præhospitale indsats,
- Intensivkapacitet,
- Fremtidens kliniske grundstruktur.

Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 er løbende implementeret, og der er i 2007-2011 gennemført en række flytninger af funktioner og optageområder. Hertil kommer, at der er foretaget en række ledelsesmæssige sammenlægninger af afdelinger med henblik på at koordinere den fremtidige arbejdsdeling og flytning af funktioner.

Den hurtige implementering er sket for at sikre borgerne de fordele, der umiddelbart kan opnås ved omlægning af opgaverne. Samtidig har det været nødvendigt med en hurtig implementering nogle steder, fordi det har været vanskeligt at opretholde bemanningen på de afdelinger, der planlægges flyttet. Endelig har implementeringen muliggjort en hurtig realisering af rationaliseringspotentialet.

Der er enkelte flytninger, som er besluttet i Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007, som endnu ikke er implementeret. Disse flytninger forudsætter større anlægsprojekter og har en høj grad af indbyrdes afhængighed, og de indgår i den videre planlægning som en del af HOPP 2020.

Hospitalsplan 2007

I 2011 medfører implementeringen af Hospitalsplan 2007, som følge af truffene beslutninger frem til medio 2011, en række omlægninger. Pr 1. juli 2011 er gennemført følgende:

Amager Hospital

- Skadestuen er sammenlagt med akut modtagefunktion, og der er etableret en akutmodtagelse.

Bispebjerg Hospital

- Hospitalet har overtaget apopleksibetjeningen af Rigshospitalets lokalområde,
- Der er etableret demensenhed i planlægningsområde Byen (i samarbejde med Rigshospitalet),
- Anæstesiaafdelingen på Frederiksberg Hospital er overgået til en udefunktion ledet af Bispebjerg Hospital,
- Diagnostisk radiologi på Frederiksberg Hospital er overgået til en udefunktion ledet af Bispebjerg Hospital.

Frederiksberg Hospital

- Anæstesiaafdelingen er overgået til en udefunktion ledet af Bispebjerg Hospital,
- Diagnostisk radiologi er overgået til en udefunktion ledet af Bispebjerg Hospital.

Frederikssund Hospital

- Hospitalets afdeling for neurorehabilitering i Esbønderup er lukket og flyttet til Frederikssund Hospital,
- Den ortopædkirurgiske aktivitet er flyttet til Hillerød Hospital.

Gentofte Hospital

- Skadestuen er sammenlagt med akut modtagefunktion, og der er etableret akutmodtagelse,
- Der er etableret en selvstændig, elektiv ortopædkirurgisk funktion, og den ortopædkirurgiske samarbejdsfunktion med Herlev Hospital er opført,
- Den elektive ortopædkirurgiske aktivitet fra Hørsholm Hospital er overgået til Gentofte Hospital,
- Laboratoriedelen for allergologi er flyttet fra Rigshospitalet til Gentofte Hospital,
- Demensudredningen for planlægningsområde Midt er flyttet fra Gentofte Hospital til Herlev Hospital,
- Øre-næse-halsafdelingen er overgået til en udefunktion fra Rigshospitalet, og akutfunktion for planlægningsområde Midt på øre-næse-halsområdet er overgået til Hillerød Hospital.

Glostrup Hospital

- Den rygkirurgiske aktivitet fra Hørsholm Hospital er flyttet til Glostrup Hospital.

Helsingør Hospital

- Den reumatologiske aktivitet i Hørsholm er flyttet til Helsingør Hospital,
- Den kirurgiske og ortopædkirurgiske aktivitet er flyttet fra Helsingør Hospital til Hillerød Hospital,

- Skadestuen er sammenlagt med akut modtagefunktion, og der er etableret akutmodtagelse.

Herlev Hospital

- Der er etableret demensenhed, og demensudredningen for planlægningsområde Midt er flyttet fra Gentofte Hospital til Herlev Hospital,
- Optageområdeflytning for intern medicin fra Frederikssund Hospital til Herlev Hospital,
- Optageområdeflytning for gynækologi og obstetrik fra Hillerød og Gentofte Hospitaler til Herlev Hospital,
- Optageområdeflytning for ortopædkirurgi, kirurgi, onkologi og neurologi fra Hillerød og Frederikssund Hospitaler til Herlev Hospital,
- Optageområdeflytning for pædiatri fra Gentofte, Hillerød og Hvidovre Hospitaler til Herlev Hospital.

Hillerød Hospital

- Der er etableret demensenhed,
- Optageområdeflytning for gynækologi og obstetrik fra Herlev og Gentofte hospitaler til Hillerød Hospital,
- En mindre del af den ortopædkirurgiske aktivitet i Hørsholm er flyttet til Hillerød Hospital,
- Den kirurgiske aktivitet er flyttet fra Hørsholm til Hillerød Hospital,
- Akutfunktion for planlægningsområde Midt på øre-næse-halsområdet er flyttet fra Gentofte Hospital til Hillerød Hospital,
- Den kirurgiske aktivitet fra Helsingør Hospital er flyttet til Hillerød Hospital,
- Den ortopædkirurgiske funktion fra Helsingør og Frederikssund hospitaler er flyttet til Hillerød Hospital,
- Intensivfunktionerne fra Helsingør og Frederikssund Hospitaler er flyttet til Hillerød Hospital,
- Optageområdeflytning for pædiatri fra Gentofte Hospital til Hillerød Hospital.

Hvidovre Hospital

- Optageområdeflytning for gynækologi, obstetrik og pædiatri fra Herlev Hospital til Hvidovre Hospital,
- Varetagelsen af den mikrobiologiske betjening af Glostrup Hospital er flyttet til Hvidovre Hospital,
- Vestegnens Lungeklinik er ledelsesmæssigt overgået til Hvidovre Hospital fra Gentofte Hospital.

Rigshospitalet

- Aktiviteten for akut karkirurgi er flyttet fra Gentofte Hospital til Rigshospitalet,
- Øre-næse-halsafdelingen på Gentofte Hospital er overgået til en elektiv klinik under ledelse af Rigshospitalet,
- Den akutte øre-næse-hals aktivitet for planlægningsområde Syd er flyttet fra Gentofte Hospital til Rigshospitalet,
- Optageområdeflytning for pædiatri fra Gentofte og Hvidovre Hospitaler til Rigshospitalet,

- Den thoraxkirurgiske udefunktion på Gentofte Hospital er flyttet til Rigshospitalet.

Psykiatriplan 2007

I 2011 medfører implementeringen af Psykiatriplan 2007, som følge af trufne beslutninger frem til medio 2011, en række omlægninger. Pr. 1. juli 2011 er gennemført følgende:

- Ledelsesmæssig sammenlægning mellem Psykiatrisk Center Gentofte og Psykiatrisk Center Ballerup,
- Etablering af akutmodtagelse ved Psykiatrisk Center Glostrup,
- Etablering af akutmodtagelse ved Psykiatrisk Center Nordsjælland,
- Udvidelse af den retspsykiatriske sengekapacitet.

Hospitals- og Psykiatriplan 2020

I forhold til implementeringen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020) vil dette i endnu højere grad kræve anlægsinvesteringer at gennemføre omlægningerne, og der vil være en større indbyrdes afhængighed mellem mulighederne for at flytte funktioner, idet flytning af funktioner fra et hospital skaber plads til indflytning af funktioner fra et andet hospital.

Med HOPP 2020 vil den udvikling af Region Hovedstadens somatiske hospitaler, som blev igangsat med Hospitalsplan 2007, kunne blive videreført i de følgende år. HOPP 2020 indebærer, at der fortsat vil være fokus på at samle afdelinger for at sikre den faglige kvalitet og udvikling.

I 2012 vil der blive igangsat følgende initiativer i forhold til implementeringen af HOPP 2020:

Diagnostiske enheder

Etableringen af diagnostiske enheder ved de fire akuthospitaler påbegyndes. Indledningsvis etableres de murstensløst. Den endelige implementering af de diagnostiske enheder kræver tilpasning af de fysiske rammer, som vil blive igangsat i forbindelse med om- og nybygning af akuthospitalerne.

Sundhedstelefon

Der oprettes en regional sundhedstelefon senest den 1. marts 2012

Sammenlægning af afdelinger

Med henblik på at sikre den faglige kvalitet og udvikling vil der være en række afdelinger, som fusionerer.

Modernisering af Amager Hospital

Den fortsatte modernisering af Amager Hospital igangsættes ved udgangen af 2011 således, at Amager Hospital kan samles på matriklen på Italiensvej.

Akutmodtagelser

Hospitalerne i Glostrup, Gentofte, Frederiksberg, Helsingør, Frederikssund og på Amager kan hele døgnet og alle ugens dage modtage visiterede medicinske patienter. For borgere med akutte, mindre skader vil der være åbent i tidsrummet kl. 7.00-22.00. Sidstnævnte gennemføres i løbet af 2012

Strukturelle ændringer i psykiatrien

Med HOPP 2020 vil den udvikling af Region Hovedstadens Psykiatri, som blev igangsat med Psykiatriplan 2007, blive videreført i de følgende år. Der skal fortsat ske en omlægning fra stationær behandling til forebyggende, ambulant og opsøgende psykiatri, ligesom der er en plan for etablering af enestuer til alle indlagte psykiatriske patienter.

Styrkelse af akutområdet inden for psykiatrien

Den styrkelse af akutområdet, der blev igangsat med etableringen af en akutmodtagelse ved Psykiatrisk Center København i 2009, fortsætter, og i 2012 vil der yderligere være etableret akutmodtagelser ved Psykiatrisk Center Nordsjælland og Psykiatrisk Center Glostrup. Derudover er det besluttet at etablere akutmodtagelser ved Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Hvidovre, hvor byggeprojekterne vil være godt i gang i 2012.

I 2011 er Psykiatrisk Center Gentofte og Psykiatrisk Center Ballerup samlet under én ledelse, og den videre proces med henblik på sammenlægning vil blive forberedt.

Børne- og Ungdomspsykiatrien

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup etableres i 2011 en ny funktion med 10 akutsenge til intensiv aktivitet og unge retspsykiatriske patienter. Byggeriet er igangsat primo 2011. Funktionen vil blive understøttet af, at der etableres en akutmodtagelse på Psykiatrisk Center Glostrup.

Andre budgetforudsætninger

I kapitel 4 beskrives de enkelte bevillingsområder. For hvert bevillingsområde findes en beskrivelse af opgaver, økonomi og aktivitet.

For alle bevillingsområder er gengivet såvel udgiftsbaserede opgørelser som omkostningsbaserede opgørelser.

Virksomhedernes budgetrammer er i udgangspunktet baseret på det vedtagne budget for 2011 korregeret for ændringer efter budgetvedtagelsen til og med 2. økonomirapport 2011 med virkning for 2012. Hertil kommer nye korrektioner vedrørende opgaveændringer samt besparelser. Der er foretaget en nærmere beskrivelse af de konkrete ændringer i budgetrammerne under budgettet for den enkelte virksomhed.

For Frederiksberg Hospital, Glostrup Hospital, Herlev Hospital og Hvidovre Hospital indebærer det ajourførte budget medio 2011, at der med udgangen

af 2011 udestår tilbagebetaling af i alt 327,4 mio. kr. vedrørende merforbrug i 2009 og 2010.

Budgetforslaget indebærer, at 87,5 mio. kr. heraf tilbagebetales i 2012, mens de resterende 239,9 mio. kr. tilbagebetales i perioden 2013-15. Af de 87,5 mio. kr. i 2012 vedrører 14,1 mio. kr. Frederiksberg Hospital, 7,5 mio. kr. vedrører Glostrup Hospital, 28,6 mio. kr. vedrører Herlev Hospital, mens 37,2 mio. kr. vedrører Hvidovre Hospital. De 87,5 mio. kr. i 2012 er indarbejdet som tilsvarende reduktioner af driftsbudgettet på de fire hospitaler, og beløbet modsvares i budgettet af likviditetsopbygning i forbindelse med tilbagebetalingen.

Budgetforslagets bevillingsmæssige inddeling er baseret på den gældende ledelsesmæssige struktur, idet der endnu udestår endelig beslutning om etablering af tre nye, tværgående virksomheder: En for sociale institutioner og kommunesamarbejde, en for præhospitalsvirksomhed samt en for apoteksområdet.

Endvidere er der i budgetforslaget ikke foretaget den budgetmæssige udskillelse i konsekvens af beslutning om etablering af de to tværgående virksomheder: HRU-virksomheden og IMT-virksomheden. Den budgetmæssige udskillelse vil ske i forbindelse med en kommende økonomirapport.

Lønbudgetter er generelt fremskrevet med 2,3 pct., og øvrig drift er fremskrevet med 1,97 pct. Indtægter er fremskrevet med 2,15 pct. I fremskrivningen er taget højde for niveauekorrektion vedrørende ændringer til pris- og lønfremskrivningen i budget 2011.

Aktivitetsbudgetterne for hospitalerne er baseret på de ajourførte præstationsbudgetter i 2. økonomirapport 2011 med tillæg af 2 pct. Aktivitetsbudgettet for Region Hovedstadens Psykiatri er baseret på budget 2011.

Præstationsbudgettet for 2012 er beregnet med 2011 drg-takster. Når taksterne for 2012 foreligger, vil der blive foretaget en teknisk genberegning af præstationsbudgetterne. Præstationsbudgettet vil kunne tilpasses løbende efter takststyringsmodellens mekanisme.

Budgetterne for indtægtsdækket forskning for 2012 er videreført på et niveau svarende til budgetterne for 2011.

Det kommunale udviklingsbidrag er fastsat til 123 kr. pr. indbygger svarende til økonomaftalens forudsætninger. Det hidtidige kommunale grundbidrag på sundhedsområdet er afskaffet fra 2012 og omlagt til en forhøjet kommunal aktivitetsfinansiering.

3. Udgiftsudvikling og bevillings-oversigt

3.1 Udvikling i driftsudgifterne på sundhedsområdet fra budget 2011 til 2012

Udviklingen i nettodriftsudgifterne fra 2011 til 2012 svarer til udviklingen i bloktilskud og øvrig finansiering på i alt 475 mio. kr., jf. afsnit 2.

De 475 mio. kr. kan opgøres i fire hovedelementer på følgende måde:

Udvikling i nettodriftsudgifter

Mio. kr. 2012-priser	Beløb
Aktivitetsvækst	545
Andre vækstområder	228
Andre ændringer	196
Besparelser	-494
I alt	475

Hovedelementerne er beskrevet nærmere i det følgende.

De enkelte poster er opgjort som udgiftsbehovet i 2012 og den afledte ændring i forhold til de afsatte beløb i budget 2011.

Aktivitetsvækst

Der afsættes 545 mio. kr. til aktivitetsmæssige ændringer fra 2011 til 2012, jf. følgende specifikation:

Aktivitetsvækst

Mio. kr. 2012-priser	Beløb
Kvalitetsforbedringer og øget aktivitet på hospitalerne	124
Medicin på hospitalerne	100
Praksisydelser	243
Hjemmeboende respiratorpatienter	5
Kapacitetsudvidelser, dialyse, kæbeanomali mm.	35
Udvidelse af intensivkapaciteten	30
Palliativt sengeafsnit	8
I alt	545

Kvalitetsforbedringer og øget aktivitet på hospitalerne 124 mio. kr.

Der er afsat en generel pulje til dækning af vækst i udgifter til kvalitetsforbedringer og til vækst i aktiviteten på hospitalerne på 124 mio. kr.

Derudover er forudsat en vækst i aktiviteten på hospitalerne på 2 pct., svarende til 390 mio. kr. i drg-værdi, som følge af produktivitetsforbedringer,

dvs. værdien tillægges hospitalernes præstationsbudgetter uden kompensati-
on på udgiftssiden.

Det skønnes, at der samtidig vil være mange områder, hvor der vil være be-
hov for at udvide behandlingskapaciteten mod merbevillinger til hospitaler-
ne. Den store søgning af akutte patienter til de fælles akutmodtagelser kan
desuden nødvendiggøre merbevillinger efter en konkret vurdering.

Udmøntningen forelægges regionsrådet i forbindelse med økonomirapporter-
ne.

Medicin på hospitalerne 100 mio. kr.

Det forventede udgiftsniveau i 2011 indebærer et mindreforbrug på 50 mio.
kr. i forhold til budgettet i 2011. Det afsatte beløb i 2012 svarer således til en
vækst i udgifterne fra 2011 til 2012 på 150 mio. kr.

Praksisydelser 243 mio. kr.

Der afsættes 243 mio. kr. til udgiftsvækst på øvrige praksisydelser. Væksten
består af en forventet merudgift i 2011 på 180 mio. kr. i forhold til budgettet
for 2011, og 63 mio. kr. svarende til regionens andel af den forudsatte vækst
på landsplan fra 2011 til 2012. Merudgiften i 2011 på 180 mio. kr. vedrører
især udgifter til almen praksis og speciallægepraksis med ca. halvdelen til
hvert område.

Hjemmeboende respiratorpatienter 5 mio. kr.

Behandling af hjemmeboende respiratorpatienter hører under regionens op-
gaver og har i en årrække vist stigende aktivitet, bl.a. som følge af bedre
behandlingsmuligheder. Stigningen i aktiviteten vurderes at medføre øgede
udgifter på 5 mio. kr. i 2012.

Kapacitetsudvidelser 35 mio. kr.

Der afsættes 35 mio. kr. i alt til kapacitetsudvidelser vedrørende dialysebe-
handling, behandling af kæbeanomali'er samt udredning af arvelige hjerte-
sygdomme.

Intensiv kapacitet 30 mio. kr.

Der afsættes 30 mio. kr. i 2012 til dækning af den fortsatte udbygning af
intensivkapaciteten for at minimere uhensigtsmæssige flytninger af intensive
patienter mellem hospitalerne.

Palliativt sengeafsnit 8 mio. kr.

Der afsættes 8 mio. kr. til etablering af et palliativt sengeafsnit på Hvidovre
Hospital som led i den planlagte udvidelse af den palliative behandling inden
for kræftområdet.

Andre vækstområder

Under andre vækstområder er indarbejdet udgiftsstigninger på samlet 228 mio. kr.

Andre vækstområder

Mio. kr. 2012-priser	Beløb
Elevløn til sosu-elever	15
IT udbygning mv.	25
Speciallægeuddannelsen	33
Byggeorganisation	15
Prioriteringspulje	40
Samarbejde med kommuner om svage grupper	50
Renovering	45
Udvidet kommunikationsindsats	5
I alt	228

Elevløn til sosu-elever 15 mio. kr.

Der er indarbejdet en stigning i udgifterne på i alt 15 mio. kr. på baggrund af en fornyet vurdering af udgifterne til elevløn til social- og sundhedsassistent-elever.

It-udbygning mv. 25 mio. kr.

Allerede gennemførte it-investeringer for hospitalerne fører til øgede udgifter ved afvikling af systemdriften mv. Der udløses merudgifter på 25 mio. kr. hertil i 2012.

Speciallægeuddannelsen 33 mio. kr.

Der afsættes 33 mio. kr. til dækning af en stigning i udgifterne til uddannelsesstillinger på hospitalerne mv. inden for den lægelige videreuddannelse.

Byggeorganisation 15 mio. kr.

Med henblik på at styrke kapacitet og kompetencer vedrørende styring af store byggeprojekter afsættes 15 mio. kr. til decentral og central udbygning af byggeorganisationen.

Prioriteringspulje 40 mio. kr.

Der afsættes en prioriteringspulje på 40 mio. kr. til nye initiativer til beslutning i forbindelse med budgetbehandlingen.

Samarbejde med kommuner om svage grupper 50 mio. kr.

50 mio. kr. afsættes i en pulje til kvalitetsforbedringer ved udvikling af samarbejdet med kommunerne om svage grupper. Beløbet dækker regionale opgaver i samarbejdsprojekter, hvor kommunerne bidrager med deres del af opgaveløsningen.

Der er til fortsat realisering af fødeplanen brug for en særlig indsats for gravide med sociale, medicinske og psykiske problemer, hvor såvel hospitalerne som kommunerne kan bidrage med bl.a. efterfødselssamtaler og hjemmebesøg.

Til realisering af plan for den ældre medicinske patient er der gennemført en lang række initiativer. Samarbejdet med kommunerne er styrket bl.a. gennem midler til fælles uddannelsesindsats på tværs af sektorer. Der er fortsat mulighed for at forbedre samarbejdet om fx forebyggelse af genindlæggelser af ældre patienter.

Psykisk syge med stort alkohol- og stofmisbrug er en sårbar gruppe, hvor både psykiatriens og kommunernes indsats er nødvendig. Der er behov for en styrkelse af den samlede indsats og for en bedre koordinering mellem sektorerne.

Renovering 45 mio. kr.

Der er et stort renoveringsbehov på virksomhederne, idet en del bygninger er nedslidte og har nået en alder, hvor der er behov for en mere gennemgribende udskiftning og fornyelse for at sikre fortsat funktion.

Der afsættes 45 mio. kr. til renoveringsprojekter, der ifølge gældende regnskabsregler skal bogføres på driftsrammen

Udmøntningen forelægges regionsrådet i forbindelse med økonomirapporterne.

Udvidet kommunikationsindsats 5 mio. kr.

Der afsættes 5 mio. kr. til en udvidet kommunikationsindsats, herunder til yderligere fokus på skriftlig patientinformation og til udsendelse af et borgermagasin.

Andre ændringer

Under andre ændringer er indarbejdet nettomerudgifter på i alt 199 mio. kr.

Andre ændringer

Mio. kr. 2012-priser	Beløb
Nye regler for sygedagpenge	15
Patienterstatninger	45
Indtægter fra kommunerne vedr. færdigbehandlede	18
Tjenestemandspensioner	14
Takster Rigshospitalet (tab)	50
Amgros I/S	16
Driftsudgifter til 112-ordning	22
Kvalitetsmidler	-22
Lukning af patologipraksis	19
Ejendomskatter	-17
Tab på pl-korrektion	14
Øgede udgifter akut befordring	5
Ny lovgivning mv. (DUT)	17
Øvrige ændringer	3
I alt	199

Nye regler for sygedagpenge 15 mio. kr.

Folketinget vedtog i 2010 en lovændring om, at arbejdsgivere skal betale udgifterne til sygedagpenge i de første 30 kalenderdage af den ansattes fraværsperiode mod hidtil 21 kalenderdage. Lovændringen træder i kraft den 1. januar 2012. Lovændringen, der ikke udløser DUT-kompensation, forventes at medføre merudgifter på 15 mio. kr. for Region Hovedstaden.

Patienterstatninger 45 mio. kr.

Der er indarbejdet en stigning i udgifterne til patienterstatninger på 45 mio. kr. i forhold til det budgetterede niveau for 2011. Den forventede stigning i udgifterne skyldes hovedsageligt det stigende antal skadesanmeldelser indsendt til Patientforsikringen.

Indtægter fra kommunerne vedr. færdigbehandlede 18 mio. kr.

Indtægter fra kommunerne vedrørende færdigbehandlede patienter på det somatiske og psykiatriske område falder med 8 mio. kr. i 2011 i forhold til det budgetterede niveau. Tendensen forventes at fortsætte med yderligere 10 mio. kr. i 2012, svarende til en belastning af det samlede råderum på 18 mio. kr. i 2012 i forhold til budgetgrundlaget i 2011.

Tjenestemandspensioner 14 mio. kr.

Regionens udgifter til tjenestemandspensioner er stigende, og fra 2011 til 2012 vurderes stigningen at medføre merudgifter på 14 mio. kr. i forhold til den afsatte ramme i 2011.

Takster Rigshospitalet (tab) 50 mio. kr.

Rigshospitalets takster vedrørende patientbehandling er omkostningsbaserede og benyttes til afregning for højt specialiseret behandling af patienter fra andre regioner. Taksterne for 2012 udløser faldende indtægter i 2012 i forhold til 2011 på i alt ca. 50 mio. kr. Det skyldes en stigning i hospitalets produktivitet mellem 2009 og 2010, som er grundlaget for beregning af 2012-taksterne. Produktivitetsforbedringer på det højt specialiserede område skal efter sundhedsloven komme alle regioner til gode i form af reduceret takstbetaling.

Amgros I/S 16 mio. kr.

En udlodning af overskud fra den fællesregionale grossistvirksomhed Amgros I/S på i alt 16 mio. kr. bortfalder i 2012. Dette skyldes bl.a., at bestyrelsen for Amgros I/S har besluttet, at en del af overskuddet skal medgå til finansiering af et nyt fælles økonomisystem for sygehusapotekerne. Hertil kommer øgede driftsudgifter i Amgros I/S, som ligeledes finansieres via overskuddet. Desuden har Amgros I/S oplevet en lavere indtjening/overskud ved handel med medicin.

Driftsudgifter til 112-ordningen 22 mio. kr. og kvalitetsmidler -22 mio. kr.

Driftsudgiften til 112-ordningen har i 2011 kunnet finansieres ved ikke udmontede midler på kvalitetsområdet. Denne ordning er videreført i 2012.

Lukning af patologipraksis 19 mio. kr.

Der er indarbejdet 19 mio. kr. til udbetaling af godtgørelse i forbindelse med lukning af patologipraksis i 2012. Efter lukning vil undersøgelse af patologiprøver blive foretaget på hospitalerne.

Ejendomsskatter -17 mio. kr.

Ejendomsvurderingerne har udvist en faldende tendens, og der er derfor mindre udgifter til ejendomsskatter i 2012 på 17 mio. kr. i forhold til budget 2011.

Tab på pl-korrektion 14 mio. kr.

Den konkrete sammensætning af regionens udgifter til løn og øvrig drift (en højere lønandel) indebærer en merudgift på 14 mio. kr. i forbindelse med pris- og lønfremskrivningen i forhold til den tilførte finansiering i forbindelse med økonomiaftalen.

Øgede udgifter akut befordring 5 mio. kr.

Der afsættes 5 mio. kr. til dækning af pl-regulering svarende til kontraktbestemmelserne.

Ny lovgivning m.v. (DUT-sager) 17 mio. kr.

Ny lovgivning m.v. fører i 2012 til øgede udgifter på 17 mio. kr. DUT-princippet tager højde for de økonomiske konsekvenser for regionerne af ændringer i love og regler, og der er tilført finansiering til de øgede udgifter via bloktilskuddet, jf. afsnit 2. Posten angiver nettoeffekten af en række tilførsler og reduktioner.

Heraf vedrører 27 mio. kr. videreførelse af projekter i psykiatrien, som tidligere har været finansieret af satspuljemidler fra 2007-2010, og som nu indgår i bloktilskuddet. Beløbet indgår i psykiatriens ramme.

Derudover tilføres regionen nye 45 mio. kr. til udvidelser i forbindelse med indførelsen af udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien. Beløbet er endnu ikke udmøntet til psykiatrien, men forventes at give mulighed for bl.a. forøgelse af den ambulante behandlingskapacitet samt oprettelse af akutsenge i børne- og ungdomspsykiatrien.

Endvidere udløses en reduktion som følge af overgang til egenbetaling for fertilitetsbehandling og sterilisation.

Øvrige ændringer

Der er herudover afsat 3 mio. kr. til enkelte mindre ændringer, bl.a. vedrørende kvalitetsmonitorering.

Besparelser

I budgettet er indarbejdet besparelser på samlet 494 mio. kr.

Besparelser

Mio. kr. 2012-priser	Beløb
Helårsvirkning af 2011-besparelser	-102
Projekt Administrativ Organisation	-15
Genoptræning fra Esbønderup til Frederikssund	-18
Flytning fra Hørsholm til Gentofte	-3
Øvrige virkninger af budgetaftale 2011	-7
Indkøbsbesparelse	-40
Energibesparende foranstaltninger	-7
Besparelser på hospitalerne og psykiatrien	-305
I alt	-497

Helårsvirkning af 2011-besparelser -102 mio. kr.

I 2012 opnås helårsvirkning af de gennemførte besparelser i 2011, som fører til en forbedring på 102 mio. kr., svarende til 100 mio. kr. pl-reguleret til 2012-niveau.

Projekt Administrativ Organisation -15 mio. kr.

I forbindelse med Projekt Administrativ Organisation realiseres en besparelse i 2012 på 15 mio. kr. i forbindelse med etablering af nye virksomheder på HR-området og for it og medikoteknik. Hertil kommer besparelser som følge af omlægning fra trykte personaleblade til elektronisk formidling.

Genoptræning fra Esbønderup til Frederikssund -18 mio. kr.

Flytningen af neurorehabilitering fra Esbønderup til Frederikssund Hospital indebærer en yderligere besparelse i 2012 i forhold til 2011 på 18 mio. kr.

Flytning fra Hørsholm til Gentofte -3 mio. kr.

Flytningen af elektiv ortopædkirurgi fra Hørsholm til Gentofte Hospital indebærer en yderligere besparelse i 2012 i forhold til 2011 på 3 mio. kr.

Øvrige virkninger af budgetaftale 2011 -7 mio. kr.

I forbindelse med budgetaftalen for 2011 blev disponeret en række beløb, som bortfalder i 2012, idet de havde engangskarakter. Samlet udgør engangsudgifterne 7 mio. kr.

Indkøbsbesparelse -40 mio. kr.

Udbud af såvel varer som tjenesteydelser med henblik på at opnå den bedst mulige økonomi i regionens indkøb fortsætter i 2012. Der lægges til grund, at der kan opnås yderligere besparelser på indkøbsområdet i 2012 på 40 mio. kr.

Besparelserne opnås blandt andet gennem udbud af en række produktgrupper inden for kategorierne implantater, sygehuspecifikke forbrugsartikler, fødevarer samt diverse udbud af varer, udstyr og tjenesteydelser inden for de tekniske områder.

Fordeling af besparelsen pr. virksomhed er foretaget på grundlag af foreliggende forbrugstal eller efter anden relevant fordelingsnøgle. Der vil kunne

ske en efterregulering eller omfordeling mellem hospitalerne, når resultatet af de gennemførte udbud foreligger.

Energibesparende foranstaltninger -7 mio. kr.

Gennemførelsen af tidligere besluttede energibesparende foranstaltninger medfører, at der i 2012 kan realiseres nye besparelser på i alt 7 mio. kr. på hospitalerne.

Besparelser på hospitalerne og psykiatrien -305 mio. kr.

Der er indarbejdet besparelser på hospitalerne, Region Hovedstadens Psykiatri og Region Hovedstadens Apotek på i alt 305 mio. kr.

Besparelserne forudsættes gennemført ved yderligere tilpasninger og effektiviseringer, som udløser reduceret udgiftsniveau, og som kan gennemføres i 2012. Tilpasningerne udmøntes eksempelvis som omlægning af administrative funktioner, effektivisering af driftsorganisationen, optimering af arbejds gange på de kliniske afdelinger, omlægning til kortere liggetid ved accelererede patientforløb, reduceret behandlingskapacitet eller lignende tiltag. I den udstrækning det er muligt at opnå besparelser ved fortsat gennemførelse af hospitalsplanen vil det medgå til realisering af besparelserne.

Da det er vanskeligt at opnå helårsvirkning i budgetåret af besparelser, der beslutes i forbindelse med budgetvedtagelsen, er der forudsat gennemført besparelser svarende til et samlet beløb på 400 mio. kr., idet der afsættes en tidsforskydningspulje på 95 mio. kr. for at opnå den fornødne nettoforbedring i 2012 på 305 mio. kr. Tidsforskydningspuljen på 95 mio. kr. er indarbejdet under virksomhederne.

Besparelsen på 400 mio. kr. i helårsvirkning er fordelt med 339 mio. kr. til hospitalerne, 58 mio. kr. til Region Hovedstadens Psykiatri og 3 mio. kr. vedrørende Region Hovedstadens Apotek.

Derudover er forudsat en vækst i aktiviteten på hospitalerne på 2 pct., svarende til 390 mio. kr. i drg-værdi, som følge af produktivitetsforbedringer,

Udgiftsoversigt

Budgettets nettodriftsudgifter på bevillingsområdeniveau fremgår af nedenstående oversigt med fordeling på løn, øvrig drift og indtægter.

Bevillingsområderne gennemgås nærmere i kapitel 4.

Udgiftsbudget 2012

Mio. kr., 2012-pris- og lønniveau	Løn	Øvrig drift	I alt udgifter	Indtægter	Nettodrifts-udgifter
Bevillingsniveau					
Virksomheder sygehusbehandling	15.177,7	7.757,2	22.935,0	-3.502,1	19.432,9
Amager Hospital	253,2	97,1	350,3	-9,0	341,2
Bispebjerg Hospital	1.358,6	360,5	1.719,0	-122,4	1.596,6
Bornholms Hospital	252,6	130,1	382,7	-10,5	372,2
Frederiksberg Hospital	442,0	238,1	680,1	-94,6	585,5
Frederikssund Hospital	110,7	86,2	196,9	-23,1	173,8
Gentofte Hospital	775,1	415,8	1.190,8	-89,2	1.101,7
Glostrup Hospital	1.045,8	472,9	1.518,7	-149,9	1.368,8
Helsingør Hospital	141,5	55,9	197,4	-2,3	195,1
Herlev Hospital	1.957,4	1.083,2	3.040,6	-217,6	2.823,0
Hillerød Hospital	1.485,7	513,3	1.999,0	-85,6	1.913,4
Hvidovre Hospital	1.514,1	536,4	2.050,5	-188,7	1.861,8
Region Hovedstadens Apotek	183,8	3,3	187,1	-111,9	75,2
Region Hovedstadens Psykiatri	2.247,9	590,4	2.838,3	-83,7	2.754,6
Rigshospitalet	3.409,4	3.174,3	6.583,7	-2.313,6	4.270,1
Sundhedsområdet, fælles	1.980,3	2.304,2	4.284,5	-463,4	3.821,1
Sygehusbehandling uden for regionen	0,0	984,9	984,9	0,0	984,9
Fælles driftsudgifter m.v.	1.980,3	1.319,3	3.299,6	-463,4	2.836,2
Praksisområdet	30,2	7.164,3	7.194,4	-4,6	7.189,9
Praksisområdet	30,2	7.164,3	7.194,4	-4,6	7.189,9
Socialpsykiatri (Region Hovedstaden Psykiatri)	193,2	79,5	272,7	-295,0	-22,3
Institutions- og virksomhedsniveau	193,2	79,5	272,7	-295,0	-22,3
Region Hovedstaden - Handicap	482,8	88,8	571,5	-594,8	-23,3
Institutions- og virksomhedsniveau	482,8	88,8	571,5	-594,8	-23,3
Regional udvikling	54,0	868,7	922,6	-40,0	882,6
Kollektiv trafik	0,0	489,6	489,6	-40,0	449,6
Erhvervsudvikling	0,0	129,3	129,3	0,0	129,3
Miljøområdet	31,3	143,8	175,0	0,0	175,0
Øvrig regional udvikling	22,7	106,0	128,7	0,0	128,7
Administration	548,3	1.177,5	1.725,8	-720,9	1.004,9
Administration	548,3	1.177,5	1.725,8	-720,9	1.004,9
I alt nettodriftsudgifter	18.466,3	19.440,2	37.906,6	-5.620,8	32.285,8

4. Bevillingsområder

4.1 Amager Hospital

Behandlingsopgaver

Amager Hospital ligger i planlægningsområde Syd og betjener befolkningen i bydelene Amager Vest og Amager Øst samt Tårnby Kommune og Dragør Kommune, i alt ca. 150.000 indbyggere. Fra optageområdet behandles akutte og elektive medicinske patienter.

Implementeringen af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændringer for Amager Hospital:

- Moderniseringen af Amager Hospital påbegyndes således, at hospitalet på sigt kan samles på matriklen på Italiensvej.
- Akutmodtagelsen for borgere med akutte, mindre skader er åben i tidsrummet kl. 7.00-22.00

Øvrige opgaver

Hospitalet indgår i den faglige og videnskabelige udvikling. Hospitalet bidrager til eller varetager grunduddannelsen for en række faggrupper, herunder sygeplejestuderende, medicinstuderende, radiografstuderende mv.

Fysiske rammer

Amager Hospitals fysiske rammer består af afdelinger på Italiensvej, der primært rummer akutte somatiske funktioner, og afdelinger på Hans Bogbinders Allé, der primært rummer rehabiliteringsfunktion.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Amager Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	259,2	253,2	251,5	251,5	251,5
Øvrige driftsudgifter	99,3	97,1	97,1	97,1	97,1
Driftsudgifter i alt	358,4	350,3	348,6	348,6	348,6
Indtægter	-7,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0
Nettodriftsudgifter	351,5	341,2	339,5	339,5	339,5
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hensættelse til tjenestemandspension	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	10,1	10,3	10,3	10,3	10,3
Omkostningselementer i alt	12,2	12,5	12,5	12,5	12,5
Omkostningsbevilling	363,7	353,7	352,1	352,1	352,1
Investeringsramme	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
Antal årsværk		578	578	578	578

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en reduktion på i alt 7,5 mio. kr. Den væsentligste ændring er overførsel af akut apopleksi til Glostrup Hospital.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med henholdsvis 1,8 mio. kr. og 1,3 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 6,8 mio. kr., en besparelse på 0,2 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 0,5 mio. kr. samt en reduktion på 1,1 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter. Hertil kommer en forøgelse af budgettet på 1,6 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydning af iværksatte besparelser i 2012 og 7,5 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.2 Bispebjerg Hospital

Behandlingsopgaver

Bispebjerg Hospital er akuthospital for planlægningsområde Byen, der udgøres af bydelene Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Indre By, Nørrebro, Vanløse og Østerbro samt Frederiksberg Kommune, i alt ca. 400.000 indbyggere. På det medicinske område betjener Bispebjerg Hospital befolkningen i Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Indre By, Nørrebro og Østerbro, i alt ca. 270.000 indbyggere.

Bispebjerg Hospital varetager både akut og elektiv betjening af borgere i optageområdet. Hospitalet har herudover specialfunktioner inden for dermatologi og neurologi samt regionens arbejds- og miljømedicinske klinik og en landsdækkende giftinformation. Inden for neurologi betjener hospitalet sammen med Rigshospitalet Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Bispebjerg Hospital varetager desuden udredning af patienter med lungekræft for planlægningsområde Syd og Byen. Endvidere huser hospitalet en invasiv kardiologisk satellitfunktion fra Rigshospitalet

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændringer for Bispebjerg Hospital:

- Etableringen af en diagnostisk enhed påbegyndes. Den diagnostiske enhed etableres murstensløst, da den endelige etablering kræver ændringer i de fysiske rammer, som vil ske i forbindelse med etableringen af nyt hospital på Bispebjerg Bakke.

Øvrige opgaver

Hospitalet indgår i den faglige og videnskabelige udvikling og deltager i forskning på en række områder.

Hospitalet bidrager til eller varetager grunduddannelsen for en række faggrupper, herunder sygeplejestuderende, medicinstuderende, radiografstuderende, bioanalytikerstuderende, ergo- og fysioterapeutstuderende, social- og sundhedsassistentelever, lægesekretærelever, køkkenassistentelever samt en række andre elevuddannelser.

Særlige enheder

En række forsknings- og udviklingsenheder samt videncentre er beliggende ved Bispebjerg Hospital. Det drejer sig bl.a. om Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Videncenter for Sårheling, Palliativ Medicinsk Afdeling, Laboratoriet for Sterologi og Neurovidenskab, Center for Ældreforskning, Institut for Sygdomsforebyggelse samt Institut for Idrætsmedicin.

Fysiske rammer

Hospitalets centralkompleks er beliggende på Bispebjerg Bakke.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Bispebjerg Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
	(11-pl)				
Lønudgifter	1.329,5	1.358,6	1.350,3	1.350,3	1.350,3
Øvrige driftsudgifter	288,3	360,5	360,5	360,5	360,5
Driftsudgifter i alt	1.617,8	1.719,0	1.710,8	1.710,8	1.710,8
Indtægter	-113,1	-122,4	-122,4	-122,4	-122,4
Nettodriftsudgifter	1.504,7	1.596,6	1.588,4	1.588,4	1.588,4
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,7	11,5	11,5	11,5	11,5
Hensættelse til tjenestemandspension	14,2	14,3	14,3	14,3	14,3
Lagerforskydning	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Afskrivninger	41,5	48,7	48,7	48,7	48,7
Omkostningselementer i alt	56,1	74,2	74,2	74,2	74,2
Omkostningsbevilling	1.560,8	1.670,8	1.662,6	1.662,6	1.662,6
Investeringsramme	21,3	21,4	21,4	21,4	21,4

Antal årsværk	3.054	3.054	3.054	3.054

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en tilførsel på 104,5 mio. kr. Ændringerne skyldes primært en række flytninger af opgaver og funktioner som følge af hospitalsplanen, herunder flytning af optageområder, flytning af budget vedrørende udefunktioner for anæstesi og røntgen samt flytning af apopleksibehandlinger fra Rigshospitalet.

Endvidere kan nævnes budgettilførsler på 17 mio. kr. som følge af resultatet af takststyringen i 2010 og 11,1 mio. kr. som følge af regulering af medicinbudgettet til 2010-forbrugsniveau. Indtægtsbudgettet er opskrevet med 22,4 mio. kr. på baggrund af regnskabsresultatet for 2010.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med henholdsvis 8,4 mio. kr. og netto 4,7 mio. kr. Netto reduktionen er et resultat af en reduktion af indtægtsbudgettet som følge

af bortfald af indtægter vedr. patienter fra Region Sjælland og en større reduktion af udgiftsbudgettet.

I Budget 2011 blev hospitalet kompenseret som følge af, at besparelsesforslag vedrørende arbejdsmedicinsk klinik ikke gennemføres i 2011. Denne kompensation bortfalder i 2012 og reducerer dermed budgettet med 2,5 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen for 2012 foretages yderligere en række ændringer. Herunder er indarbejdet besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 33,1 mio. kr., en besparelse på 1,1 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 3,0 mio. kr., en reduktion på 3,4 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter samt 0,3 mio. kr. som følge af gennemførelse af energibesparende foranstaltninger. Hertil kommer en forøgelse af budgettet på 7,9 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger af iværksatte besparelser i 2012, 0,8 mio. kr. til behandling af medfødt lymfødeme og 35,6 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.3 Bornholms Hospital

Behandlingsopgaver

Bornholms Hospital betjener øens faste befolkning (ca. 42.000 indbyggere) samt turister og andre besøgende (ca. 600.000 personer/år). Hospitalet tilbyder behandling på en række områder inden for kirurgi og medicin, har en akutmodtagelse og varetager fødsler for optageområdet. Bornholms Hospital samarbejder desuden med de praktiserende speciallæger om behandling inden for børnesygdomme, hudsygdomme, øre-, næse- og halssygdomme og øjenssygdomme.

Bornholms Hospital har grundet de særlige geografiske forhold en særlig status i forbindelse med hospitalsplanen. Med henblik på at sikre at mange patientforløb kan varetages på Bornholm, er der etableret et tæt samarbejde med regionens øvrige hospitaler, primært Bispebjerg Hospital og Rigshospitalet.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 ikke medføre ændringer for Bornholms Hospital.

Øvrige opgaver

Hospitalet bidrager til grunduddannelsen for en række faggrupper, herunder sygepleje, medicin-, radiograf-, bioanalytiker-, ergo- og fysioterapeutstuderende, social- og sundhedsassistentelever, lægesekretærelever, køkkenassistentelever samt en række andre elevuddannelser.

Fysiske rammer

Hospitalet er beliggende på Ullasvej i Rønne.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Bornholm Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
	(11-pl)				
Lønudgifter	246,6	252,6	250,9	250,9	250,9
Øvrige driftsudgifter	127,7	130,1	130,1	130,1	130,1
Driftsudgifter i alt	374,3	382,7	380,9	380,9	380,9
Indtægter	-9,0	-10,5	-10,5	-10,5	-10,5
Nettodriftsudgifter	365,3	372,2	370,4	370,4	370,4
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,1	3,0	3,0	3,0	3,0
Hensættelse til tjenestemandspension	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5
Lagerforskydning	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	18,9	19,0	19,0	19,0	19,0
Omkostningselementer i alt	20,6	23,5	23,5	23,5	23,5
Omkostningsbevilling	385,9	395,6	393,9	393,9	393,9
Investeringsramme	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Antal årsværk		611	611	611	611

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012. Netto forøges budgettet med 9,8 mio. kr. De væsentligste budgettilførsler skyldes kompensation for stigende udgifter til flytransport og resultatet af takststyringen i 2010.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 1,8 mio. kr. henholdsvis 1,4 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 7,1 mio. kr., besparelser på 0,2 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 0,4 mio. kr. samt en besparelse på 1,8 mio. kr. som følge af gennemførelse af energibesparende foranstaltninger. Hertil kommer en forøgelse af budgettet på 1,7 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger af iværksatte besparelser i 2012 og 8,1 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.4 Frederiksberg Hospital

Behandlingsopgaver

Frederiksberg Hospital er beliggende i planlægningsområde Byen og varetager behandling af borgerne fra Frederiksberg Kommune samt bydelen Vanløse med i alt ca. 130.000 indbyggere. Hospitalet varetager også en del af den akutte og elektive urologiske funktion i planlægningsområde Byen og Syd.

Frederiksberg Hospital varetager opgaver inden for områderne elektiv ortopædkirurgi og øjenkirurgi, medicinsk udredning, behandling og rehabilitering, samt akut og elektiv urologi.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændring for Frederiksberg Hospital:

- Akutmodtagelsen for borgere med akutte, mindre skader er åben i tidsrummet kl. 7.00-22.00

Øvrige opgaver

Frederiksberg Hospital løser uddannelsesopgaver i samarbejde med Københavns Universitet.

Hospitalet varetager en række uddannelsesmæssige opgaver i relation til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere, læger, terapeuter m.fl.

Hospitalets Klinisk fysiologiske og nuklearmedicinske afdeling udfører analyser for praksissektoren.

Særlige enheder

Til hospitalet er knyttet flere forskningsenheder, bl.a. Parker Instituttet, der forsker inden for det reumatologiske speciale. Hospitalet har også en Telemedicinsk Forskningsenhed, hvor der forskes vedrørende telemedicinsk behandling af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL).

Fysiske rammer

Frederiksberg Hospital er beliggende på Nordre Fasanvej.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Frederiksberg Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	461,6	442,0	438,9	438,9	438,9
Øvrige driftsudgifter	256,8	238,1	238,1	238,1	238,1
Driftsudgifter i alt	718,4	680,1	677,0	677,0	677,0
Indtægter	-83,4	-94,6	-94,6	-94,6	-94,6
Nettodriftsudgifter	634,9	585,5	582,3	582,3	582,3
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Hensættelse til tjenestemandspension	8,6	8,8	8,8	8,8	8,8
Lagerforskydning	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Afskrivninger	19,9	19,9	19,9	19,9	19,9
Omkostningselementer i alt	28,6	28,9	28,9	28,9	28,9
Omkostningsbevilling	663,6	614,4	611,2	611,2	611,2
Investeringsramme	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
Antal årsværk		978	978	978	978

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012, svarende til en reduktion på 49,7 mio. kr. De væsentligste ændringer skyldes budgetoverførsler som følge af hospitalsplanændringer, især flytning af budget til Bispebjerg Hospital vedrørende udefunktioner for anæstesi og røntgen.

Endvidere kan nævnes en budgetforøgelse på 8,8 mio. kr. som følge af overtagelse af urologiske behandlinger.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med henholdsvis 3,3 mio. kr. og 2,5 mio. kr. Ændret profil for gældsafvikling forøger budgettet med 10,6 mio. kr.

I Budget 2011 blev hospitalet kompenseret som følge af, at besparelsesforslag vedrørende natlukning af skadestue ikke gennemføres i 2011. Denne kompensation bortfalder i 2012 og reducerer dermed budgettet med 2,5 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 12,5 mio. kr., besparelser på 0,5 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 0,7 mio. kr., en reduktion på 2,6 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter samt besparelse på 1,5 mio. kr.

som følge af gennemførelse af energibesparende foranstaltninger. Hertil kommer en forøgelse af budgettet på 3,0 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 12,8 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.5 Frederikssund Hospital

Behandlingsopgaver

Frederikssund Hospital er beliggende i planlægningsområde Nord og varetager sammen med Hillerød Hospital funktioner for Allerød, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov og Hillerød Kommuner med i alt ca. 185.000 borgere.

Den medicinske funktion på Frederikssund Hospital varetager længerevarende medicinske forløb inden for de store interne medicinske specialer, herunder modtagelse af visiterede akutte medicinske patienter, genindlæggelser og ambulante forløb. Hospitalet huser endvidere en urologisk udefunktion fra Herlev Hospital.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændring for Frederikssund Hospital:

- Akutmodtagelsen for borgere med akutte, mindre skader er åben i tidsrummet kl. 7.00-22.00

Fysiske rammer

Hospitalets bygninger er placeret på Frederikssundsvej i Frederikssund.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Frederikssund Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	156,8	110,7	109,6	109,6	109,6
Øvrige driftsudgifter	91,7	86,2	86,2	86,2	86,2
Driftsudgifter i alt	248,5	196,9	195,7	195,7	195,7
Indtægter	-22,6	-23,1	-23,1	-23,1	-23,1
Nettodriftsudgifter	225,9	173,8	172,7	172,7	172,7
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,1	1,6	1,6	1,6	1,6
Hensættelse til tjenstemandspension	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	23,7	24,3	24,3	24,3	24,3
Omkostningselementer i alt	25,0	27,2	27,2	27,2	27,2
Omkostningsbevilling	250,9	201,0	199,8	199,8	199,8
Investeringsramme	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7

Antal årsværk	270	270	270	270

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af

omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en reduktion på 29,7 mio. kr., hvoraf den væsentligste skyldes ændring af optageområdet for dele af Furesø og Egedal kommuner.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 1,2 mio. kr. henholdsvis 0,8 mio. kr.

Hospitalet er i Budget 2011 reduceret med 7,0 mio. kr. i forbindelse med besparelser som følge af indflytning af neurorehabilitering fra Esbønderup og reduceres med yderligere 18,0 mio. kr. i 2012.

Til istandsættelse i forbindelse med indflytningen blev tilført 2,0 mio. kr. i 2011 som engangsbevilling.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 3,8 mio. kr., besparelser på 0,7 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 0,4 mio. kr. samt en reduktion på 0,3 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter. Hertil kommer en forøgelse af budgettet på 0,9 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 3,7 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.6 Gentofte Hospital

Behandlingsopgaver

Gentofte Hospital er specialhospital og beliggende i planlægningsområde Midt. Hospitalet betjener borgerne i Gentofte Kommune, Lyngby-Tårnbæk Kommune og Rudersdal Kommune – i alt ca. 175.000 indbyggere.

Hospitalets medicinske funktioner omfatter kardiologi, lungemedicin, gastroenterologi, endokrinologi, geriatri, rehabiliterende apopleksi og reumatologi. Sidstnævnte speciale varetages for planlægningsområde Midt.

Hospitalet er udviklingshospital for planlagt ortopædkirurgi. Afdelingen kan også betjene andre specialer, som har brug for øget operationskapacitet.

Andre specialer og funktioner på Gentofte Hospital er øre-, næse- og halsspecialiet inklusiv audiologi, der er udefunktion fra Rigshospitalet. Hospitalet har specialfunktioner inden for kardiologi, dermatologi og allergologi og lungemedicin herunder kræftudredning, og hospitalet har desuden anæstesiologisk funktion inklusiv intensiv funktion, diagnostisk radiologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, samt klinisk biokemi.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændring for Gentofte Hospital:

- Akutmodtagelsen for borgere med akutte, mindre skader er åben i tidsrummet kl. 7.00-22.00

Øvrige opgaver

Hospitalet har forskningsforpligtelser og undervisningsforpligtelser i forhold til lægeuddannelsen, såvel den præ- som den postgraduate uddannelse.

Undervisningsforpligtelsen løses i samarbejde med Københavns Universitet. Ud over den lægelige uddannelse varetager hospitalet en stor uddannelsesopgave i forhold til plejepersonale, fysioterapeuter, bioanalytikere, lægesekretærer, jordemødre m.fl.

Særlige enheder

Hospitalet huser Videntcenter for allergi, Videntcenter for duft- og kemikalieoverfølsomhed og Dansk Børne Astma Center.

Fysiske rammer

Hospitalets centralkompleks er beliggende på Niels Andersens Vej i Gentofte.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Gentofte Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	858,4	775,1	769,8	769,8	769,8
Øvrige driftsudgifter	428,6	415,8	415,8	415,8	415,8
Driftsudgifter i alt	1.287,0	1.190,8	1.185,6	1.185,6	1.185,6
Indtægter	-114,0	-89,2	-89,2	-89,2	-89,2
Nettodriftsudgifter	1.173,0	1.101,7	1.096,4	1.096,4	1.096,4
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,5	2,9	2,9	2,9	2,9
Hensættelse til tjenestemandspension	7,9	7,6	7,6	7,6	7,6
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	36,7	43,2	43,2	43,2	43,2
Omkostningselementer i alt	45,1	53,7	53,7	53,7	53,7
Omkostningsbevilling	1.218,1	1.155,3	1.150,1	1.150,1	1.150,1
Investeringsramme	17,1	17,2	17,2	17,2	17,2

Antal årsværk	1.728	1.728	1.728	1.728

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en budgetreduktion på i alt 57,6 mio. kr.

Størstedelen af budgetændringerne vedrører hospitalsplanændringer. De væsentligste er flytning af øre-, næse- og halsområdet og akutte ballonudvidelser til Rigshospitalet, samt flytning af elektiv ortopædkirurgi fra Hørsholm.

Af andre budgetændringer kan nævnes overflytning fra Herlev Hospital af budget på 11,0 mio. kr. til ortopædkirurgiske læger.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 6,1 mio. kr. henholdsvis 4,3 mio. kr.

Hospitalets budget er i 2011 reduceret med 4,0 mio. kr. som følge af flytning af funktioner fra Hørsholm til Gentofte Hospital og reduceres med yderligere 3,0 mio. kr. i 2012.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 21,5 mio. kr., besparelser på 0,5 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 6,3 mio. kr., en reduktion på 0,8 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter samt en besparelse på 0,4 mio. kr. som følge af gennemførelse af energibesparende foranstaltninger. Hertil kommer en forøgelse af budgettet på 5,1 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 24,1 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.7 Glostrup Hospital

Behandlingsopgaver

Glostrup Hospital er specialhospital og beliggende i planlægningsområde Syd og betjener primært borgerne i Albertslund, Glostrup, Høje-Tåstrup, Ishøj og Vallensbæk kommuner, i alt ca. 130.000 indbyggere, på det medicinske område. Følgende medicinske specialer er repræsenteret: Kardiologi, lungemedicin, gastroenterologi, endokrinologi og geriatri.

Hospitalet har regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner inden for neurologi, neurorehabilitering, neurokirurgi (Videncenter for Rygsygdomme) og ortopædkirurgi (rygbehandling), klinisk neurofysiologi, reumatologi og øjensygdomme.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændring for Glostrup Hospital:

- Akutmodtagelsen for borgere med akutte, mindre skader er åben i tidsrummet kl. 7.00-22.00

Øvrige opgaver

Hospitalet har en række forskningsaktiviteter og opgaver i relation til såvel den præ- som den postgraduate uddannelse. Ud over lægeuddannelsen varetager hospitalet en stor uddannelsesopgave i forhold til plejepersonale, fysioterapeuter, bioanalytikere, lægesekretærer, jordemødre m.fl.

Særlige enheder

Glostrup Hospital huser Dansk Hovedpinecenter, Forskerparken, som skal medvirke til at skabe synergieffekter mellem den hospitalsbaserede forskning og erhvervslivet, Videncenter for Rygsygdomme, Dansk Center for Søvnmedicin og Enhed for Funktionel Billeddiagnostik.

Fysiske rammer

Hospitalet er beliggende på Nordre Ringvej i Glostrup.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Glostrup Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	1.009,3	1.045,8	1.046,4	1.046,4	1.046,4
Øvrige driftsudgifter	399,5	472,9	472,9	472,9	472,9
Driftsudgifter i alt	1.408,8	1.518,7	1.519,3	1.519,3	1.519,3
Indtægter	-156,4	-149,9	-149,9	-149,9	-149,9
Nettodriftsudgifter	1.252,4	1.368,8	1.369,4	1.369,4	1.369,4
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,5	4,9	4,9	4,9	4,9
Hensættelse til tjenestemandspension	13,9	9,1	9,1	9,1	9,1
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	53,7	65,6	65,6	65,6	65,6
Omkostningselementer i alt	68,1	79,6	79,6	79,6	79,6
Omkostningsbevilling	1.320,5	1.448,4	1.449,0	1.449,0	1.449,0
Investeringsramme	10,1	10,2	10,2	10,2	10,2
Antal årsværk		2.347	2.347	2.347	2.347

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en forøgelse på 102,1 mio. kr.

En væsentlig del af budgetændringerne vedrører hospitalsplanflytninger, herunder flytning af rygkirurgi fra Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Hørsholm, flytning af Respirationscenter Øst samt flytning af neurokirurgi til Rigshospitalet.

Af andre budgetændringer kan nævnes, at medicinbudgettet forøges med 27,4 mio. kr. som følge af regulering til 2010-forbrugsniveau, og at overtagelse af behandlinger forøger budgettet med 14,1 mio. kr. Indtægtsbudgettet er reduceret med 9,9 mio. kr. på baggrund af regnskabsresultatet for 2010.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 6,7 mio. kr. henholdsvis netto 2,6 mio. kr. Netoreduktionen er et resultat af en reduktion af indtægtsbudgettet som følge af bortfald af indtægter vedr. patienter fra Region Sjælland og en større reduktion af udgiftsbudgettet. Gældsafvikling reducerer budgettet med 7,5 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på

27,8 mio. kr., besparelser på 0,9 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 2,2 mio. kr. samt en reduktion på 0,6 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter. Hertil kommer en forøgelse af budgettet på 26,2 mio. kr. som følge af flytning af Respirationscenter Øst fra Rigshospitalet, en forøgelse på 6,6 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 30,0 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.8 Helsingør Hospital

Behandlingsopgaver

Helsingør Hospital er beliggende i planlægningsområde Nord og betjener borgere i Fredensborg, Helsingør og Hørsholm Kommuner med ca. 125.000 borgere og varetager medicinsk udredning og behandling.

Inden for de medicinske funktioner varetages intern medicin med dækning af specialerne kardiologi, gastroenterologi, endokrinologi og lungemedicin. Funktionen omfatter akutte og elektive patienter. Endvidere varetages reumatologi for store dele af planlægningsområde Nord.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændring for Helsingør Hospital:

- Akutmodtagelsen for borgere med akutte, mindre skader er åben i tidsrummet kl. 7.00-22.00

Fysiske rammer

Hospitalet er beliggende på Esrumvej i Helsingør.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Helsingør Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	126,8	141,5	140,5	140,5	140,5
Øvrige driftsudgifter	48,0	55,9	55,9	55,9	55,9
Driftsudgifter i alt	174,9	197,4	196,4	196,4	196,4
Indtægter	-1,9	-2,3	-2,3	-2,3	-2,3
Nettodriftsudgifter	173,0	195,1	194,1	194,1	194,1
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,1	2,5	2,5	2,5	2,5
Hensættelse til tjenestemandspension	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	6,0	6,5	6,5	6,5	6,5
Omkostningselementer i alt	6,9	9,9	9,9	9,9	9,9
Omkostningsbevilling	179,9	205,0	204,1	204,1	204,1
Investeringsramme	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Antal årsværk	335	335	335	335

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættel-

se til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en tilførelse på 23,4 mio. kr., hvoraf den væsentligste ændring skyldes flytninger som følge af hospitalsplanen, herunder flytning af aktivitet fra Hørsholm.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 0,8 mio. kr. henholdsvis 0,8 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 3,9 mio. kr., besparelser på 0,1 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 0,3 mio. kr., samt en reduktion på 0,7 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter. Hertil kommer en forøgelse på 0,9 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 4,3 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.9 Herlev Hospital

Behandlingsopgaver

Herlev Hospital er akuthospital med fælles akutmodtagelse i planlægningsområde Midt og varetager betjeningen af borgerne i Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre Kommuner. Hospitalet varetager således funktioner for et optageområde på ca. 425.000 indbyggere.

På det intern medicinske område varetager Herlev Hospital funktionerne for borgere i Gladsaxe, Ballerup, Egedal, Furesø, Rødovre og Herlev Kommuner, med i alt ca. 250.000 borgere.

Hospitalet har en markant profil på kræftområdet og er et af landets seks kræftcentre. Hospitalet varetager endvidere specialfunktioner inden for en række behandlingsområder, herunder blodsygdomme, hormonbetingede sygdomme, kræftsygdomme (medicinsk og kirurgisk behandling), leversygdomme, mave-tarmsygdomme, nyresygdomme, gynækologi, pædiatri, ortopædkirurgi, mammakirurgi, plastikkirurgi og urinvejssygdomme. Hospitalet varetager desuden den hæmatologiske funktion og den urologiske funktion for planlægningsområderne Midt og Nord.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændringer for Herlev Hospital:

- Etableringen af en diagnostisk enhed påbegyndes. Den diagnostiske enhed etableres hurtigst muligt, da den endelige etablering kræver ændringer i de fysiske rammer, hvilket vil ske i forbindelse med den planlagte udbygning af Herlev Hospital.

Øvrige opgaver

Herlev Hospital varetager som universitetshospital forskningsopgaver og en række uddannelsesopgaver såvel i relation til den lægelige videreuddannelse som inden for grund-, efter- og videreuddannelse af sundhedsfagligt og andet personale.

De forskningsmæssige kernefelt og indsatsområder er translationel inflammationsforskning, translationel og klinisk cancerforskning, bevægeapparatet og smerter, billeddiagnostik, genetisk epidemiologi, dysfunktioner af organer i det lille bækken samt basal og anvendt stamcelleforskning.

Særlige enheder

Der sker en kontinuerlig udvikling og forskning indenfor behandlingsenheder, som bl.a. omfatter Enhed For Eksperimentel Kemoterapi (EFEK), Forskning

Dansk Malign Hypertermi Center (narkoseoverfølsomhed) og regionens Center for Robotkirurgi.

Fysiske rammer

Herlev Hospital er beliggende på Herlev Ringvej i Herlev.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Herlev Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	1.849,0	1.957,4	1.944,3	1.944,3	1.944,3
Øvrige driftsudgifter	1.046,6	1.083,2	1.083,2	1.083,2	1.083,2
Driftsudgifter i alt	2.895,5	3.040,6	3.027,5	3.027,5	3.027,5
Indtægter	-224,1	-217,6	-217,6	-217,6	-217,6
Nettodriftsudgifter	2.671,4	2.823,0	2.809,9	2.809,9	2.809,9
Forskydning i hensættelse til feriepenge	1,0	3,1	3,1	3,1	3,1
Hensættelse til tjenestemandspension	16,0	16,3	16,3	16,3	16,3
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	140,0	140,5	140,5	140,5	140,5
Omkostningselementer i alt	157,0	159,9	159,9	159,9	159,9
Omkostningsbevilling	2.828,4	2.983,0	2.969,9	2.969,9	2.969,9
Investeringsramme	18,1	18,2	18,2	18,2	18,2
Antal årsværk		4.312	4.312	4.312	4.312

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en tilførsel på i alt 126,9 mio. kr.

Hovedparten af budgetændringen vedrører hospitalsplanflytninger, herunder flytning af optageområder vedrørende Furesø og Egedal kommuner og samling af gynækologi og obstetrik på områdehospitalerne. Af andre budgetændringer kan nævnes reduktion af medicinbudgettet med 12,3 mio. kr. som følge af regulering til 2010-forbrugsniveau og en reduktion på 11,0 mio. kr. som følge af overførsel af budget til Gentofte Hospital til aflønning af ortopædikirurgiske læger. Indtægtsbudgettet er reduceret med 13,5 mio. kr. på baggrund af regnskabsresultatet for 2010.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 13,5 mio. kr. henholdsvis netto 6,8 mio. kr. Netto reduktionen er et resultat af en reduktion af indtægtsbudgettet som følge af bortfald af indtægter vedr. patienter fra Region Sjælland og en større reduktion af udgiftsbudgettet. Ændret profil for gældsafvikling forøger budgettet med 31,4 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 55,0 mio. kr., besparelser på 0,2 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 3,1 mio. kr., en reduktion på 1,1 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter samt besparelse på 1,4 mio. kr. som følge af gennemførelse af energibesparende foranstaltninger. Hertil kommer en forøgelse på 13,1 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 61,4 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.10 Hillerød Hospital

Behandlingsopgaver

Hillerød Hospital er akuthospital med fælles akutmodtagelse i planlægningsområde Nord med ca. 310.000 borgere i Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Hillerød og Hørsholm Kommuner. For de medicinske patienter varetages funktionen (sammen med Frederikssund Hospital) for borgere fra Allerød, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov og Hillerød Kommuner med i alt ca. 185.000 indbyggere.

For planlægningsområde Nord varetager hospitalet kvinde-barn funktionerne, neurologi, onkologi (medicinsk behandling), palliativ behandling og øre-, næse- og halssygdomme, ortopædkirurgi og kirurgi. Endelig huser hospitalet elektive udefunktioner inden for øjensygdomme (fra Glostrup Hospital), arbejdsmedicin (fra Bispebjerg Hospital), blodbank (fra Rigshospitalet) samt mammografi (fra Herlev Hospital).

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændringer for Hillerød Hospital:

- Etableringen af en diagnostisk enhed påbegyndes. Den diagnostiske enhed etableres murstensløst, da den endelige etablering kræver ændringer i de fysiske rammer, som vil ske i forbindelse med etableringen af Nyt Hospital Nordsjælland.

Øvrige opgaver

Hillerød Hospital indgår i den faglige og videnskabelige udvikling og deltager i forskning på en række områder og varetager og bidrager til grunduddannelsen af en række faggrupper. Hillerød Hospitals diagnostiske enheder leverer ud over ydelser til det somatiske hospitalsvæsen også ydelser til primærsektoren i den nordlige del af regionen.

Fysiske rammer

Hospitalet ligger på Dyrehavevej i Hillerød.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Hillerød Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	1.448,1	1.485,7	1.475,4	1.475,4	1.475,4
Øvrige driftsudgifter	728,6	513,3	513,3	513,3	513,3
Driftsudgifter i alt	2.176,7	1.999,0	1.988,7	1.988,7	1.988,7
Indtægter	-124,6	-85,6	-85,6	-85,6	-85,6
Nettodriftsudgifter	2.052,1	1.913,4	1.903,1	1.903,1	1.903,1
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Hensættelse til tjenestemandspension	14,6	15,0	15,0	15,0	15,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	65,9	73,5	73,5	73,5	73,5
Omkostningselementer i alt	81,3	89,3	89,3	89,3	89,3
Omkostningsbevilling	2.133,4	2.002,6	1.992,3	1.992,3	1.992,3
Investeringsramme	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6
Antal årsværk		3.317	3.317	3.317	3.317

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer svarende til en reduktion på 128,7 mio. kr.

Budgetændringerne kan primært henføres til hospitalsplanændringer, herunder flytning af budget vedrørende Hørsholm og flytning af optageområder vedrørende Furesø og Egedal kommuner. Endvidere kan nævnes en budgetforøgelse på 16,6 mio. kr. til ibrugtagning af ny PET-CT skanner og en budgetforøgelse på 19,3 mio. kr. som følge af resultatet af takststyringen i 2010.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 10,2 mio. kr. henholdsvis 7,7 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 38,6 mio. kr., besparelser på 3,3 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 3,4 mio. kr., en reduktion på 0,1 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter samt besparelse på 0,1 mio. kr. som følge af energibesparende foranstaltninger. Hertil kommer en forøgelse på 9,2 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012, 2,2 mio. kr. til lønudgifter til projektet Nyt Hospital Nordsjælland og 42,3 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.11 Hvidovre Hospital

Behandlingsopgaver

Hvidovre Hospital er akuthospital med fælles akutmodtagelse i planlægningsområde Syd, som omfatter Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Tårnby og Vallensbæk Kommuner, og følgende bydele i Københavns Kommune: Amager Øst, Amager Vest, Valby og Vesterbro, i alt ca. 460.000 indbyggere.

For de medicinske patienter varetages funktionen for borgere fra Brøndby og Hvidovre Kommuner og bydelene Valby og Vesterbro med i alt ca. 180.000 indbyggere. Hospitalet varetager akutte og elektive funktioner inden for en række kirurgiske og medicinske specialer, gynækologi/obstetrik og pædiatri.

Hospitalet har specialfunktioner inden for medicinsk og kirurgisk gastroenterologi, infektionsmedicin, pædiatri og diagnostisk radiologi.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 medføre følgende ændringer for Hvidovre Hospital:

- Etableringen af en diagnostisk enhed påbegyndes. Den diagnostiske enhed etableres murstensløst, da den endelige etablering kræver ændringer i de fysiske rammer, som vil ske i forbindelse med den planlagte udbygning af Hvidovre Hospital.

Øvrige opgaver

Hvidovre Hospital løser særlige behandlings-, forsknings- og uddannelsesopgaver, bl.a. i forbindelse med hospitalets status som universitetshospital.

Hospitalet bidrager til eller varetager grunduddannelsen for en række faggrupper, herunder sygeplejestuderende, medicinstuderende, radiografstuderende, bioanalytikerstuderende, ergo- og fysioterapeutstuderende, social- og sundhedsassistentelever, lægesekretærelever, køkkenassistentelever samt en række andre elevuddannelser. Der er etableret en tværfaglig undervisningsenhed til styrkelse af såvel den kliniske som den teoretiske uddannelse på især prægraduat niveau.

Fysiske rammer

Hospitalet er beliggende på Kettegård Allé i Hvidovre.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Hvidovre Hospital

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	1.312,9	1.514,1	1.504,6	1.504,6	1.504,6
Øvrige driftsudgifter	584,9	536,4	536,4	536,4	536,4
Driftsudgifter i alt	1.897,8	2.050,5	2.041,0	2.041,0	2.041,0
Indtægter	-181,5	-188,7	-188,7	-188,7	-188,7
Nettodriftsudgifter	1.716,3	1.861,8	1.852,3	1.852,3	1.852,3
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Hensættelse til tjenestemandspension	14,6	13,3	13,3	13,3	13,3
Lagerforskydning	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Afskrivninger	76,7	88,8	88,8	88,8	88,8
Omkostningselementer i alt	91,9	102,7	102,7	102,7	102,7
Omkostningsbevilling	1.808,2	1.964,5	1.955,0	1.955,0	1.955,0
Investeringsramme	30,9	31,0	31,0	31,0	31,0
Antal årsværk		3.363	3.363	3.363	3.363

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en budgetforøgelse på 118,8 mio. kr.

En væsentlig del af budgetændringen kan henføres til hospitalsplanflytninger, herunder samling af gynækologi/obstetrik og pædiatri på områdehospitalerne, flytning af akut gynækologi fra Herlev Hospital, flytning af rykirurgi til Glostrup Hospital og flytning af optageområde til Bispebjerg Hospital.

Af andre budgetændringer kan nævnes budgetforhøjelse på 48,4 mio. kr. som følge af resultatet af takststyringsordningen i 2010, og at medicinbudgettet er forøget med 8,4 mio. kr. som følge af regulering til 2010-forbrugsniveau. Indtægtsbudgettet er opskrevet med 14,6 mio. kr. som følge af regnskabsresultatet for 2010.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 9,1 mio. kr. henholdsvis netto 6,5 mio. kr. Nettoreduktionen er et resultat af en reduktion af indtægtsbudgettet som følge af bortfald af indtægter vedr. patienter fra Region Sjælland og en større reduktion af udgiftsbudgettet. Ændret profil for gældsafvikling forøger budgettet med 37,5 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 39,9 mio. kr., besparelser på 0,1 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 2,8 mio. kr. samt en reduktion på 3,2 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter. Hertil kommer en forøgelse på 9,5 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 41,2 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.12 Region Hovedstadens Apotek

Opgaver

Apoteket varetager den samlede lægemiddelforsyning til hospitalerne og Region Hovedstadens Psykiatri og til det grønlandske sundhedsvæsen. Herudover leveres en række egenproducerede lægemidler til landets øvrige sygehusapoteker.

Apoteket har tre hovedopgaver:

- Logistik – indkøb og distribution af lægemidler,
- Produktion – fremstilling af lægemidler med særligt fokus på patientsikkerhed og på at lægemidlerne er klar til brug for afdelingernes personale,
- Klinisk Farmaceutisk Service – apoteket tilbyder medicinservice og klinisk farmaci til samtlige afdelinger, der i væsentligt omfang anvender lægemidler.

Fysiske rammer

Apoteket er beliggende på Marielundvej i Herlev og har apoteksenheder på alle hospitalerne.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Region Hovedstadens Apotek

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	173,3	183,8	182,8	182,8	182,8
Øvrige driftsudgifter	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3
Driftsudgifter i alt	176,7	187,1	186,1	186,1	186,1
Indtægter	-99,5	-111,9	-111,9	-111,9	-111,9
Nettodriftsudgifter	77,2	75,2	74,3	74,3	74,3
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hensættelse til tjenestemandspension	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8
Omkostningselementer i alt	10,9	11,0	11,0	11,0	11,0
Omkostningsbevilling	88,1	86,2	85,3	85,3	85,3
Investeringsramme	6,9	7,0	7,0	7,0	7,0
Antal årsværk		426	426	426	426

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række mindre budgetændringer til budgettet for 2012.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 reducerer budgettet med 0,8 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 3,3 mio. kr., besparelser på 0,5 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 0,1 mio. kr.. Hertil kommer en forøgelse på 0,8 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 1,9 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.13 Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri har ansvar for to bevillingsområder. Det ene bevillingsområde omfatter psykiatri herunder børne- og ungdomspsykiatrien, mens det andet vedrører socialpsykiatrien. Nedenstående vedrører bevillingsområdet psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Bevillingsområdet socialpsykiatri er beskrevet i afsnit 4.17.

Psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien er organiseret i ti almenpsykiatriske centre, to tværgående, specialiserede centre for voksne samt tre børne- og ungdomspsykiatriske centre. De psykiatriske centre råder over et antal ambulatorier, 17 distriktspsykiatriske enheder samt aktuelt 34 opsøgende og udgående team. Desuden har alle de almenpsykiatriske centre – undtagen Bornholm – akutmodtagelse, dog med natlukning på Frederiksberg og Amager. Ud over de specialiserede centre er der også en række forskellige specialiserede funktioner, som er integreret i centrene.

Centrene er organiseret omkring fire planlægningsområder, der er tæt sammenfaldende med de somatiske planlægningsområder.

Der er de seneste år gennemført en række tilpasninger til de nye optageområder. De tilpasninger, der kunne gennemføres uden ombygninger, er realiseret i løbet af 2008, 2009 og enkelte i 2010 og 2011. De resterende tilpasninger afventer ombygninger og nybygninger.

I 2012 fortsætter Region Hovedstadens Psykiatri den igangværende udvikling vedrørende sikring af:

- Flere tilbud til voksende patientgrupper,
- Bedre og mere intensiv behandling,
- Fortsat omstilling fra stationær behandling til forebyggende, ambulant og opsøgende behandling,
- Flere enestuer.

I forbindelse med regeringens reformpakke 2020 er der afsat 150 mio. kr. til styrkelse af psykiatrien. 35 mio. kr. er afsat til etablering af nye sengepladser i den almene psykiatri. Pengene fordeles senere af satspuljepartierne.

Flere tilbud til voksende patientgrupper

Der er vækst inden for retspsykiatriske patienter, børne- og ungdomspsykiatriske patienter og ikke-psykotiske patienter.

Væksten inden for børne- og ungdomspsykiatrien og det ikke-psykotiske område dækkes primært ved en udvidelse af psykiatriens ambulante tilbud, men der vil også være behov for flere specialiserede sengepladser. Tilførslen af satspuljemidler vil gøre det muligt at prioritere udvidelser på disse områder.

Bedre og mere intensiv behandling

Den styrkelse af akutområdet, der blev igangsat med etableringen af en akutmodtagelse ved Psykiatrisk Center København i 2009, fortsætter, og i 2011 er der etableret akutmodtagelse ved Psykiatrisk Center Nordsjælland og ved Psykiatrisk Center Glostrup. Desuden etableres 10 akutsenge, herunder til unge retspsykiatriske patienter på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Glostrup. Endelig er det besluttet at etablere akutmodtagelser ved Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Hvidovre, hvor byggeprojekterne er igangsat i 2011.

Endelig er der i 2011 etableret tre akutte team ved Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Hvidovre og Psykiatrisk Center København. De håndterer bl.a. patienter med misbrugsproblematik i akutte situationer, og etablerer krise- og sikkerhedsplaner for at forebygge akutte indlæggelser.

Fortsat omstilling fra stationær til ambulant behandling

Den ambulante indsats udvides for at mindske lange indlæggelser og behandle patienten så tæt på vedkommendes nærmiljø som muligt.

Målet er at undgå, at patienter er indlagt i længere tid end nødvendigt, at gennemføre planlagte og veltilrettede patientforløb, hvor behandlingen er i fokus, og at udnytte den tid patienterne tilbringer på centret bedst muligt.

En intensivering af det stationære behandlingsforløb skal gennemføres ved at anvende flere ressourcer på udredning, vurdering og behandling i starten af forløbet og på udskrivning og overgang til eventuelle ambulante tilbud i slutningen af forløbet. Etablering af akutmodtagelser understøtter i høj grad intensiveringen af den indledende del af behandlingsforløbet, mens en forøgelse af den ambulante indsats, bl.a. ved etablering af flere opsøgende team, vil sikre hurtigere udskrivning således at antallet af lange hospitalsophold begrænses.

Behandlingsopgaver

Region Hovedstadens Psykiatri varetager dag- og døgnbehandling på almenpsykiatriske sengeafsnit, der dækker et afgrænset optageområde, samt distriktspsykiatri og opsøgende og udgående teams. Region Hovedstadens Psykiatri varetager desuden behandling i specialiserede funktioner, der dækker et større geografisk område, men for mere snævert afgrænsede målgrupper.

Øvrige opgaver

Region Hovedstadens Psykiatri har en række forsknings- og uddannelsesmæssige forpligtelser. Psykiatriens personale yder konsulentvirksomhed i form af tilsyn på de somatiske afdelinger, og Region Hovedstadens Psykiatri har uddannelsesforpligtelse for en række sundhedsfaglige uddannelser.

Særlige enheder

Region Hovedstadens Psykiatri varetager ud over den almenpsykiatriske behandling også en række tværgående specialiserede funktioner, bl.a. specialiseret retspsykiatri, spiseforstyrrelser, krigsveteraner, behandling af hjerneskadede og behandling af traumatiserede flygtninge.

Fysiske rammer

De psykiatriske centre er – tilsvarende hospitalerne – placeret geografisk spredt i Region Hovedstaden. Der er psykiatriske centre i Ballerup, Glostrup, København, Frederiksberg, Hvidovre i Brøndbyøster og på Amager, på Bornholm, Psykiatrisk Center Sct. Hans i Roskilde, Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Gentofte og Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hillerød med afdelinger i henholdsvis Frederikssund og Helsingør.

De børne- og ungdomspsykiatriske centre er placeret i Hillerød, Glostrup og København.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Region Hovedstadens Psykiatri

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	2.234,0	2.247,9	2.233,2	2.233,2	2.233,2
Øvrige driftsudgifter	517,8	590,4	590,4	590,4	590,4
Driftsudgifter i alt	2.751,9	2.838,3	2.823,6	2.823,6	2.823,6
Indtægter	-106,7	-83,7	-83,7	-83,7	-83,7
Nettodriftsudgifter	2.645,2	2.754,6	2.739,9	2.739,9	2.739,9
Forskydning i hensættelse til ferie	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Hensættelse til tjenestemandspen	18,1	16,0	16,0	16,0	16,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	49,6	52,8	52,8	52,8	52,8
Omkostningselementer i alt	68,9	70,1	70,1	70,1	70,1
Omkostningsbevilling	2.714,1	2.824,7	2.810,1	2.810,1	2.810,1
Investeringsramme	10,7	10,7	10,7	10,7	10,7

Antal årsværk	4.914	4.914	4.914	4.914

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en forøgelse på i alt 112,9 mio. kr.

De væsentligste budgetændringer kan henføres til tilførsel af DUT-midler til en række projekter som følge af udvidet behandlingsret samt permanentgørelse af en række projekter, der tidligere har været finansieret af satspuljemidler.

I Budget 2011 blev Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til budgetforslaget tilført 10,0 mio. kr. i 2011 som følge af en tidsforskydning af besparelsesforslag om lukning af afdeling M på Psykiatrisk Center Skt. Hans. Denne kompensation bortfalder i 2012 og reducerer dermed budgettet med 10,0 mio. kr.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 reducerer budgettet med 14,4 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 57,9 mio. kr., besparelser på 2,7 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 1,0 mio. kr., en reduktion på 0,5 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter samt en reduktion på 0,1 mio. kr. som følge af gennemførelse af energibesparende foranstaltninger. Hertil kommer en forøgelse på 13,7 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012, en forøgelse på 8,4 mio. kr. som følge af permanentgørelse af satspuljeprojekter og 61,2 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.14 Rigshospitalet

Behandlingsopgaver

Rigshospitalet er landets førende hospital og varetager højt specialiserede funktioner inden for de fleste lægelige specialer. Hospitalet har særstatus, da det varetager mange funktioner for hele landet samt de færøske og grønlandske sundhedsvæsen. Alle specialer, der varetages på Rigshospitalet, varetages på specialfunktionsniveau, og for de fleste specialers vedkommende kun på specialfunktionsniveau.

Rigshospitalet varetager hovedfunktionen inden for pædiatri, gynækologi/obstetrik, øre-, næse- og hals-sygdomme og klinisk onkologi for planlægningsområde Byen. Desuden varetager hospitalet en række kirurgiske og medicinske funktioner for planlægningsområde Byen og Syd, samt i øvrigt en række højt specialiserede funktioner for hele regionen.

I 2010 er varetagelsen af nyretransplantationer desuden blevet samlet på Rigshospitalet. Alle transplantationer, der foretages i Region Hovedstaden, varetages af Rigshospitalet.

Implementering af hospitalsplanen vil i 2012 ikke medføre ændringer for Rigshospitalet.

Øvrige opgaver

Samtlige kliniske afdelinger har særlige behandlings-, forsknings- og uddannelsesmæssige forpligtelser. Rigshospitalet har desuden en central rolle i regionens samlede funktion som sundhedsvidenskabeligt behandlings-, forsknings- og udviklingscenter.

Det er hospitalets mål at bidrage med forsknings- og udviklingsresultater på internationalt niveau, og hospitalet rummer en række nationalt og internationalt anerkendte forskningsmiljøer. Som konsekvens af den omfattende forskningsaktivitet og videnopbygning har hospitalet en central rolle i uddannelsen af højt specialiseret sundhedspersonale.

Særlige enheder

Forskellige institutter og enheder er tilknyttet Rigshospitalet. Af større enheder kan nævnes: Cochrane Centret, CTU (Copenhagen Trial Unit – Center for klinisk interventionsforskning), Patent- og kontraktenheden, Center for Klinisk Uddannelse, Enhed for Kirurgisk Patofysiologi samt Enhed for Perioperativ Sygepleje (optimering af forløb omkring operationer).

Fysiske rammer

Rigshospitalets centrale bygninger er beliggende på Blegdamsvej og Tagensvej på Østerbro. Herudover driver hospitalet Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Rigshospitalet

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	3.430,5	3.409,4	3.388,3	3.388,3	3.388,3
Øvrige driftsudgifter	3.014,0	3.174,3	3.174,3	3.174,3	3.174,3
Driftsudgifter i alt	6.444,5	6.583,7	6.562,6	6.562,6	6.562,6
Indtægter	-2.470,5	-2.313,6	-2.313,6	-2.313,6	-2.313,6
Nettodriftsudgifter	3.974,0	4.270,1	4.249,0	4.249,0	4.249,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0
Hensættelse til tjenestemandspension	26,3	25,5	25,5	25,5	25,5
Lagerforskydning	-0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	190,0	150,6	150,6	150,6	150,6
Omkostningselementer i alt	217,9	178,1	178,1	178,1	178,1
Omkostningsbevilling	4.192,0	4.448,2	4.427,1	4.427,1	4.427,1
Investeringsramme	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6
Antal årsværk		7.412	7.412	7.412	7.412

I tabellen ovenfor ses virksomhedens samlede nettodriftsudgifter. Den samlede omkostningsbevilling udgøres af nettodriftsudgifterne tillagt værdien af omkostningselementerne – forskydning i hensættelse til feriepenge, hensættelse til tjenestemandspension, lagerforskydning samt afskrivninger. I tabellen ses endvidere virksomhedens investeringsramme.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en forøgelse på i alt 266,2 mio. kr.

En del af budgetændringen vedrører hospitalsplanflytninger. De væsentligste er flytning af øre-næse-halsfunktionen fra Gentofte Hospital, neurokirurgi fra Glostrup Hospital, akutte ballonudvidelser fra Gentofte Hospital, flytning fra Rigshospitalet som følge af samling af gynækologi/obstetrik og pædiatri på områdehospitalet og flytning af rykirurgi til Glostrup Hospital.

Af andre budgetændringer kan nævnes forøgelse af budgettet med 66,4 mio. kr. som følge af regulering af medicinbudgettet til 2010-forbrugsniveau, 30,6 mio. kr. som følge af resultatet af takststyringen i 2010 og 16,1 mio. kr. som følge af udvidelse af intensivkapacitet. Indtægtsbudgettet er nedskrevet med 44,4 mio. kr. på baggrund af regnskabsresultatet for 2010.

Helårsvirkning af besparelser besluttet i Budget 2011 og helårsvirkningen af den generelle besparelse afledt af Region Sjællands hjemtagning af behandlinger reducerer budgettet med 22,1 mio. kr. henholdsvis forøger det med netto 39,3 mio. kr. Nettoforøgelsen skyldes, at Rigshospitalets indtægtsbudget reduceres med et større beløb end udgiftsbudgettet.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder gennemføres besparelser ved tilpasninger og effektiviseringer på 88,7 mio. kr., besparelser på 0,3 mio. kr. som følge af Projekt Administrativ Organisering, andel af indkøbsbesparelse på 17,3 mio. kr., en reduktion på 2,5 mio. kr. som følge af lavere ejendomsskatter, besparelse på 1,4 mio. kr. som følge af gennemførelse af energibesparende foranstaltninger og en reduktion på 26,2 mio. kr. som følge af flytning af Respirationscenter Øst til Glostrup Hospital. Hertil kommer en forøgelse på 21,1 mio. kr. til imødegåelse af tidsforskydninger for iværksatte besparelser i 2012 og 91,2 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

4.15 Sundhedsområdet/fælles

Sundhedsområdet/fælles er opdelt i to bevillingsområder, dels sygehusbehandling uden for regionen, dels fælles driftsudgifter m.v.

4.15.1 Sygehusbehandling uden for regionen

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Sygehusbehandling uden for regionen

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Øvrige driftsudgifter	990,6	984,9	984,9	984,9	984,9
Driftsudgifter i alt	990,6	984,9	984,9	984,9	984,9
Indtægter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nettodriftsudgifter	990,6	984,9	984,9	984,9	984,9
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsbevilling	990,6	984,9	984,9	984,9	984,9
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antal årsværk	-	-	-	-	-

Der er under dette bevillingsområde afsat midler til betaling for sygehusbehandling af regionens borgere på hospitaler i de øvrige regioner eller ved private og selvejende behandlingsinstitutioner, hospice m.v. Budgettet omfatter udgifter til behandling i såvel somatisk som psykiatrisk regi ved fremmede hospitaler.

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en reduktion på i alt 23,7 mio. kr. Budgetreduktionen kan henføres til en række projekter vedrørende overførsel af behandlinger til regionen.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer. Der sker således en budgetreduktion på 1,0 mio. kr. som følge af gennemførelse af indkøbsbesparelse og en forøgelse på 19,1 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

Af det samlede budget på 985 mio. kr. forventes udgifter til andre offentlige hospitaler at udgøre 346 mio. kr., udgifter til foreningsejede specialsygehuse 255 mio. kr., udgifter til udvidet frit valg (private hospitaler) 280 mio. kr. og øvrige områder 104 mio. kr.

Der er på sundhedsområdets konto for fælles driftsudgifter afsat puljemidler til øget aktivitet. Puljemidlerne udløses ved øget behandlingsaktivitet for regionens egne borgere, der også kan vedrøre sygehusbehandling uden for regionen

4.15.2 Fælles driftsudgifter m.v.

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Fællesudgifter m.v. på sundhedsområdet

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	1.324,0	1.980,3	2.102,4	2.099,6	2.101,7
Øvrige driftsudgifter	1.613,9	1.319,3	1.319,3	1.319,3	1.319,3
Driftsudgifter i alt	2.937,9	3.299,6	3.421,7	3.418,9	3.421,0
Indtægter	-268,5	-463,4	-463,4	-463,4	-463,4
Nettodriftsudgifter	2.669,4	2.836,2	2.958,3	2.955,5	2.957,6
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	75,3	75,3	75,3	75,3
Omkostningselementer i alt	0,0	75,6	75,6	75,6	75,6
Omkostningsbevilling	2.669,4	2.911,8	3.033,9	3.031,1	3.033,2
Investeringsramme	0,0	1,5	1,5	1,5	1,5
Antal årsværk		5.635	5.635	5.635	5.635

Under fælles driftsudgifter m.v. er budgetteret med udgifter til følgende områder:

Fælles driftsudgifter m. v.					
	B 2011				
Mio. kr. 2012-priser	pl-11	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Meraktivitet og kvalitetsforbedringer	285,0	223,4	223,4	223,4	223,4
Ny medicin og nye behandlinger m.v.	295,0	252,1	252,1	252,1	252,1
Akut befordring (ambulancekørsel m.v.) og liggende patientbefordring	486,8	527,8	527,8	527,8	527,8
Intensiv kapacitet m.v.	63,7	42,2	42,2	42,2	42,2
Udvidelse af kræftbehandling m.v.	47,8	19,5	19,5	19,5	19,5
Nye og udvidede behandlinger m.v.	22,0	59,7	59,7	59,7	59,7
Respiratorbehandling af hjemmeboende	244,4	254,5	254,5	254,5	254,5
Patienterstatninger og administration	280,9	329,9	329,9	329,9	329,9
DUT sager	144,1	73,1	73,1	73,1	73,1
Lægelig videreuddannelse og praksisreservelæger	96,5	122,5	122,5	122,5	122,5
Social- og sundhedsassistentelever	140,7	154,0	154,0	154,0	154,0
Uddannelsesinitiativer	26,3	33,0	33,0	33,0	33,0
De decentrale enheder på sundhedsområdet	64,1	61,9	61,9	61,9	61,9
Forskning	67,6	69,1	69,1	69,1	69,1
Statsligt tilskud forskning	-16,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Udvikling og kvalitet	30,1	30,6	30,6	30,6	30,6
Sundhedskonsulentordninger samt praksisplanlægning mv.	25,5	23,6	23,6	23,6	23,6
Arbejds miljøindsats og initiativprogram for rekruttering og lederudvikl.	27,9	27,1	27,1	27,1	27,1
Pulje til byggeorganisation hospitalsplan	15,1	26,8	26,8	26,8	26,8
Samarb. med kommunerne om forebyggelse m.v.	6,0	8,6	8,6	8,6	8,6
Samarb. med kommunerne, fokus på svage, ældre patienter	37,7	21,5	21,5	21,5	21,5
Information og kommunikation med borgere og patienter	2,7	2,3	2,3	2,3	2,3
Fælles it-udgifter på sundhedsområdet	328,2	359,8	359,8	359,8	359,8
Konverteringer af tjenestemandstillinger	10,0	6,4	6,4	6,4	6,4
Indtægter færdigbehandlede og ambulant genoptræning	-178,4	-164,0	-164,0	-164,0	-164,0
Børne- og ungdomspsykiatri, meraktivitet	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sundhedstjek for særligt udsatte grupper og ældre	3,0	3,1	3,1	3,1	3,1
Klinisk farmaceuter i akutmodtagelsen	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Renoveringspulje, drift	50,0	95,8	95,8	95,8	95,8
Prioriteringspulje 2012	0,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Øvrige budgetposter, indtægter m.v.	57,3	81,8	108,9	106,1	108,2
Ophør af tidsforskydningspulje 2012			95,0	95,0	95,0
Samarbejde med kommunerne om svage grupper		50,0	50,0	50,0	50,0
Nettodriftsudgifter	2.669,4	2.836,2	2.958,3	2.955,5	2.957,6

Meraktivitet og kvalitetsforbedringer

Der afsættes en samlet pulje i 2012 på 223,4 mio. kr. til yderligere aktivitet på egne hospitaler og til korrektioner for ændringer i indtægter fra regionseksterne borgere samt til kvalitetsforbedringer.

Der skal foreligge en godkendelse af en konkret meraktivitet samt konkrete kvalitetsforbedringer for at et hospital kan få tilført midler fra puljen. Ligesom i 2011 vil et lavere aktivitetsniveau i forhold til præstationsbudgettet udløse en reduktion af hospitalets driftsbudget svarende til 50 pct. af drg-værdien af mindreaktiviteten.

Ny medicin og nye behandlinger mv.

Der afsættes i alt 252,1 mio. kr. i 2012, hvilket svarer til den forventede vækst i 2011 på ca. 100 mio. kr. og en yderligere vækst i 2012 på 150 mio. kr.

I 2012 fortsættes med en dækning svarende til 80 pct. af hospitalernes udgiftsvækst for at tilskynde til en mere afdæmpet udgiftsudvikling.

Akut befordring (ambulancekørsel) og liggende patientbefordring

Til akut befordring er der afsat 527,8 mio. kr. Budgettet er fremskrevet på basis af de i kontrakten om ambulancekørsel anførte prisreguleringsbestemmelser. Budgettet omfatter tillige 22 mio. kr. til varetægelse af 112-opkald.

Intensiv kapacitet

Der afsættes et budget på 42,2 mio. kr. til en fortsat udbygning af den intensive kapacitet fra 2011 til 2012. Beløbet vedrører udvidelse af hospitalernes intensive funktioner.

Udvidelse af kræftbehandling mv.

Der afsættes et samlet beløb i 2012 på 19,5 mio. kr. til udvidelse af kræftbehandling mv. Der er heraf afsat 7,9 mio. kr. til drift af et palliativt sengeafsnit på Hvidovre Hospital, som er et tiltag, der er prioriteret i den regionale kræftplan. I budgettet er endvidere medtaget 1,6 mio. kr., som vil blive disponeret til udbygning af infrastrukturen til klinisk kræftforskning. Der resterer derudover 10,0 mio. kr., som er afsat til kræftbehandling i budget 2011.

Nye og udvidede behandlingstilbud m.v.

Der afsættes i alt 59,7 mio. kr. til nye og udvidede behandlingstilbud m.v.

Der afsættes heraf 35,1 mio. kr. til kapacitetsudvidelser inden for behandling af kæbeanomolier, behandling af arvelige hjertesygdomme samt vedrørende dialysebehandling. 2,2 mio. kr. afsættes til en udvidelse af antallet af hospicepladser, som gennemføres med udgangspunkt i regeringens Kræftplan III.

Der resterer derudover i alt 22,4 mio. kr., som er afsat til nye behandlingstilbud og insulinpumpebehandling i budget 2011.

Respiratorbehandling af hjemmeboende

Budgettet indeholder midler til aflønning af personale, som assisterer patienter i hjemmet med respirationsproblemer. Til dækning af stigende udgifter til ordningen, som følge af et voksende antal patienter, er der i 2012 indarbejdet en forhøjelse på 5 mio. kr. Det samlede budget er på 254,5 mio. kr.

Patienterstatninger og administration

Regionen er selvforsikret vedrørende patienterstatninger, og der forventes fortsat stigende erstatningsudbetalinger, som skyldes den konstaterede vækst i antallet af patientklager anmeldt til Patientforsikringen. Patientforsikringen forventer, at den tidligere sagspukkel i det væsentligste er afviklet. Det samlede budget tilføres 45 mio. kr. Der afsættes dermed i 2012 i alt 329,9 mio. kr.

Udgifter til administrationen i Patientforsikringen og Patientombuddet indgår i beløbet.

DUT-sager

Budgettet på 73,1 mio. kr. omhandler midler til et antal DUT-sager. Der er afsat budget til udvidet behandlingsret for henholdsvis psykisk syge børn og voksne samt budget til den Danske Kvalitetsmodel. Endvidere er afsat budget til behandling af posttraumatisk stresslidelse hos veteraner samt budget til kompensation for ændrede sygedagpengeregler

Lægelig videreuddannelse og praksisreservelæger

Budgettet på 122,5 mio. kr. til lægelig videreuddannelse og praksisreservelæger er samlet forhøjet med 20 mio. kr. i forhold til 2011. Ændringen omfatter en forhøjelse på 32 mio. kr. til finansiering af den forventede fremtidige stigning i antallet af uddannelsesstillinger samt en permanent virkning af en tidligere udmøntning på -12 mio. kr. til hospitalerne til som følge af ændring i antallet af uddannelsesstillinger.

Løn til social- og sundhedsassistentelever

Budgettet dækker lønudgifter i forbindelse med uddannelse af social- og sundhedsassistentelever. Der er sket en tilretning af budgettet på baggrund af en fornyet vurdering. Der er tilført 15 mio. kr., og budgettet er på 154,0 mio. kr.

Uddannelsesinitiativer

Der afsættes 33,0 mio. kr. til en række uddannelsesinitiativer. Det drejer sig om 21,5 mio. kr. til specialuddannelse af sygeplejersker (kræftbehandling, anæstesi, hygiejne og intensivbehandling) og 7,9 mio. kr. til operationsteknikeruddannelsen og til helt korte uddannelser på sundhedsområdet. Der er afsat 0,6 mio. kr. til kvalitetsmonitorering på uddannelsesområdet.

Derudover er afsat 1 mio. kr. til kompetenceudvikling og efteruddannelse af personale på de psykiatriske afdelinger med henblik på at reducere anvendelsen af tvang.

Endelig er der i forbindelse med budgetaftalen for 2011 varigt afsat 2 mio. kr. til at styrke området vedrørende styrkelse af medicinske sygeplejerskers viden om rationel brug af lægemidler.

De decentrale enheder på sundhedsområdet

Enhederne som organisatorisk hører til koncernstabene beskæftiger sig med følgende: Videreuddannelse af læger, patientsikkerhed, brugerundersøgelser, forebyggelse og sundhed, patenter, forskning og innovationsstøtte samt information og rådgivning af patienter. I alt udgør budgettet 61,9 mio. kr. Det bemærkes, at budgettet for Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed indeholder midler afsat til arbejdet med sundhedsprofiler.

Budgettet er reduceret i forhold til 2011, da budgettet til Enheden for Klinisk Kvalitet er lagt ind under it-området.

Forskning

Til forskningsprojekter og forskningsstillinger m.v. udgør det centrale budget 69,1 mio. kr. Heri indgår et afsat budgetbeløb til klinisk kræftforskning på 6,8 mio. kr.

Statsligt tilskud til forskningsopgaver

Budgettet vedrører indtægter fra staten til dækning af forskningsaktiviteter, som indtil 1. januar 2007 blev finansieret af det statslige særlige tilskud. Tilskuddet har været under aftrapning, og der modtages i 2012 ikke længere tilskud.

Udvikling og kvalitet

Til udvikling og kvalitet er der afsat 30,6 mio. kr. Af det samlede budget anvendes ca. 20 mio. kr. til nationale udviklingsaktiviteter.

Sundhedskonsulentordninger samt praksisplanlægning mv.

Der er til området afsat 23,6 mio. kr., som vedrører praksiskonsulenter og lægemiddelkonsulenter samt praksisplanernes udviklingsinitiativer.

Arbejdsmiljøindsats og initiativprogram for rekruttering samt lederudvikling mv.

Til regionens centrale udgifter til arbejdsmiljøindsatsen og til initiativprogram for rekruttering og personaleudvikling m.v. er der budgetteret i alt 18,5 mio. kr. Til lederuddannelser er der i alt afsat 8,6 mio. kr. Virksomhederne forudsættes at medfinansiere lederudviklingsprogrammet med et tilsvarende beløb.

Pulje til byggeorganisation, hospitalsplan

Budgettet på 26,8 mio. kr. afsættes til styrkelse af byggeorganisationen i forbindelse med hospitalsplanprojekter. Der er tilført området 15 mio. kr. til at styrke kapacitet og kompetencer til styring af store byggeprojekter.

Samarbejde med kommunerne om forebyggelse mv.

Til samarbejdsprojekter med kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme er afsat 6 mio. kr., og til etablering af Psyk-Info er afsat 2,6 mio. kr. Der er forudsat tilsvarende kommunal medfinansiering til ordningerne.

Midlerne til etablering af Psyk-Info blev med budgetaftalen for 2011 tidsforskuet, og det afsatte budget i 2011 blev i stedet anvendt som medfinansiering til at opretholde sengekapaciteten i afdeling M til den 1. juni 2011.

Samarbejde med kommunerne, fokus på svage, ældre patienter

Der er samlet afsat 21,5 mio. kr. på området. Til ”ringe hjem-ordning” (samtale- og dialogordning for udskrevne medicinske patienter) er afsat 2,1 mio. kr., og til ”følge op-ordning” er afsat 5,2 mio. kr.

For yderligere at styrke samarbejdet med kommunerne og skabe fælles retningslinjer i behandlinger og forebyggelse blev der fra budget 2011 varigt afsat 3 mio. kr. til etablering af en fælles uddannelsesindsats på tværs af sektorer på specifikke områder som sårbehandling, diabetesbehandling, varetagelse af den demente patient og behandling af patienter med multiresistente bakterier.

Herudover blev der varigt afsat en pulje på 17,5 mio. kr. til realisering af elementer fra Plan for den Ældre Medicinske Patient. 6,4 mio. kr. er udmøntet til varige aktiviteter.

Derudover blev der til etablering af demensenheder i regionen i 2011 afsat 10 mio. kr. (8 mio. kr. i 2012 og frem). Midlerne er overført til virksomhederne.

Information og kommunikation med borgere og patienter

I forbindelse med budgetaftalen for 2011 blev der afsat 2,7 mio. kr. i årene 2011 til 2013 og 2,3 fra 2014 til en række aktiviteter. Heraf er 0,4 mio. kr. til arbejdet med at udbrede viden og værktøjer i forhold til at gennemføre dialog-samtaler og direkte patientfeedback overført til andet bevillingsområde. Der resterer således 2,3 mio. kr. til følgende aktiviteter:

- 0,4 mio. kr. til et samarbejdsprojekt med patientforeninger og andre relevante parter. Målet er at opbygge én fælles indgang til relevant viden på området. Vidensbanken skal være en webbaseret portal med adgang for alle interesserede.
- 1,5 mio. kr. til en fælles regional sundhedsdag, hvor regionens samlede ekspertise vedr. sundhed, sygdom, teknologi og forskning samles.
- 0,4 mio. kr. i tre år til et tværfagligt videncenter for patientstøtte. Alvorligt syge patienter har behov for at søge hjælp fra mange forskellige sider.

Fælles it-udgifter på sundhedsområdet

Til fælles it-udgifter på sundhedsområdet er der samlet afsat 359,8 mio. kr. I forhold til vedtaget budget 2011 er der i budget 2012 tilført yderligere 25 mio. kr. til finansiering af afledte driftsudgifter bl.a. som konsekvens af gennemførelsen af it-handlingsplanen mv.

Konverteringer af tjenstemandsstillinger

Budgettet på 6,4 mio. kr. anvendes til at kompensere virksomhederne for merudgifter i forbindelse med, at tjenstemandsstillinger besættes med personale på overenskomstvilkår, som umiddelbart medfører merudgifter for virksomheden til betaling af pensionsbidrag.

Indtægter færdigbehandlede patienter og ambulant genoptræning

Der er budgetteret med indtægter på -164,0 mio. kr. fra kommunerne for færdigbehandlede patienter inden for somatik og psykiatri. Indtægterne vedrører endvidere kommunernes betaling for hospice og specialiseret ambulant genoptræning. Der er indarbejdet en reduktion af indtægtsbudgettet på 18,0 mio. kr., idet kommunerne har intensiveret deres indsats for at reducere antallet af færdigbehandlede patienter, der ligger på hospital og hermed reduceres deres betaling.

Børne- og ungdomspsykiatri, meraktivitet

Det afsatte beløb i 2011 er udmøntet til psykiatrien i 2011.

Sundhedstjek for særligt udsatte grupper og ældre

Som en del af budgetaftale 2010 er afsat 3,1 mio. kr. i 2010 og følgende år til et projekt vedrørende sundhedscheck af særligt udsatte grupper og ældre.

Kliniske farmaceuter i akutmodtagelsen

I budget 2011 var afsat 1 mio. kr. til forsøg med kliniske farmaceuter i en akutmodtagelse med henblik på gennemgang af især ældre patienters medicinordinationer. Beløbet er overført til Hillerød til gennemførelse af et to-årigt projekt.

Renoveringspulje

Der afsættes en pulje på 95,8 mio. kr. til gennemførelse af mindre renoveringsarbejder. Der er et stort renoveringsbehov på virksomhederne, idet bygningerne er nedslidte og har nået en alder, hvor der er behov for en mere gennemgribende udskiftning og fornyelse for at sikre fortsat funktion. Der vil ifølge gældende regnskabsregler skulle bogføres en række udgifter på driftsrammen i forbindelse med renoveringsprojekterne, hvilket forudsætter en forøgelse af renoveringsbudgettet på 45 mio. kr.

Prioriteringspulje 2012

Der afsættes en prioriteringspulje på 40 mio. kr. til nye initiativer til beslutning i forbindelse med budgetbehandlingen.

Øvrige budgetposter, indtægter mv.

Omfatter bl.a. budget til drift af en beskæftigelsesordning samt budget til kompensation til virksomhederne for ændrede sygedagpengeregler.

Besparelser vedrørende administrationsanalysen, som endnu ikke har kunnet fordeles, bl.a. i forhold til den kommende IMT-virksomhed, indgår i posten. Besparelsen fordeles i forbindelse med den samlede budgetudskillelse i relation til de nye virksomheder. Besparelsen vedr. administrationsprojektet stiger i 2013 med 15 mio. kr. og fra 2014 med yderligere 15 mio. kr.

Samarbejde med kommunerne om svage grupper

I 2012 budgettet foreslås afsat en pulje på 50 mio. kr. til kvalitetsforbedringer ved udvikling af samarbejdet med kommunerne om svage grupper. Beløbet dækker regionale opgaver i samarbejdsprojekter, hvor kommunerne bidrager med deres del af opgaveløsningen.

Der er til fortsat realisering af fødeplanen brug for en særlig indsats for gravide med sociale, medicinske og psykiske problemer, hvor såvel hospitalerne som kommunerne kan bidrage med bl.a. efterfødselssamtaler og hjemmebesøg.

Til realisering af plan for den ældre medicinske patient er der gennemført en lang række initiativer. Samarbejdet med kommunerne er styrket bl.a. gennem midler til fælles uddannelsesindsats på tværs af sektorer. Der er fortsat mulighed for at forbedre samarbejdet om f.eks. forebyggelse af genindlæggelser af ældre patienter.

Psykisk syge med stort alkohol- og stofmisbrug er en sårbar gruppe, hvor både psykiatriens og kommunernes indsats er nødvendig. Der er behov for en styrkelse af den samlede indsats og for en bedre koordinering mellem sektorerne.

4.16 Praksisområdet

Praksisområdet omfatter udgifter til honorarer til praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og fysioterapeuter mv. samt udgifter til medicintilskud. Hertil kommer visse forebyggelsesopgaver.

De nærmere vilkår for praksisområdets aktiviteter fastsættes i overenskomster og aftaler indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og de organisationer, der repræsenterer praksisområdets ydere. Praksisområdets ydere omfatter de praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter m.fl., som har overenskomst med det offentlige.

Økonomi og aktivitet

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Praksisområdet

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	0,0	30,2	30,2	30,2	30,2
Øvrige driftsudgifter	6.885,9	7.164,3	7.142,6	7.142,6	7.142,6
Driftsudgifter i alt	6.885,9	7.194,4	7.172,8	7.172,8	7.172,8
Indtægter	0,0	-4,6	-4,6	-4,6	-4,6
Nettodriftsudgifter	6.885,9	7.189,9	7.168,2	7.168,2	7.168,2
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspension	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsbevilling	6.885,9	7.189,9	7.168,2	7.168,2	7.168,2
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Antal årsværk	-	-	-	-	-

Praksisområdet

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Praksisydelser, ekskl. medicintilskud	4.908,8	5.265,3	5.243,6	5.243,6	5.243,6
Medicintilskud	1.977,0	1.870,0	1.870,0	1.870,0	1.870,0
Praksis administration	0,0	54,6	54,6	54,6	54,6
I alt	6.885,8	7.189,9	7.168,2	7.168,2	7.168,2

Praksisydelser eksklusiv medicintilskud

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Almen lægehjælp	2.582,9	2.747,0	2.714,3	2.714,3	2.714,3
Speciallægehjælp	1.398,1	1.545,8	1.556,8	1.556,8	1.556,8
Tandlægebehandling	461,4	486,6	486,6	486,6	486,6
Øvrige praksisydelser	466,4	485,9	485,9	485,9	485,9
Praksis administration		54,6	54,6	54,6	54,6
Nettodriftsudgifter	4.908,8	5.319,9	5.298,2	5.298,2	5.298,2

Forbruget på praksisområdet bestemmes i vidt omfang af borgernes efterspørgsel og ydernes behandlingsmønstre. Mulighederne for at styre udgifterne afhænger blandt andet af, i hvilken grad der kan ske påvirkning gennem kontrolstatistik, kvalitetsprojekter m.v.

Ydelser eksklusive medicintilskud

I forhold til vedtaget budget 2011 til og med 2. økonomirapport 2011 videreføres en række budgetændringer til budgettet for 2012 svarende til en reduktion på i alt 5,9 mio. kr.

I forbindelse med budgetlægningen foretages yderligere en række ændringer, herunder overføres administrationsudgifter på 54,6 mio. kr. fra administrationsbudgettet.

Der tilføres 19 mio. kr. til dækning af en engangsudgift til udbetaling af godtgørelse ved lukning af samtlige patologipraksis. I stedet skal analyserne udføres på hospitalerne, og der forventes herved opnået en årlig besparelse på 4,5 mio. kr.

Endvidere forhøjes budgettet med 103,0 mio. kr. som følge af pris- og lønregulering.

Budgettet er derudover tilført 243 mio. kr., hvoraf 180 mio. kr. tilføres med baggrund i et forventet merforbrug i 2011, mens 63 mio. kr. tilføres svarende til den forventede vækst fra 2011 til 2012 ifølge den indgåede økonomiaftale for 2012 mellem regeringen og Danske Regioner.

Medicintilskud

Budgettet til medicintilskud på 1.870 mio. kr. svarer til regionens andel af de forventede udgifter til medicintilskud i økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne.

I økonomiaftalen er det lagt til grund, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2012 udgør 6.745 mio. kr.

Beløbet er sammensat af en reduktion for forventet lavere udgiftsniveau i 2011 på 395 mio. kr., der modgås af en forøgelse på 45 mio.kr., som udgør den forventede vækst i udgifterne fra 2011 til 2012.

For Region Hovedstaden ændres andelen af de forventede samlede udgifter fra 1.977 mio. kr. i 2011 til 1.870 mio. kr. i 2012, svarende til reduktionen på 107 mio. kr. Bevægelsen er sammensat af forbrugsnedgang i 2011 og modgået af forventet vækst i 2012.

4.17 Social- og specialundervisningsområdet

Bevillingen på social- og specialundervisningsområdet er omkostningsbaseret og omfattet af et balancekrav, hvor takstindtægterne skal dække regionens omkostninger ved at drive institutionerne og administrationen på området.

Omkostningsbevillinger

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Socialpsykiatri	-5,8	-5,5	-5,5	-5,5	-5,5
Handicapområdet	-13,5	3,3	-11,7	-11,7	-11,7
Omkostningsbevilling i alt	-19,3	-2,2	-17,2	-17,2	-17,2
Investeringsramme	32,1	39,2	39,2	39,2	39,2

Budgettet er baseret på følgende forudsætninger:

- Som forrentningsprocent er anvendt renten på et 20-årigt fastforrentet lån i KommuneKredit på 4,42 pct.
- Hensættelsen til tjenestemandspensioner udgør 20,3 pct.

Begge ovenstående forudsætninger svarer til bestemmelserne i den kommunale rammeaftale på det sociale område.

Kommunerne kan efter § 186 i serviceloven overtage sociale tilbud, der drives af regionen. Budgetforslaget er baseret på, at der på nuværende tidspunkt ikke foreligger endelige aftaler om kommunale overtagelser af institutioner i 2012.

Det skal bemærkes, at budgetforslaget er udarbejdet på et foreløbigt grundlag inden indgåelse af den kommunale rammeaftale på det sociale område.

4.17.1 Socialpsykiatri

Budgetteret resultat

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012
Takst- og beboerindtægt	-292,7	-285,4
Institutionsdrift - omkostninger	280,4	273,2
Direkte administrationsomkostninger	6,5	6,7
Indirekte administrationsomkostninger	5,8	5,5
Årets resultat	0,0	0,0

Note: (-) = overskud, (+) = underskud

Både i budget 2011 og i budgetforslag 2012 er der budgetteret med balance mellem indtægter og omkostninger.

Omkostningsbevillingen på området er specificeret nedenfor.

Omkostningsbevilling

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde socialpsykiatri					
<i>Institutionsniveau:</i>					
Løn	187,5	187,4	187,4	187,4	187,4
Øvrig drift	83,3	78,8	78,8	78,8	78,8
Driftsudgifter i alt	270,9	266,2	266,2	266,2	266,2
Indtægter	-0,9	-9,6	-9,6	-9,6	-9,6
Nettodriftsudgifter institutionsniveau	270,0	256,6	256,6	256,6	256,6
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,9	0,6	0,6	0,6	0,6
Hensættelse til tjenestemandspensioner	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	5,9	9,0	9,0	9,0	9,0
Forrentning	3,1	6,4	6,4	6,4	6,4
Omkostningselementer i alt	10,4	16,6	16,6	16,6	16,6
Omkostninger institutionsniveau	280,4	273,2	273,2	273,2	273,2
<i>Direkte henførbare administration:</i>					
Løn	5,6	5,8	5,8	5,8	5,8
Øvrig drift	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Driftsudgifter i alt	6,3	6,5	6,5	6,5	6,5
Indtægter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nettodriftsudgifter direkte henførbare administration	6,3	6,5	6,5	6,5	6,5
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspensioner	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Forrentning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Omkostninger direkte henførbare administration	6,5	6,7	6,7	6,7	6,7
Takstindtægter	-281,7	-274,6	-274,6	-274,6	-274,6
Beboerindtægter	-11,0	-10,8	-10,8	-10,8	-10,8
Omkostningsbevilling	-5,8	-5,5	-5,5	-5,5	-5,5

At takst- og beboerindtægter er 5,5 mio. kr. større end omkostningerne til institutioner og direkte henførbare administration svarer til socialpsykiatriens bidrag til dækning af indirekte administrationsomkostninger.

Institutionsbudgetterne svarer til en videreførelse af 2011-budgettet med de varige korrektioner, der er foretaget i økonomirapporterne i 2010 og 2011. Derudover er budgetforslaget for 2012 baseret på ændringer med hensyn til:

- Omplacering fra fælles driftsmidler til lokal investeringsramme,
- Kapacitetstilpasning på Skibbyhøj,
- Tilpasning vedrørende omkostningselementer.

Socialpsykiatrien ønsker i forbindelse med en række større renoveringer og ombygninger i 2012 at omplacere den samlede ramme på 1,8 mio. kr., der er afsat til planlagt vedligeholdelse, fra øvrig drift til den lokale investeringsramme.

Budgetforslaget indeholder de driftsøkonomiske konsekvenser af, at der på grund af en faldende efterspørgsel efter værkstedspladser foretages en indskrænkning af § 103-pladser på værkstedet på Skibbyhøj fra 44 til 41, hvilket medfører en reduktion af lønudgiften med -0,4 mio. kr.

Budgettet til omkostningselementerne forhøjes med i alt 2,6 mio. kr. som følge af primært stigninger i aktivernes værdi og en højere rente. Der er

blandt andet indregnet afskrivninger i forbindelse med etableringen af badeværelser på forsorgshjemmet Solvang og på den sidste ombygningsfase på Skovvænget.

4.17.2 Region Hovedstaden – Handicap

Budgetteret resultat

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012
Takst- og beboerindtægt	-634,5	-588,3
Overførsel af overskud fra 2010	0,0	-15,0
Institutionsdrift - omkostninger	601,8	572,6
Direkte administrationsomkostninger	19,1	19,1
Indirekte administrationsomkostninger	13,5	11,7
Årets resultat	0,0	0,0

Note: (-) = overskud, (+)= underskud

Både i budget 2011 og i budgetforslag 2012 er der budgetteret med balance mellem indtægter og omkostninger. I 2012 anvendes 15,0 mio. kr. af overskuddet fra 2010 til at nedsætte den kommunale takstbetaling. I henhold til budget- og regnskabsreglerne indgår det overførte overskud som en indtægt i resultatopgørelsen for 2012.

Omkostningsbevillingen på området er specificeret nedenfor.

Omkostningsbevilling

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-p)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde handicap					
<i>Institutionsniveau:</i>					
Løn	480,8	469,0	469,0	469,0	469,0
Øvrig drift	93,7	81,8	81,8	81,8	81,8
Driftsudgifter i alt	574,5	550,8	550,8	550,8	550,8
Indtægter	-4,7	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2
Nettodriftsudgifter institutionsniveau	569,8	546,6	546,6	546,6	546,6
Forskydning i hensættelse til feriepenge	5,2	1,0	1,0	1,0	1,0
Hensættelse til tjenestemandspensioner	2,9	2,5	2,5	2,5	2,5
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	12,2	9,9	9,9	9,9	9,9
Forrentning	11,7	12,5	12,5	12,5	12,5
Omkostningselementer i alt	32,1	25,9	25,9	25,9	25,9
Omkostninger institutionsniveau	601,8	572,6	572,6	572,6	572,6
<i>Direkte henførbare administration:</i>					
Løn	13,5	13,8	13,8	13,8	13,8
Øvrig drift	7,2	7,1	7,1	7,1	7,1
Driftsudgifter i alt	20,6	20,9	20,9	20,9	20,9
Indtægter	-2,3	-2,4	-2,4	-2,4	-2,4
Nettodriftsudgifter direkte henførbare administration	18,3	18,5	18,5	18,5	18,5
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hensættelse til tjenestemandspensioner	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Forrentning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6
Omkostninger direkte henførbare administration	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1
Takstindtægter	-625,6	-578,0	-593,0	-593,0	-593,0
Beboerindtægter	-8,9	-10,4	-10,4	-10,4	-10,4
Omkostningsbevilling	-13,5	3,3	-11,7	-11,7	-11,7

Takst- og beboerindtægterne i 2012 er 3,3 mio. kr. mindre end omkostningerne til institutioner og direkte henførbare administration. Dette skyldes, at takstindtægterne er reduceret med 15,0 mio. kr. som følge af overførslen af overskuddet fra 2010 til 2012. Takstnedsættelsen gælder kun ét år.

Institutionsbudgetterne svarer til en videreførelse af 2011-budgettet med de varige korrektioner, der er foretaget i økonomirapporterne i 2011. Derudover er budgetforslaget for 2012 baseret på ændringer med hensyn til:

- Kapacitet,
- Fælles driftsmidler,
- Tilpasning af omkostningselementer,
- Beboerindtægter.

På institutionsniveauet kan driftsændringerne fra budget 2011 til budgetforslag 2012 tilskrives kapacitetstilpasninger på:

- 3-Kløveren med lukning af fem almindelige pladser og en aflastningsplads (-5,0 mio. kr.),
- Sølager med lukning af to pladser på sikrede afdelinger samt overdragelse af botilbud og projektafdeling til Rønnegård (-20,6 mio. kr.),
- Rønnegård som følge af overdragelse af tilbud fra Sølager (12,9 mio. kr.),
- Nødebogård med lukning af børneafdeling (-5,7 mio. kr.),
- Børnecentret for Rehabilitering som følge af vigende tilgang (-1,2 mio. kr.),

- Kommunikationscenteret Region Hovedstaden på grund af manglende aktivitet på syns- og hjerneskadeområdet (-3,0 mio. kr.).

På institutionsområdet undersøges det i øjeblikket, om takststrukturen for Børnecenteret for Rehabilitering er hensigtsmæssig, eller om det vil være en fordel med samme struktur som på Kommunikationscenteret, så de ydelser, der udbydes til kommunerne, kan differentieres i stedet for at blive udbudt som pakkeløsninger. Derudover undersøges det, om det vil være hensigtsmæssigt at lægge Børnecenteret for Rehabilitering sammen med Hjerneske-decenteret eller Kommunikationscenteret med henblik på en mere effektiv drift.

Som følge af bortfald af trepartsmidlerne i 2012 reduceres fælles driftsmidler med -1,8 mio. kr.

Omkostningselementerne reduceres under ét med -1,0 mio. kr. og de direkte administrationsomkostninger reduceres med -0,4 mio. kr.

Beboerindtægterne reduceres med 0,3 mio. kr. begrundet i en fornyet prognose for 2011.

Da området skal hvile i sig selv medfører ovenstående, at takstindtægterne tilpasses de ændrede omkostninger.

4.18 Regional udvikling

Den samlede ramme til regional udvikling udgør 901,0 mio. kr. i 2012 og 893,0 mio. kr. i 2013, 2014 og 2015.

Baggrunden for reduktionen af den økonomiske ramme er konsekvensen af økonomiaftalen vedrørende 2011 mellem regeringen og Danske Regioner. Heraf fremgår det, at regionerne skal gennemføre besparelser for 12 mio. kr. i 2011, 25 mio. kr. i 2012 og 50 mio. kr. i 2013 med fokus på administrative udgifter. Disse beløb er herefter fratrukket regionernes bloktilskud. Det svarer til en besparelse på ca. 0,5 pct. i 2011 stigende til ca. 1,75 pct. fra 2013.

Det regionale udviklingsområde skal hvile i sig selv, hvilket betyder, at områdets finansiering er øremærket til aktiviteter og administration i relation til dette område. I budgetforslaget, jf. tabellen herunder, er der tilvejebragt balance mellem indtægter og omkostninger.

Regional udvikling inklusiv fordeling af over/underskud

Mio. kr. 2012-priser	B 2012	B 2013	B 2014	B 2015
Statsligt bloktilskud	-695,3	-687,3	-687,3	-687,3
Kommunalt udviklingsbidrag	-205,7	-205,7	-205,7	-205,7
Aktivitetsmidler - omkostninger	882,6	874,6	874,6	874,6
Direkte administration*	0,0	0,0	0,0	0,0
Indirekte administration	18,4	18,4	18,4	18,4
Årets resultat	0,0	0,0	0,0	0,0

* Udgifter til direkte administration er flyttet fra administrations bevillingen til aktivitetsbudgettet.

I budgetforslaget er videreført de administrative besparelser på 1,5 pct., som blev indarbejdet i budget 2011-14 som følge af økonomiaftalen vedrørende 2011 mellem regeringen og Dansk Regioner. Herudover er det forudsat, at udgifterne til den kollektive trafik fastsættes i overensstemmelse med bestillingen af trafik hos Movia for 2012. I budgetforslag 2012 og de følgende år er Movias budgetforslag over udgifter og indtægter ved uændret trafik indarbejdet. Movia har i sit budgetforslag indarbejdet en årlig administrativ besparelse på 1 pct. i 2012-14.

Endelig er der i budgetforslaget for øvrig regional udvikling under uddannelse og kultur indarbejdet en udgift på 12,5 mio. kr. årligt i årene 2012-15 - i alt 50 mio. kr. i perioden - til et udviklingsbidrag til en multiarena i København. Der er tale om en "opsparing" i de kommende 4 år til en udgift, der forventes at udløse udbetalinger i årene 2015-19 med 10 mio. kr. årligt. Der forventes forelagt en mødesag herom i regionsrådet i efteråret 2011. Forinden har sagen været forelagt Vækstforum Hovedstaden til udtalelse. Det vurderes, at der i løbet af processen, når forudsætningerne er kendte, kan være behov for at indhente en udtalelse fra tilsynsmyndigheden, Statsforvaltningen for Region Hovedstaden, idet projektet har en tidshorisont ud over 3 år, og midlerne desuden udløses flere år frem i tiden.

Budgettet til de øvrige udgiftsområder er herefter fordelt forholdsmæssigt på samme måde som i budget 2011. Da der i 2012 kommer en betydelig efterre-

gulering (tilbagebetaling) fra Movia vedrørende 2010, er budgettet højere for de øvrige områder i 2012 end i overslagsårene. For 2013-15 er der ikke budgetteret med tilbagebetaling. Derfor er budgettet i disse år lavere end i 2012 for alle andre områder end kollektiv trafik.

Regionsrådet tiltrådte den 22. marts 2011, at Region Hovedstaden kan indgå en aftale med kommunerne i letbanesamarbejdet og staten om etablering af en letbane i Ring 3 mellem Lundtofte og Ishøj, hvor Region Hovedstaden bidrager med et tilskud på 975 mio. kr. svarende til 26 pct. af den samlede anlægsudgift. Finansieringen af Region Hovedstadens andel forventes fordelt med 15 pct. selvfinansiering og 85 pct. lånefinansiering med en tilbagebetaling over 40 år. Regionsrådet har efterfølgende tiltrådt, at regionens selvfinansiering på 15 pct. svarende til 146 mio. kr. kan ske gennem et internt lån fra kassen til en markedsbaseret rente og med en tilbagebetaling over 40 år svarende til den forventede afskrivningsperiode.

Den årlige ydelse på lånefinansiering og tilbagebetalingen af det interne lån forventes tilsammen at udgøre 53,6 mio. kr., som finansieres via budgettet for regional udvikling. I aftalen med kommunerne er forudsat, at regionens bidrag først kommer til udbetaling fra 2019, hvorfor bidraget ikke er indarbejdet i budgetforslaget for 2012-15.

Letbanesamarbejdets kommunale og regionale parter i aftalen har forpligtet hinanden til at arbejde for, at Letbanen som en etape 2 videreføres til Brøndby Strand og Avedøre Holme, når der er indgået en aftale med staten om etape 1. Dette vil i givet fald indebære en finansiell medvirken af alle parter i begge etaper, som vil tage udgangspunkt i den samme fordelingsnøgle, som aftalt for etape 1.

Bevillinger under regional udvikling

Det regionale udviklingsområde er et omkostningsbaseret område og består af de fire bevillingsområder:

- Kollektiv trafik,
- Erhvervsudvikling,
- Miljø,
- Øvrig regional udvikling.

De omkostningsbaserede bevillinger for de fire aktivitetsområder fremgår af nedenstående tabel.

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Kollektiv trafik	458,8	449,6	479,3	479,8	482,9
Erhvervsudvikling	126,0	129,3	118,4	118,2	117,3
Miljøområdet	135,1	175,3	160,9	160,7	159,5
Øvrig regional udvikling	84,6	128,7	116,4	116,2	115,3
Omkostningsbevilling i alt	804,5	882,9	875,0	875,0	875,0
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4.18.1 Kollektiv trafik

Regionen yder ifølge lov om trafikselskaber tilskud til trafikselskabet Movia. Regionen finansierer de regionale busruter og lokalbanerne i regionen og dækker sammen med Region Sjælland selskabets administrative udgifter. Udgifter til lokale busruter og handicapkørsel afholdes af kommunerne.

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde kollektiv trafik					
Lønudgifter					
Øvrige driftsudgifter	497,8	489,6	519,3	519,8	522,9
Driftsudgifter i alt	497,8	489,6	519,3	519,8	522,9
Indtægter	-39,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
Nettodriftsudgifter kollektiv trafik	458,8	449,6	479,3	479,8	482,9
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspensioner	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsbevilling	458,8	449,6	479,3	479,8	482,9
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Regionens nettoudgifter på de enkelte trafikområder fordeler sig således:

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde kollektiv trafik					
Regionale busruter	80,0	85,0	85,5	86,9	87,1
Lokalbaner	113,3	119,8	120,4	121,3	121,6
Fællesudgifter	251,5	259,3	259,4	257,6	260,2
Tilskud til investeringer	39,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Udgifter til pensioner	23,9	14,0	14,0	14,0	14,0
Statstilskud til investeringer	-39,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
Regulering for tidl. år	-9,9	-28,5	0,0	0,0	0,0
Nettodriftsudgifter kollektiv trafik	458,8	449,6	479,3	479,8	482,9

Budgettet er baseret på det af Movias administration fremlagte budgetforslag til 1. behandling, som bestyrelsen har behandlet i juni 2011. Budgetforslaget er baseret på regioners og kommuners bestillinger for 2012 og de generelle budgetforudsætninger for den kollektive trafik. Heri indgår forventninger til driftsudgifter og passagertal. For de regionale bussers og baners vedkommende er passagerudviklingen positiv især på baneområdet, hvor der regnes med en fremgang i forhold til 2011 på 10 pct.

Regionsrådet har besluttet, at driften på buslinjer og lokalbaner udføres uændret i 2012 i forhold til 2011 og inden for en uændret økonomisk ramme. Dog oprettes der inden for rammen som et tre-årigt forsøg en ny linje 310R mellem Frederikssund og Farum som afløser for den regionale linje 308 og den kommunale linje 309E. Dette sker i samarbejde med Frederikssund, Allerød og Farum Kommuner.

I samarbejde med Gladsaxe Kommune arbejdes der på at skabe grundlag for en omlægning af den regionale linje 400/400S for at få en bedre betjening af

erhvervsområderne i Bagsværd. I givet fald vil dette kunne ske uden merudgifter for regionen fra efteråret 2012.

Der er indarbejdet et tilskud til investeringer vedrørende lokalbanerne på i alt 40 mio. kr. svarende til det forventede statslige tilskud til regionen.

Leasingudgiften til togmateriel finansieres af statstilskuddet. Til investeringer i lokalbanerne i 2012-15 vil leasingudgiften udgøre 27,2 mio. kr. Herudover vil der være udgifter til et nyt radiosystem til lokalbanerne på godt 14 mio. kr. i årene 2011-2014, heraf 5,7 mio. kr. i 2012. Uforbrugte anlægsmidler vil blive overført til næste budgetår.

Hidtil har regionen fået et direkte statstilskud til dækning af pensionsudgifter for tidligere tjenestemænd ved lokalbanerne. Fra 2011 er dette tilskud omlagt og blevet en del af bloktilskuddet. Der er afsat et budget på 14,0 mio. kr. til udgiften til pensioner svarende til de forventede udgifter.

4.18.2 Erhvervsudvikling

Den omkostningsbaserede bevilling i 2012 udgør 129,3 mio. kr. I overslagsårene er tilskuddet reduceret dels i forhold til den generelle bloktilskudsreduktion, dels i forhold til, at der ikke er budgetteret med tilbagebetaling for kollektiv trafik.

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde Erhvervsudvikling					
Lønudgifter					
Øvrige driftsudgifter	126,0	129,3	118,4	118,2	117,3
Driftsudgifter i alt	126,0	129,3	118,4	118,2	117,3
Indtægter					
Nettodriftsudgifter erhvervsudvikling	126,0	129,3	118,4	118,2	117,3
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspensioner	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsselementer i alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsbevilling	126,0	129,3	118,4	118,2	117,3
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Med de to erhvervsorganisationer Wonderful Copenhagen og Copenhagen Capacity er der indgået resultatkontrakter og aftale om driftstilskud for en tre-årig periode - 2011-2013, og i 2012 er driftstilskuddet aftalt til 67 mio. kr.

I december 2010 blev Vækstforums nye erhvervsudviklingsstrategi 2011-2013, Hovedstaden – Nordeuropas grønne innovative vækstmotor, vedtaget. Sammen med strategien er der vedtaget et idékatalog med 22 projektforslag. De første projekter er indstillet af Vækstforum og godkendt af regionsrådet, og de øvrige projektforslag vil i de kommende 1-1½ år blive videreudviklet og bragt frem til ansøgninger til Vækstforum. Midlerne på erhvervsområdet forventes anvendt til medfinansiering af ovennævnte projekter, ofte i samfinansiering med andre puljer som EU's strukturfonde eller statslige puljer.

Da mange af Vækstforums projektforslag er store flerårige satsninger, er der derudover disponeret midler til projekter indstillet og godkendt af Vækstforum/regionsrådet frem til 2009, idet der blev aftalt pause for nye projekter i 2010, hvor Vækstforum koncentrerede sig om at udarbejde den nye erhvervsudviklingsstrategi.

4.18.3 Miljø

Budget 2012 udgør som omkostningsbaseret bevilling 175,3 mio. kr.

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde miljø					
Lønudgifter	0,0	31,3	31,3	31,3	31,3
Øvrige driftsudgifter	134,8	143,8	129,3	129,1	127,9
Driftsudgifter i alt	134,8	175,0	160,6	160,4	159,2
Indtægter					
Nettodriftsudgifter miljø	134,8	175,0	160,6	160,4	159,2
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspensioner	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Omkostningselementer i alt	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Omkostningsbevilling	135,1	175,3	160,9	160,7	159,5
Investeringsramme					
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fordelt på aktiviteter foreslås afsat følgende udgiftsbudget.

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde miljø					
Jordforurening	132,9	136,5	122,1	121,9	120,7
Råstoffer	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0
Administration	0,0	36,6	36,6	36,6	36,6
Nettodriftsudgifter miljø	134,8	175,0	160,6	160,4	159,2

Jordforurening

Den altovervejende del af udgifterne på miljøområdet går til jordforureningsområdet, hvor regionen har til opgave at kortlægge og undersøge kilder til forurening samt rydde op på forurenede grunde af hensyn til drikkevandet og den konkrete anvendelse af de forurenede grunde.

Udgiftsbudgettet udgør 136,5 mio. kr.

Øvrige miljøområde

Udover jordforurening har regionen en række mindre opgaver på miljøområdet, hvor der foreslås afsat i alt 2,0 mio. kr. Opgaverne omfatter bl.a. kortlægning af råstofforekomster samt indvindingsområder i en råstofplan.

Administration

Administrationen af det regionale udviklingsområde er teknisk ændret fra tidligere at være en del af administrations-bevillingen til at være en del af

aktivitetsbudgettet. For miljøområdet er der i alt budgetteret med 36,6 mio. kr. til administration (Koncern Miljø). Dette svare uændret til niveauet i budget 2011.

4.18.4 Øvrig regional udvikling

Den omkostningsbaserede bevilling udgør 128,7 mio. kr. i 2012.

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde øvrig regional udvikling					
Lønudgifter	0,0	22,7	22,7	22,7	22,7
Øvrige driftsudgifter	84,6	106,0	93,7	93,6	92,6
Driftsudgifter i alt	84,6	128,7	116,4	116,2	115,3
Indtægter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nettodriftsudgifter øvrig regional udvikling	84,6	128,7	116,4	116,2	115,3
Forskydning i hensættelse til feriepenge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hensættelse til tjenestemandspensioner	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lagerforskydning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningselementer i alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omkostningsbevilling	84,6	128,7	116,4	116,2	115,3
Investeringsramme					
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Bevillingsområde øvrig regional udvikling					
<i>Uddannelse og kultur</i>					
Udviklingstilskud til uddannelsesområdet	24,8	26,2	24,5	23,3	23,4
Udviklingstilskud SoSu	7,7	7,8	7,8	7,8	7,8
Kulturinitiativer	8,2	8,4	8,4	8,4	8,4
Begivenheder, multiarena	0,0	12,5	12,5	12,5	12,5
<i>I alt uddannelse og kultur</i>	<i>40,6</i>	<i>55,0</i>	<i>53,3</i>	<i>52,1</i>	<i>52,2</i>
<i>Internationalt arbejde</i>					
Øresundskomiteen, inkl. teknisk bistand til Interreg	5,9	6,1	6,1	6,1	6,1
Oplysningsvirksomhed, samarbejde og EU	9,1	9,3	9,0	8,7	8,7
<i>I alt internationalt arbejde</i>	<i>15,0</i>	<i>15,3</i>	<i>15,1</i>	<i>14,8</i>	<i>14,8</i>
<i>Den regionale udviklingsplanlægning</i>					
Udviklingsprojekter, herunder infrastruktur, uddannelse og klima / natur m.m.	26,5	31,6	21,3	22,7	21,6
<i>I alt til den regionale udviklingsplanlægning</i>	<i>26,5</i>	<i>31,6</i>	<i>21,3</i>	<i>22,7</i>	<i>21,6</i>
<i>Fælles aktivitets pulje</i>	<i>2,5</i>	<i>2,6</i>	<i>2,6</i>	<i>2,6</i>	<i>2,6</i>
<i>Administration</i>	<i>0,0</i>	<i>24,2</i>	<i>24,2</i>	<i>24,2</i>	<i>24,2</i>
Nettodriftsudgifter øvrig regional udvikling	84,6	128,7	116,4	116,2	115,3

Uddannelse og kultur

Regionen har koordinerende opgaver på ungdomsuddannelsesområdet og på området for grundlæggende almene voksenuddannelser, hvor regionen koordinerer indsatsen for at skabe gode og tilgængelige uddannelsestilbud i regionen.

Regionsrådet kan yde udviklingstilskud til almene ungdoms- og voksenuddannelser for at understøtte den regionale udviklingsplan. Budgetforslag 2012 for uddannelsesområdet er på i alt 34 mio. kr. til udviklingstilskud i relation til ungdoms- og voksenuddannelsesområdet og social- og sundhedsassistentuddannelsesområdet mv.

Der vil i første halvdel af 2012 blive igangsat nye projekter og initiativer i forlængelse af den gældende regionale udviklingsplan og handlingsplanen. Den nye regionale udviklingsplan forventes endeligt godkendt juni 2012, og samtidig forventes en ny regional uddannelsesstrategi godkendt. Den skal bruges til at udmønte udviklingstilskud til uddannelsesprojekter. Der forventes i forlængelse af den nye regionale udviklingsplan og uddannelsesstrategi igangsat nye projekter eller initiativer, som skal realiseres med bl.a. de regionale udviklingsmidler og midler fra EU's Socialfond. Desuden forventes det, at Vækstforum Hovedstadens task force for erhvervsuddannelser kommer med forslag til konkrete projekter, der igangsættes i 2012 og realiseres med bl.a. regionale udviklingsmidler.

Regionen har mulighed for at medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift. Kultur forstås i denne sammenhæng bredt og omfatter således fx også forskellige former for begivenheder til profilering af regionen.

De regionale kulturmidler skal anvendes til medfinansiering af store begivenheder på højt niveau inden for rammerne af den begivenhedsstrategi for hovedstadsregionen, der er udarbejdet i dialog med kommuner og begivenhedsarrangører.

Til kulturinitiativer er afsat 8,4 mio. kr. i 2012. Af de regionale midler er der øremærket 2 mio. kr. til rytmisk musik og moderne kunst. Arrangementer, der er nyskabende og har samarbejdsflader på tværs af regionen, bliver prioriteret.

Begivenheder - multiarena

Københavns Kommune, Realdania og By & Havn planlægger at bygge en multiarena i Ørestaden i et fælles arenaselskab. Den samlede anlægspris på arenaen vil beløbe sig til ca. 1 mia. kr. De tre parter i arenaselskabet forventes hver at skyde 200 mio. kr. i selskabet. Driften sendes i udbud med henblik på at finde en egnet operatør.

Københavns Kommune har henvendt sig til regionen med en anmodning om partnerskab om multiarenaen og et bidrag på i alt 50 mio. kr. Dette partnerskab vil kunne realiseres ved at regionen for det første sparer midlerne op ved at afsætte 12,5 mio. kr. om året i perioden 2012-2015. Derefter vil regionen, når multiarenaen som forventet står færdig i 2015, kunne sætte 50 mio. kr. i offentligt udbud inden for rammen af de regionale kulturmidler. Udbuddet kan omhandle udviklingsbidrag til afholdelse af store internationale begivenheder i en multiarena i perioden fra 2015-2019 (10 mio. kr. om året).

Internationalt samarbejde

Ifølge lovgivningen kan regionerne deltage i internationale samarbejder. Region Hovedstaden har på dansk side ansvaret for Øresundssamarbejdet og deltager derudover bl.a. i det såkaldte STRING-samarbejde, som omfatter Øresundsregionen, Slesvig-Holsten samt Hamborg.

Til Øresundssamarbejdet og STRING-samarbejdet mv. afsættes 15,3 mio. kr. i 2012. Heraf anvendes midler til:

- o Øresundskomiteen: 6,1 mio. kr. i 2012 inkl. teknisk assistance til Interreg IV.
- o Øvrige Øresundsaktiviteter (bl.a. Øresunddirekt), EU-kontor og internationale projekter (STRING), i alt 9,2 mio. kr.

Området Øresund/internationalt samarbejde omfatter regionens udgifter til Øresundskomiteen inkl. teknisk assistance til det nye EU Interreg-program. Herudover finansieres to større analyse- og infrastrukturprojekter: Ørestat og STRING Grønne Korridorer, som forventes medfinansieret af Interreg. Dertil medfinansierer Region Hovedstaden fortsat det fælles EU-kontor – creo.dk - med Københavns Universitet og DTU med 2 mio. kr.

Til videreudvikling af øresundsregionale og internationale samarbejder forventes igangsat en række initiativer:

- Som led i udviklingen af STRING samarbejdet etableres et fælles sekretariat finansieret af parterne i fællesskab. Endvidere forventes der udviklet yderligere fælles samarbejdsprojekter inden for eksempelvis forskningsområdet.
- Hvad angår Øresunddirekt arbejdes der på at etablere en fælles dansk-svensk organisering med nordisk, statslig og regional medfinansiering fra 2012 og fremefter.
- I regi af Øresundskomiteen arbejdes der på udmøntning af ØRUS – Øresundsregionale Udviklingsstrategi.

Den regionale udviklingsplanlægning

Regionsrådet vedtog i juni 2009 Handlingsplan for RUP med 16 konkrete initiativer inden for infrastruktur, uddannelse og natur/miljø. Der er igangsat et antal projekter inden for de tre temaområder i den gældende regionale udviklingsplan, og der forventes i løbet af 1. halvdel af 2012 at blive igangsat nye initiativer i samarbejde med kommunerne og statslige myndigheder mm.

Regionsrådet forventes i juni 2012 at godkende en ny regional udviklingsplan med fire temaer: Infrastruktur, erhverv og internationalisering, uddannelse samt klima og bæredygtighed. Som led i udarbejdelse af temaet om klima og bæredygtighed udarbejdes i henhold til aftale med KKR Hovedstaden en selvstændig klimastrategi.

Initiativerne på de fire temaer i den kommende RUP 2.0 kan være i form af enten analyser, der bibringer ny viden om konkrete problemstillinger; pilotprojekter, der bidrager til udvikling af nye løsninger eller afprøver nye samarbejdsformer; etablering af faglige netværk eller initiativer, der bidrager til kompetenceudvikling. Regionen medfinansierer højst halvdelen af initiativet. Den øvrige del af finansiering kommer fra de deltagende parter, staten og andre aktører.

Endelig er der øremærket 7,5 mio. kr. til uddeling af op til fem Global Excellencepriser i 2012.

De samlede udgifter til den regionale udviklingsplanlægning foreslås at udgøre 31,6 mio. kr. i 2012.

Fælles aktivitetspulje

I budgetforslaget er afsat en administrativ ramme på 2,6 mio. kr. til en række tværgående formål såsom den generelle overvågningsopgave for regionens vækstvilkår og benchmarking, konsulentbistand til mindre analyser, deltagelse i det nationale RegLab-samarbejde etc. Puljen er videreført uændret i forhold til budget 2011.

Administration

Administrationen af det regionale udviklingsområde er teknisk ændret fra tidligere at være en del af administrations-bevillingen til at være en del af aktivitetsbudgettet. For Regional udvikling ud over miljøområdet er der i alt budgetteret med 24,2 mio. kr. til administration (Koncern Regional Udvikling). Budgettet er placeret under Øvrig regional udvikling og svarer uændret til niveauet i budget 2011.

4.19 Administration - fællesudgifter

Udgifts- og omkostningsbevillinger - Administration

Mio. kr., 2012-priser	B 2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Lønudgifter	594,1	548,3	547,4	547,4	547,4
Øvrige driftsudgifter	1.191,6	1.177,5	1.177,5	1.177,5	1.177,5
Driftsudgifter i alt	1.785,7	1.725,8	1.724,9	1.724,9	1.724,9
Indtægter	-711,9	-720,9	-720,9	-720,9	-720,9
Nettodriftsudgifter	1.073,8	1.004,9	1.004,0	1.004,0	1.004,0
Forskydning i hensættelse til feriepenge	3,5	8,0	8,0	8,0	8,0
Hensættelse til tjenstemandspension	6,8	5,0	5,0	5,0	5,0
Udgifter til tjenstemandspension	-92,3	-140,6	-140,6	-140,6	-140,6
Afskrivninger	12,8	17,2	17,2	17,2	17,2
Omkostningselementer i alt	-69,3	-110,4	-110,4	-110,4	-110,4
Omkostningsbevilling	1.004,5	894,5	893,6	893,6	893,6
Investeringsramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Opgaver

Dette bevillingsområde omfatter en række fælles udgiftsområder for regionen, f.eks. barselsfond og udgifter til pensionerede tjenstemænd. Herudover indgår udgifter til regionens centrale administration.

Administrationens opgave er at understøtte den politiske styring, ledelse og udvikling af Region Hovedstaden, herunder bistå regionsråd og forretningsudvalg med udformning af forslag til strategier og politikker. Administrationen skal endvidere bidrage til at sikre en koordineret og helhedsorienteret indsats, som sikrer samspil mellem den politiske ledelse og regionens virksomhedsområder. Som led heri indgår tillige samarbejde med regionens eksterne samarbejdspartnere som kommuner, stat, øvrige regioner, højere læreanstalter og erhvervsvirksomheder.

Administrationen bistår de brugerrettede virksomhedsområder med at levere en effektiv service af højst mulige kvalitet. Dette sker i tæt samarbejde med virksomheder og institutioner.

Grundlag for det administrative budget

Udgangspunktet for budget 2012 er det oprindelige budget 2011 tillagt permanente ændringer, som er godkendt i økonomirapporterne og herefter opregnet til 2012 pris- og lønniveau.

Administrationsbudget 2012 er i økonomirapporterne forhøjet permanent med 8,5 mio. kr. ved nettoflytning primært fra sundhedsområdet/fælles til administrationsområdet.

I alt er budgettet – ud over korrektioner i økonomirapporterne for 2011 – reduceret med netto 99,4 mio. kr.

Budgettet er reduceret med 115,1 mio. kr., svarende til administrationsbudgetterne for stabene vedrørende miljø, regional udvikling og praksis-området, som er lagt ud under de respektive områders aktivitetsbevillinger. Områderne var under administrationsbevillingen at betragte som direkte henførbare administrationsudgifter i fordelingsregnskabet til kasserne sundhed og regional udvikling. De resterende budgetter under de direkte henførbare områder er ikke medtaget i ændringerne, da de vedrører de kommende tværgående virksomheder, hvor den endelige fordeling af budgetterne ikke er afsluttet.

Budgettet forhøjes med 14 mio. kr. til dækning af forventede merudgifter til tjenestemandspensioner og 4 mio. kr. til de driftsmæssige konsekvenser i 2012 af implementeringen af det nye økonomi-, indkøbs- og logistiksystem (Reflex). Der overføres netto 1,3 mio. kr. fra puljen vedr. byggeorganisation under sundhedsområdet/fælles til medfinansiering af den nyoprettede koncernprojektstab vedrørende koordinering af kvalitetsfondsprojekterne mv.

Der er herudover indarbejdet besparelser på de administrative funktioner på 4,6 mio. kr. som konsekvens af Projekt Administrativ Organisering, mens der afsættes 1,0 mio. kr. til drift af system vedr. e-rekruttering.

Oversigt over ændringer fra oprindeligt budget 2011 til budget 2012

Oprindeligt budget 2011 i 2012 priser, mio. kr.	1.095,8
Ændringer i økonomirapporter	8,5
Overførsel af stabe til aktivitetsområderne	-115,1
Tjenestemandspensioner	14,0
Flerårskonsekvenser, drift af Reflex-systemet	4,0
Besparelser på Koncernstabenes administration	-4,6
E-rekruttering, drift af system	1,0
Tilførsel fra Sund fælles til den nye projektstab mv.	1,3
	1.004,9

Det samlede administrationsbudget for 2012 udgør 1.004,9 mio. kr., og den samlede bevilling udgør 894,5 mio. kr. inklusive omkostningselementerne, som medfører en reduktion i forhold til udgiftsbudgettet på 110,4 mio. kr.

Det samlede administrative budget indeholder ud over udgifter til løn til medarbejdere m.v. i administrationen også en række fælles udgiftsområder.

Det drejer sig om forsikringsområdet, herunder risikostyringstiltag samt mæglerbistand, udgifter i forbindelse med den politiske organisation, budget til it-systemer så som lønsystemer, økonomi- og indkøbssystemer, barselsfond til udligning af udgifter på området mellem Region Hovedstadens virksomheder, udgifter til tjenestemænd, husleje mv. til administrationsbygninger og kontingentet til Danske Regioner etc.

Oversigt over større udgiftsposter indeholdt i administrationsbudgettet

Bruttoudgifter, 2012 priser, mio. kr.	1.726
Tjenestemandspensioner til fratrådte før 1.1.2007 m.v	-721
Nettoudgifter	1.005
Heraf:	
Lønudgifter	336
Barselsfond	212
It-systemer, bl.a. økonomi- og løn systemer	95
Koncern IT- driftsudgifter	45
Tjenestemandspensioner til dem, som fratræder efter 1.1.2007	141
Forsikringspræmier	41
Kontingent til Danske Regioner	36
Administrationsbygninger	27
Lederudvikling, centrale overenskomstmidler mv.	15
Revision	7
Politikerkonti	16
I alt større poster	971

Fordeling af administrationsbudgettet mellem regionens tre aktivitetsområder

På administrationsområdet opdeles omkostningsbevillingen på de tre aktivitetsområder: Sundhed, social- og specialundervisning samt regional udvikling. Omkostningsbevillingen opdeles i et beløb, der kan henføres direkte til det enkelte aktivitetsområde og et beløb, som er fordelt ud fra en fordelingsnøgle, svarende til de tre aktivitetsområders budgetsummer.

25 pct. svarende til 222,6 mio. kr. af administrationsbudgettet kan henføres direkte til sundhed. Dette er en reduktion i forhold til 2011, da stabene vedrørende miljø, regional udvikling og praksis-området som tidligere anført er overført til de respektive aktivitetsområder.

75 pct. svarende til 671,9 mio. kr. af administrationsbudgettet kan kun indirekte henføres til områderne. Sundhedsområdet tildeles 636,2 mio. kr., mens social- og specialundervisningsområdet samt det regionale udviklingsområde tildeles henholdsvis 17,2 og 18,4 mio. kr. Denne del af administrationsomkostningerne er et udtryk for, hvor meget de tre områder trækker på den fælles administration i koncernstabene.

Fordelingen af administrationsbevillingen på de tre aktivitetsområder kan specificeres således:

Mio. kr.	Udgifts- bevilling	Forskydning i hensættelse af feriepenge	Af- og ned- skrivninger	Udgift til tjeneste- mands- pensioner	Hensættelse til tjeneste- mands- pensioner	Lagerfor- skydning	Omkost-nings bevilling
Direkte henførbare i alt	222,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	222,6
Direkte henførbare sundhedsområdet	222,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	222,6
Direkte henførbare socialområdet	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Direkte henførbare regional udvikling	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fællesadministration (hkt. 4) til fordeling:	782,3	8,0	17,2	-140,6	5,0	0,0	671,9
Indirekte henførbare sundhedsområdet	740,7	7,6	16,3	-133,1	4,7	0,0	636,2
Indirekte henførbare socialområdet	20,1	0,2	0,4	-3,6	0,1	0,0	17,2
Indirekte henførbare regional udvikling	21,4	0,2	0,5	-3,9	0,1	0,0	18,4
I alt til sundhedsområdet	963,4	7,6	16,3	-133,1	4,7	0,0	858,8
I alt til social- og specialundervisning	20,1	0,2	0,4	-3,6	0,1	0,0	17,2
I alt til regional udvikling	21,4	0,2	0,5	-3,9	0,1	0,0	18,4
I alt	1.004,9	8,0	17,2	-140,6	5,0	0,0	894,5

På administrationsområdet afholdes regionens samlede udgifter til tjenestemænd, som er gået på pension. Ved opgørelse af omkostningsbevillingen skal denne fratrækkes, og erstattes af årets hensatte beløb til tjenestemandspensioner. Afskrivninger på anlægsaktiver består af afskrivninger på administrationsbygninger til regionshovedsædet samt øvrige anlægsaktiver, som ikke kan henføres direkte til et af de tre aktivitetsområder.

5. Investeringsbudget

Der er i aftalen mellem regeringen og Danske Regioner afsat finansiering ved bloktilskud til et samlet niveau for anlægsinvesteringer på sundhedsområdet på i alt 3.300 mio. kr. for regionerne. Heraf skal regionerne hensætte 1.022 mio. kr. til medfinansiering af projekter med tilsagn fra den statslige kvalitetsfond, og der afsættes en central pulje på 50 mio. kr. til sundheds-it på Finansloven. Endelig tilvejebringes 300 mio. kr. via en låne- og deponeringsfritagelsespulje, der administreres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Puljen skal bl.a. fremme anvendelsen af offentligt-privat samarbejde (OPP).

Investeringsbudgettet på sundhedsområdet i 2012 tager udgangspunkt i regionens andel af 2.950 mio. kr., som udgøres af de 3.300 mio. kr. fratrasket puljen på 50 mio. kr. til sundheds-it og den nævnte låne- og deponeringsfritagelsespulje på 300 mio. kr.

Det giver en ramme til regionen på 926 mio. kr. Heraf skal Region Hovedstaden hensætte 321 mio. kr. til medfinansiering af projekter med tilsagn fra kvalitetsfonden.

Investeringsbudgettet på sundhedsområdet kan således overordnet opdeles i udgifter til kvalitetsfundsprojekter og udgifter til øvrige projekter.

Investeringsbudget 2012-2015

Mio. kr., 2012-priser	BF2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Kvalitetsfundsprojekter	240	650	1.170	1.910
Øvrige projekter	937	775	1.127	849
Udgifter i alt	1.177	1.425	2.297	2.759

Byggeprojekter med støtte fra den statslige kvalitetsfond

Der er i den statslige kvalitetsfond til støtte af nye sygehusbyggerier i regionerne afsat i alt 41,4 mia. kr. (09-pl). Finansiering af byggeprojekterne fordeles mellem en statslig finansiering på 24,75 mio. kr. og en regional egenfinansiering på 16,65 mia. kr.

Region Hovedstaden har modtaget forhåndstilsagn på samlet 12,85 mia. kr. (09-pl) til gennemførelse af seks konkrete projekter. Regionen har i juni 2011 modtaget endeligt tilsagn vedrørende projektet på Rigshospitalet.

De 12,85 mia. kr. tilvejebringes ved en forventet statslig medfinansiering på 7,68 mia. kr. og regionens egenfinansiering på 5,17 mia. kr. Af regionens egenfinansiering vil 3,56 mia. kr. kunne forventes at skulle tilvejebringes gennem opsparede midler fra bloktilskud (deponering) og 1,61 mia. kr. vil kunne tilvejebringes gennem lånefinansiering.

De seks projekters samlede investeringsramme og tidsplan for ansøgning om endeligt tilsagn til ekspertpanelet er som følger:

- Etablering af Nordfløj på Rigshospitalet – samlet investeringsramme 1,85 mia. kr. – endeligt tilsagn er meddelt i juni 2011
- Ud- og ombygning på Herlev Hospital – samlet investeringsramme 2,25 mia. kr. – ansøgning til ekspertpanelet forventes ultimo 2011
- Ud- og ombygning af Hvidovre Hospital – samlet investeringsramme 1,45 mia. kr. – ansøgning til ekspertpanelet forventes medio 2012
- Udbygning af retspsykiatrien på Psykiatrisk Center Sct. Hans – samlet investeringsramme 0,55 mia. kr. – ansøgning til ekspertpanelet forventes primo 2012
- Fusion af Frederiksberg Hospital og Bispebjerg Hospital til et nyt hospital på Bispebjerg Bakke – samlet investeringsramme 2,95 mia. kr. – ansøgning til ekspertpanelet forventes primo 2013
- Fusion af Helsingør Hospital, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital på et nybygget hospital ved Hillerød – samlet investeringsramme 3,8 mia. kr. – ansøgning til ekspertpanelet forventes i 2014.

Det forventes at der i perioden 2012-2015 vil være udgifter til projekterne som angivet nedenfor, dvs. 240 mio. kr. i 2012 stigende til 1.910 mio. kr. i 2015.

Udgiftsbehovet er opgjort efter de foreliggende tidsplaner, der løbende tilpasses i takt med at projekterne kvalificeres yderligere.

Kvalitetsfondsprojekter 2012-2015

Mio. kr., 2012-priser	BF2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Nyt Hospital Herlev	69	130	320	470
Udarbejdelse af byggeprogram	14			
Rådighedsbeløb, øvrige udgifter	55	130	320	470
Nyt Hospital Nordsjælland	36	60	60	200
Idéoplæg og placering	9			
Rådighedsbeløb, øvrige udgifter	27	60	60	200
Nyt byggeri ved Rigshospitalet	90	310	430	550
Rådighedsbeløb	90	310	430	550
Nyt Hospital Hvidovre	15	80	210	440
Rådighedsbeløb	15	80	210	440
Nybyggeri ved Psykiatrisk Center Sct. Hans	10	30	30	130
Rådighedsbeløb	10	30	30	130
Nyt Hospital Bispebjerg	20	40	120	120
Rådighedsbeløb	20	40	120	120
Udgifter i alt	240	650	1.170	1.910
Statslig finansiering	150	406	731	1.194
Regional egenfinansiering	90	244	439	716
Finansiering i alt	240	650	1.170	1.910

Udgifterne forudsættes tilvejebragt ved udbetaling af midler fra kvalitetsfonden samt ved regional egenfinansiering, dvs. ved de deponerede midler samt ved låntagning.

Midler fra kvalitetsfonden kan dog først udbetales, når der foreligger et endeligt tilsagn til det enkelte projekt. På budgetteringstidspunktet foreligger tilsagn om tilskud til etablering af Nordfløj på Rigshospitalet.

Såfremt der ikke opnås endeligt tilsagn til et projekt, vil de anførte udgifter skulle finansieres ved træk på regionens kassebeholdning.

I de ovenstående udgifter indgår to bevillinger godkendt i 2011 til henholdsvis udbygningen af Herlev Hospital og til idéoplæg vedrørende Nyt Hospital Hillerød. Bevillingen til Herlev Hospital udgør 43 mio. kr., heraf 14 mio. kr. i 2012, og omfatter totalrådgivning, bygherrerådgiver og bygherreomkostninger i forbindelse med udarbejdelse af byggeprogram mv. Bevilling til Hillerød Hospital, heraf 9 mio. kr. i 2012, udgør 18 mio. kr. til det videre arbejde med udarbejdelse af ideoplæg og placering.

Øvrige projekter

Som nævnt ovenfor giver økonomiaftalen for 2012 Region Hovedstaden en ramme på 926 mio. kr. Heraf skal regionen hensætte 321 mio. kr. til medfinansiering af projekter med tilsagn fra kvalitetsfonden.

Derudover afsættes 144 mio. kr., som tilvejebringes ved frigivelse af depone-rede NESA-midler samt likviditetstræk på 161 mio. kr. og lånoptagelse vedrørende energiinvesteringer på 27 mio. kr.

Det giver en investeringsramme på 937 mio. kr. i 2012 til investeringsprojekter på sundhedsområdet bortset fra kvalitetsfondsprojekterne.

Investeringsbudget 2012 - 2015, Sundhedsområdet				
Mio. kr. - 2012-priser	2012	2013	2014	2015
Bloktilskud	926	926	926	926
NESA-midler	144	76		
Likviditetstræk (godkendte sager)	145	25		
Budgettilpasning (yderligere likviditetstræk)	16	68	518	244
Lånoptagelse (energiinvesteringer)	27	2	4	
Hensættelser til medfinansiering af kvalitetsfondsprojekter	-321	-321	-321	-321
I alt, Rådighedsbeløb, Sundhedsområdet	937	775	1.127	849

I budgetoverslagsårene 2013 – 2015 budgetteres med uændret bloktilskudsfinansiering og hensættelse vedrørende kvalitetsfondsprojekter. Derudover vil der være frigivelse af NESA-midler på 76 mio. kr. i 2013. Endelig forudsættes et likviditetstræk i 2013 på 92 mio. kr., 518 mio. kr. i 2014 og 244 mio. kr. i 2015 samt låntagning i 2013 og 2014 på henholdsvis 2 og 4 mio. kr.

De afsatte rådighedsbeløb for sundhedsområdet udgør herefter 775 mio. kr. i 2013, 1.127 mio. kr. i 2014 og 849 mio. kr. i 2015.

Socialområdet

For det sociale område er der i alt afsat en investeringsramme på 39,1 mio. kr. til investeringer, der indregnes i den kommunale takstbetaling.

Investeringsrammen på det socialpsykiatriske område i 2012 skal bl.a. benyttes til udvidelse af Lunden. På handicapområdet skal rammen benyttes til en række større ombygningsprojekter, bl.a. ombygningen af Lyngdal og nybyggeri i forbindelse med Nødebogård..

Investeringsbudget 2012-2015

Mio. kr., 2012-priser	B2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Amager Hospital	13,1	0,0	0,0	0,0
Samling på Italiensvej	13,1	0,0	0,0	0,0
Bispebjerg Hospital	26,0	48,0	180,0	189,0
Psykiatri Planlægningsområde Byen på Bispebjerg Bakke	26,0	48,0	180,0	189,0
Glostrup Hospital	36,2	92,7	31,9	74,5
Nybyggeri neurologiske patienter	21,2	92,7	31,9	74,5
Respirations Center Øst (RCØ)	4,0			
Videncenter for rygsygdomme og neurologi m.m.	8,0			
Ændring i optageområder	3,0			
Herlev Hospital	32,5	14,0	0,0	0,0
Onkologisk ambulatorium	32,5	14,0	0,0	0,0
Hvidovre Hospital	30,1	0,0	0,0	0,0
Tagaptering, bygning 1&2	30,1	0,0	0,0	0,0
Rigshospitalet	3,0	11,0	93,0	0,0
Udvidelse af intensivkapacitet	3,0			
Pavillon til genhusning af H-bygning		11,0	93,0	
Region Hovedstadens Psykiatri	51,5	117,4	5,5	0,0
Psyk Center Hvidovre (enestuer mm.)	65,5	3,3	0,0	0,0
Psyk Center Glostrup/Retspsykiatri (enestuer mm.)	2,8	0,0	0,0	0,0
Tilskud fra ISM, enestuer projekter Glostrup/Hvidovre	-66,8	-3,2	0,0	0,0
Udvidet kapacitet PC Ballerup	50,0	117,3	5,5	0,0
Fælles projekter - sundhedsområdet	595,0	342,3	666,8	435,4
Energibesparende investeringer, pulje	27,0	2,0	4,0	0,0
Effektiviseringstiltag, pulje	25,0	0,0	0,0	0,0
IT-strategi	135,1	135,1	135,1	136,9
Medicoteknisk apparaturpulje	200,0	200,0	140,0	140,0
Renoveringspulje	125,0	150,0	150,0	100,0
REFLEX (Økonomi-, indkøbs- og logistiksystem)	71,2	10,5	0,0	0,0
REFLEX (etablering af regionslager)	10,0	0,0	0,0	0,0
Samling af sterilcentraler, 1. etape	1,7	74,7	237,6	33,4
Samling af sterilcentraler, 2. etape	0,0	0,0	0,0	25,0
Indtægt fra salg af Hørsholm	0,0	-180,0	0,0	0,0
Tilskud til nybyggeri på Glostrup Hospital (sundhedsaftale)		-50,0		
Lokal investeringsramme virksomhederne	150,0	150,0	150,0	150,0
Samlet investeringsramme, sundhedsområdet	937,4	775,4	1.127,2	848,9
Investeringsramme socialpsykiatri (RHP)	14,4	14,4	14,4	14,4
Investeringsramme Regions Hovedstaden - Handicap	24,7	24,7	24,7	24,7
Samlet investeringsramme	976,5	814,5	1.166,4	888,0

Amager Hospital

Der er afsat budget til samling af funktioner ved Amager Hospital på Italiensvej. Projektet er igangsat i 2011 og medfører, at to sengeafsnit inden udgangen af 2012 vil være overflyttet til Italiensvej. Af den samlede investering på 30 mio. kr. er der afsat 13 mio. kr. i 2012.

Bispebjerg Hospital

Som led i aftale om Hospitals- og Psykiatriplan 2020 indgår det, at Psykiatrisk Center København og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg fremover skal ligge i sammenhæng med det nye Bispebjerg Hospital.

Projektet forudsætter, at psykiatrien flytter ind i de fredede pavilloner på matriklens sydlige del og udvides med 27.000 nye kvadratmeter, som skal huse sengeafsnit og akutmodtagelse.

Projektets samlede udgift skønnes at udgøre 1.029 mio. kr. og der afsættes i 2012-2015 i alt 443 mio. kr. til projektet, fordelt med 26 mio.kr. i 2012, 48 mio. kr. i 2013, 180 mio. kr. i 2014 og 189 mio. kr. i 2015.

Glostrup Hospital

Med baggrund i aftalen om Hospitals- og Psykiatriplan 2020 afsættes i alt 220 mio. kr. til nybyggeri for neurologiske patienter i 2012-2015. Nybyggeriet medfører en samling af afsnit for traumatisk hjerneskadede fra Hvidovre Hospital til Glostrup Hospital, samt flytningen af rygmærvsskadede fra Hornbæk til Glostrup Hospital, som forudsat i Hospitalsplan 2007. Projektets tidsplan er i forhold til budgetlægningen for 2011 blevet revideret, således at der forventes anvendt 21 mio. kr. i 2012, 93 mio. kr. i 2013, 32 mio. kr. i 2014 og 75 mio. kr. i 2015. I de følgende år søges afsat knap 450 mio. kr. til færdiggørelse af byggeriet, der planlægges gennemført for en samlet udgift på ca. 670 mio. kr. (2012 pl-niveau).

Der er i øvrigt i 2010 iværksat fire byggeprojekter, der vedrører forskellige tilpasninger af de fysiske rammer til nye opgaver. Projekterne blev udbudt i licitation som én samlet hovedentreprise, og licitationsresultatet viste, at den samlede økonomi for projekterne er overholdt. Der har dog været behov for en justering af de afsatte beløb til tre af de fire projekter, da nogle er blevet billigere og andre dyrere. På den baggrund har regionsrådet i 2011 godkendt, at der flyttes bevilling mellem de tre projekter svarende til det forventede udgiftsniveau på de enkelte projekter. Samtidig er der sket en revurdering af tidsplanerne, der har medført, at rådighedsbeløbene i 2011 er reduceret og tilsvarende forhøjet i 2012.

Herlev Hospital

Der er i 2009 igangsat en ombygning og renovering af onkologisk ambulatorium med henblik på at opnå en effektiv og tidssvarende patientbehandling på kræftområdet og et bedre fysisk arbejdsmiljø. De samlede udgifter udgør 69 mio. kr., hvoraf der er afsat 32,5 mio. kr. i 2012 til færdiggørelse af projektet.

Hvidovre Hospital

Som fortsættelse af tidligere projekter vedrørende tagrenovering og ventilation ved hovedbygningerne ved Hvidovre Hospital er der i forlængelse heraf afsat i alt 59 mio. kr. til avertering af tagetagerne ved bygning 1 og bygning 2. Der er afsat 30,1 mio. kr. i 2012 til færdiggørelse af projektet.

Rigshospitalet

Der er i 2011 igangsat en udvidelse af intensivkapaciteten på Rigshospitalets Abdominalcenter med fire sengepladser. Den samlede udgift udgør 16,7 mio. kr., hvoraf der er afsat 3 mio. kr. i 2012.

I forbindelse med kvalitetsfundsprojektet på Rigshospitalet er der i en periode behov for at genhuse patientrettede aktiviteter i bygninger, der nedrives. Til opførelse og indretning af en midlertidig pavillon samt indretning af eksisterende bygninger til genhusning afsættes i alt 104 mio. kr. fordelt med 11 mio. kr. i 2013 og 93 mio. kr. i 2014.

Region Hovedstadens Psykiatri

I 2010 er igangsat et projekt med etablering af enestuer mv. ved Psykiatrisk Center Hvidovre, og der er afsat i alt 119,3 mio. kr. til projektet. Der er afsat 65,5 mio. kr. i 2012 og 3,3 mio. kr. i 2013.

Som led i økonomiaftalen for 2010 blev der afsat midler på Finansloven til udvidelse af enestuekapaciteten, samt midler til statslig medfinansiering af nye retspsykiatriske pladser i børne- og ungdomspsykiatrien.

I 2010 er igangsat et projekt med etablering af enestuer mv. ved Psykiatrisk Center Glostrup, og der afsættes 2,8 mio. kr. i 2012 til færdiggørelse af projekterne. Projekterne finansieres fra statslige midler.

Som led i aftale om Hospitals- og Psykiatriplan 2020 blev der i budget 2011 afsat i alt 182,1 mio. kr. til udvidelse af kapaciteten ved Psykiatrisk Center Ballerup i 2011-2014. Kapacitetsudvidelsen svarer til en udvidelse med i alt 40 senge. Hermed kan forudsætningen i aftale om Hospitals- og Psykiatri-

plan 2020 om fusion af de psykiatriske centre Ballerup og Gentofte i Ballerup realiseres i 2014.

På baggrund af en revurdering af projektets tidsplan sker der forskydning af rådighedsbeløb mellem årene, således at der i 2012 afsættes 50 mio. kr., 117,3 mio. kr. i 2013 og 5,5 mio. kr. i 2014.

Energibesparende investeringer

I forbindelse med budgetaftalen for 2011 blev den årligt afsatte pulje til energibesparende initiativer på 9,5 mio. kr., fremrykket til 2011. Der refter herfter 2 mio. kr. i 2012, der forhøjes med 25 mio. kr., således at der i alt afsættes 27 mio. kr. i 2012, der forudsættes lånefinansieret.

Regionsrådet kan i henhold til lånebekendtgørelsen ved lånefinansiering træffe beslutning om iværksættelse af energibesparende foranstaltninger, som følger af energimærkning i bygninger eller udskiftning af elektriske anlæg, lyskilder m.v. til mere el-økonomiske typer. Der vil derfor også være mulighed for at lånefinansiere projekter ud over de i budgettet afsatte 27 mio. kr.

Effektiviseringstiltag

Der afsættes i 2012 en pulje på 25 mio. kr. til effektiviseringsprojekter. Puljen anvendes bl.a. til telemedicinske løsninger for kronikere, så dele af behandlingen kan gennemføres, mens patienten er hjemme, og til teknologiske løsninger, der letter personalets arbejde på hospitalerne. Puljen kan anvendes til offentligt-privat innovationssamarbejde (OPI), og der vil eventuelt blive søgt medfinansiering fra ABT-fonden (Anvendt Borgernær Teknologi).

Der er derudover i økonomiaftalen for 2012 afsat en låne- og deponeringsfritagelsespulje på 300 mio. kr., der bl.a. skal fremme anvendelsen af offentligt-privat samarbejde (OPP). Budgettet indeholder ikke projekter, der er forudsat finansieret af denne pulje, men regionen kan ansøge om dækning til projekter, der opfylder puljens formål.

It-strategi

Til den fortsatte implementering af sundheds it-strategien er afsat 135,1 mio. kr. i hvert af årene 2012 – 2015.

Det foreslåede investeringsbeløb til it-strategi i 2012 søges anvendt til aktiviteter med fokus på den kliniske hverdag som følger:

It-strategi på sundhedsområdet	
<i>Mio. kr. 2012 priser</i>	<i>Beløb</i>
Videreførelse af tidligere besluttede projekter	53,7
Teknisk infrastruktur	35,2
Investeringer i realisering af regionernes sundheds-it (RSI) pejlemærker	17,6
Forbedringer af regionens elektroniske patientjournal (H-EPJ)	8,0
Investeringer vedr. effektivisering	4,8
Investeringer vedr. patientsikkerhed	11,8
End of life – udbud af EPJ moduler	4,0
I alt	135,1

Videreførelse af tidligere besluttede projekter

Den fortsatte indsats for at konsolidere regionens it-systemer sker blandt andet gennem videreførelse af projekterne fælles røntgeninformationssystem, elektroniske overblikstavler til akutmodtagelserne og indholdsstyring af hjemmesider. Projekt effektiv systemadgang skal sikre, at klinikerne lettere og hurtigere får adgang til modulerne i Region Hovedstadens elektroniske patientjournal (H-EPJ).

Teknisk infrastruktur

Den tiltagende digitalisering af regionens virksomheder forudsætter en vedligeholdt infrastruktur, som løbende kan udbygges. De afsatte midler skal blandt andet fortsætte forbedringer af regionens netværk og udskiftning af nedslidt hardware.

Investeringer i realisering af regionernes sundheds-it (RSI) pejlemærker

Region Hovedstaden er godt på vej i realiseringen af Regionernes Sundheds-it organisation (RSI) pejlemærker og i 2012 vil der blive investeret i at udbygge den tværsektorielle kommunikation med MedCom meddelelser til udveksling af laboratoriesvar og etablering af en moderne platform til at sende og modtage elektroniske meddelelser.

Regionerne har aftalt at forbedre it-understøttelsen af det præhospitale område ved anskaffelse af en præhospital patientjournal. Der er tale om en to-årig investering, hvor de første investeringer falder i 2012.

Flere regioner står for at skulle udskifte apotekernes it-systemer, og der gennemføres i 2012 et fælles regionalt anskaffelsesprojekt.

Forbedringer af regionens elektroniske patientjournal (H-EPJ)

Der er gennem de senere år gennemført en konsolidering af modulerne i H-EPJ og der skal ske en reel nyttiggørelse i den kliniske hverdag af de fælles digitale løsninger. Dette og arbejdet med at afskaffe dele af papirjournalen skaber et behov for løbende at forbedre H-EPJ med funktionalitet til fx be-

lægningsoversigter, visning af patientens stamdata og skemaer til klinisk dokumentation.

Investeringer vedrørende effektivisering.

Den tiltagende digitalisering resulterer i at flere og flere informationer bliver elektronisk tilgængelige og de fælles ledelsesinformations- og rapporterings-systemer skal udbygges, så de mange informationer kan nyttiggøres.

Investeringer vedrørende patientsikkerhed.

It-understøttelse af de kliniske arbejds gange har potentialet til at øge patient-sikkerheden og i 2012 er der behov for at udbygge funktionaliteten til at understøtte medicineringsprocessen, herunder opdatering af det fælles medicin-kort.

I takt med at dele af papirjournalen afskaffes skal der etableres nye rutiner, som sikrer at klinikerne modtager og forholder sig til laboratoriesvar. Til dette er der behov for at etablere en elektronisk indbakke i H-EPJ.

I regionens fødeplan er det beskrevet at der er behov for at it-understøtte regionens obstetriske afdelinger, så der kan skabes et samlet overblik over hele svangreforløbet hos alle involverede klinikere. Realiseringen af en obstetrisk journal ønskes iværksat i 2012 og forventes afsluttet i 2013.

End of life – udbud af EPJ moduler

Region Hovedstaden står overfor at skulle udbyde OPUS arbejdsplads inklusiv GS!åben, omfattende bl.a. patientadministrativt system, H-EPJ-portalen, notat og KISO-funktionalitet (Kliniske InddateringsSkemaer og Oversigter). Region Sjælland er i samme situation og der pågår dialog om i fællesskab at gennemføre en analyse af markedet for elektroniske patientjournaler, da internationale erfaringer tyder på at de centrale moduler bør anskaffes hos leverandører. I forlængelse af analysen skal der ske en forberedelse af det udbud som skal lede til anskaffelsen af de centrale moduler i H-EPJ.

Der ligger et betydeligt organisatorisk arbejde på de enkelte hospitaler, i psykiatrien og i den kommende virksomhed for it, medikoteknik og telefoni i at få nyttiggjort de digitale løsninger i den kliniske hverdag.

Medicoteknisk apparaturpulje

Inden for rammen af investeringsbudgettet afsættes 200 mio. kr. i 2012 og 2013 til medicoteknisk apparaturpulje. I 2014 og 2015 afsættes 140 mio. kr. Det afsatte beløb skal ud over udskiftning af forældet apparatur m.v. (herunder 25-50 mio. kr. til strålekanoner) dække udgifter til apparatur i forbindelse med akutte nedbrud, forbedringer i kræftbehandlingen, hjerteområdet mv. Det afsatte beløb er ikke på sigt tilstrækkeligt til at sikre nødvendige reinvesteringer.

Renovering m.v. – sundhedsområdet

For en række af regionens virksomheder er der behov for at iværksætte forskellige renoveringsopgaver, der blandt andet kan henføres til følgende:

- At væsentlige bygningsdele er nedslidte og har opnået en alder, hvor der er behov for en mere gennemgribende udskiftning og fornyelse for at sikre fortsat funktion
- Hvor sikkerhedsmæssige udfordringer er en risiko, da der kan forekomme svigt og uplanlagte driftsstop, herunder særligt i forbindelse med nødstrømsanlæg og anlæg for medicinske gasser eller anden forsyning.

Der afsættes 125 mio. kr. i 2012, 150 mio. kr. i 2013 og 2014 samt 100 mio. kr. i 2015 til renoveringsprojekter, der opfylder ovennævnte kriterier.

En vurdering af renoveringsbehovet giver følgende foreløbige disponering af puljen:

Virksomhed - mio. kr.	2012	2013	2014	2015
Herlev Hospital	30	35	35	25
Hvidovre Hospital	30	35	35	25
Rigshospitalet	20	25	25	15
Region Hovedstadens Psykiatri	20	25	25	15
Gentofte Hospital	10	12	12	10
Bispebjerg Hospital	5	8	8	5
Øvrige	10	10	10	5
I alt	125	150	150	100

Renoveringsbehovet for de enkelte virksomheder er nærmere beskrevet nedenfor.

Herlev Hospital

Hospitalets installationer er for en række enkeltsystemers vedkommende ikke længere tidssvarende, og der er i øvrigt risiko for nedbrud. Der er behov for renovering og udvidelse af nødstrømsanlægget, udskiftning af iltforsyning, patientkaldeanlæg, trykluftforsyning samt brugs- og spildevandsinstallationer.

Hvidovre Hospital

Der er behov for renovering af VVS-installationer, etablering af nyt nødstrømsanlæg, udskiftning af containervaskemaskiner og blandt andet en generel renovering af hospitalets gulvbelægninger.

Rigshospitalet

For Rigshospitalet er der på længere sigt behov for en gennemgribende renovering af hospitalets installationer og forsyninger i centralkomplekset. Af hensyn til opretholdelse af driften af de kliniske afdelinger kan denne først gennemføres, når der i forbindelse med kvalitetsfondsprojektet er skabt nye lokaler til de eksisterende funktioner.

Indtil da vil der for at opretholde driften være behov for løbende renovering af diverse bygningsdele, herunder betonkonstruktioner, membraner, dele af klimaskærmen, diverse tekniske installationer, forsyninger m.v.

Region Hovedstadens Psykiatri

For virksomheden er der blandt andet et behov for at igangsætte en ombygning med selvmordsforebyggende indretning på badeværelser på lukkede afsnit. Derudover vil der blandt andet være behov for at afsætte i alt ca. 40 mio. kr. over en toårig periode til færdiggørelse af tagrenoveringen på Psykiatrisk Center Glostrup.

Gentofte Hospital

Der er behov for fortsat renovering af klimaskærm, forsyningsledninger, ventilationsanlæg, elevatorer samt asbestsanering.

Bispebjerg Hospital

Renovering og opgradering af it-netværk, samt tagrenovering af hospitalets bygning 7 og sikkerhedsmæssig opgradering af vejnet og gangstier.

Øvrige hospitaler

For øvrige hospitaler vil der kunne disponeres til imødegåelse af svigt og uplanlagte driftsstop, diverse klimaskærmprojekter, forsyning m.v.

Økonomi-, indkøbs- og logistiksystem

Der er i 2009 igangsat indkøb og implementering af et fælles økonomi-, indkøbs- og logistiksystem (REFLEX) i Region Hovedstaden. På baggrund af en revurdering af projektets tidsplan sker der forskydning af rådighedsbeløb fra 2011 til 2012 og 2013. Der afsættes således i 2012 i alt 71,2 mio. kr. og 10,5 mio. kr. i 2013 til fortsat indkøb og implementering af et fælles system. Desuden afsættes 10 mio. kr. i 2012 til at afslutte etableringen af et fælles regionslager.

Samling af sterilcentraler

Der afsættes i 2012 midler til etablering af en af to fælles sterilcentraler, hvis kapacitet hver svarer til ca. halvdelen af det samlede kapacitetsbehov i Region Hovedstaden. Etableringen af en enhed i første fase vil medføre et væsentligt løft i kvaliteten ved sterilcentralerne med den ringeste kvalitet, der på sigt lukkes med etableringen af den fælles enhed. Der afsættes i alt 347,5 mio. kr., der i 2012-2015 forventes anvendt med 1,7 mio. kr. i 2012, 74,7 mio. kr. i 2013, 237,6 mio. kr. i 2014 og 33,4 mio. kr. i 2015.

I 2015 afsættes 25 mio. kr. til påbegyndelse af etablering af den anden fælles sterilcentral.

Indtægt fra salg af Hørsholm

I budget 2011 er det forudsat, at hospitalsbygningerne i Hørsholm sælges i 2013.

Tilskud til nybyggeri på Glostrup Hospital (sundhedsaftale)

I overensstemmelse med Aftale om sundhed indgået i maj 2011 mellem regeringen, Dansk Folkeparti og Pia Christmas-Møller forudsættes et tilskud fra staten i 2013 på 50 mio. kr. til støtte for etablering af et nyt samlet specialiseret neurorehabiliteringscenter på Glostrup Hospital. Projektet er nærmere beskrevet ovenfor under Glostrup Hospital.

Investeringsramme virksomhederne

I budgettet for sundhedsområdet er indeholdt en investeringsramme til mindre projekter, der disponeres af virksomhederne, og som er udskilt af virksomhedernes nettodriftsbevilling. Beløbet er i 2012 videreført uændret (bortset fra pris- og lønfremskrivning) og udgør i alt 150 mio. kr. i 2012.

6. Indtægter og finansielle poster

Indtægter til sundhed

De finansielle indtægter til sundhed kan opgøres til:

Mio. kr., 2012-priser	B2011 (11-pl)	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Finansiering sundhed/udgiftsramme					
Kommunalt grundbidrag	-2.052,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag	-3.586,4	-6.046,6	-6.046,6	-6.046,6	-6.046,6
Statsligt aktivitetsafhængigt bidrag	-821,0	-838,2	-838,2	-838,2	-838,2
Statsligt bloktilskud	-24.936,0	-25.517,1	-25.517,1	-25.517,1	-25.517,1
Bløderudligning		-34,5	-34,5	-34,5	-34,5
Overgangsordning	-55,1				
Finansiering sundhed/udgiftsramme i alt	-31.450,5	-32.436,4	-32.436,4	-32.436,4	-32.436,4

Den samlede finansiering til sundhedsområdet udgør 32.436,4 mio. kr.

Der er budgetteret med de af Indenrigs- og Sundhedsministeriet udmeldte beløb til regionerne i 2012 for så vidt angår det statslige bloktilskud.

Derudover er budgetteret med tilskud fra bløderudligningsordningen, der er baseret på udgifterne i 2010.

For de øvrige poster er budgettet baseret på økonomiaftalens forudsætninger.

Region Hovedstadens andel af det statslige aktivitetsafhængige bidrag er budgetteret under forudsætning om, at regionen opnår fuld udnyttelse af andelen af den statslige aktivitetspulje.

Indtægter til regional udvikling

De finansielle indtægter til regional udvikling kan opgøres til:

Mio. kr., 2012-priser	B 2011	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Finansiering regional udvikling					
Kommunalt udviklingsbidrag	-200,0	-206,1	-206,1	-206,1	-206,1
Statsligt bloktilskud	-680,8	-695,3	-687,3	-687,3	-687,3
Finansiering regional udvikling i alt	-880,8	-901,3	-893,4	-893,4	-893,4

Finansieringen inden for regional udvikling er baseret på Indenrigs- og Socialministeriets udmelding af de generelle tilskud til regionerne i 2012.

Indtægter til social- og specialundervisningsområdet

Finansieringen på social- og specialundervisningsområdet baseres på, at området skal være fuldt takstfinansieret. Der er budgetteret med indtægter fra kommunerne på i alt 852,6 mio. kr. og beboerindtægter på 21,1 mio. kr.

Indtægterne er indeholdt i nettobevillingen i afsnit 4.17.

Finansielle poster

Udgangspunktet for beregningerne er regnskabsresultatet for 2010 samt konsekvenserne af 2. økonomirapport 2011 sammenholdt med resultatet af aftalen mellem Danske Regioner og regeringen om økonomien for 2012.

Økonomaftalen giver mulighed for, at Indenrigs- og sundhedsministeren kan give dispensation for refinansiering af regionens afdrag. I budgettet 2012 er der forudsat, at der opnås en fuld dispensation herfor.

Det betyder, at der indregnes en samlet lånoptagelse på 262,5 mio. kr. vedrørende refinansiering af afdrag. Heraf udgør lån med dispensation 202,8 mio. kr.

På baggrund af økonomaftalens likviditetsforudsætninger sammenholdt med de mere specifikke finansielle forudsætninger kan der for regionen beregnes en gennemsnitlig kassebeholdning på årsbasis på 1,2 mia. kr. og knap 1,2 mia. kr. i deponerede midler. Det vil sige et samlet beløb på 2,4 mia. kr. som forrentes. Herudover er der midler vedrørende kvalitetsfondsprojekterne, hvor forrentningen tilskrives hensættelsen. Det vil sige, at ændringen er budgetmæssig neutral.

Nedenfor er de enkelte budgetposter nærmere beskrevet.

Renteudgifter og -indtægter

Regionens budgetterede renteindtægter og renteudgifter fremgår af nedenstående tabel:

Mio. kr. løbende priser	B 2011	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Renteindtægter	-61,7	-60,3	-60,6	-55,1	-33,1
Renter af likvide aktiver	-41,0	-30,0	-30,0	-25,0	-5,0
Renter af kortfristede tilgodehavender	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Renter af langfristede tilgodehavender i øvrigt	-20,6	-30,2	-30,5	-30,0	-28,0
Renteudgifter	149,3	160,5	164,1	162,2	190,4
Renter af kortfristet gæld	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Renter af langfristet gæld	139,3	150,5	154,1	152,2	180,4
Kurstab og kursgevinster	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusion af købsmoms	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Renter m.v. i alt	87,6	100,2	103,5	107,1	157,3

Nettorenteudgiften i 2012 forventes at blive 100,2 mio. kr. Nettorenteudgifterne skønnes at udgøre 103,5 mio. kr. i 2013, 107,1 mio. kr. i 2014 og 157,3 mio. kr. i 2015. Ændringerne i de årlige nettorenteudgifter kan dels henføres til lavere gennemsnitlig kassebeholdning, dels ændringer i renteudgifterne for den langfristede gæld.

Renteindtægterne er budgetteret til 60,3 mio. kr. i 2012. Renteindtægter af likvide aktiver er budgetteret til 30,0 mio. kr. Der er kalkuleret med en gennemsnitlig forrentningsprocent på 2,5 pct. Den gennemsnitlige likvide beholdning er budgetteret til 1,2 mia. kr.

Renteindtægter af kortfristede tilgodehavender er budgetteret til 0,1 mio. kr. Renter af langfristede tilgodehavender på 30,2 mio. kr. i 2012 vedrører deponerede NESA-midler, deponerede midler for lejemål samt renter af den uforbrugte hensættelse vedrørende kvalitetsfondsprojekter.

Renteindtægterne af langfristede tilgodehavender fordeler sig således:

Mio. kr.	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Renter vedr. NESA-midler	-3,4	-0,6	0	0
Renteenhæggelse vedr. kvalitetsfonden	-13,9	-17,1	-17,2	-15,2
Renter vedr. lejemål m.v.	12,9	-12,8	-12,8	-12,8
I alt	-30,2	-30,5	-30,0	-28,0

Renter af kortfristet gæld er budgetteret til 10 mio. kr., som dækker over renter til patienterstatninger samt øvrige renteudgifter.

Renter af langfristet gæld i 2012 forventes at udgøre 150,5 mio. kr. Der er kalkuleret med en rente på 2,25 pct. p.a. på de variabelt forrentede lån. På lån, der refinansieres i 2012 og følgende år, er der indregnet en halvårsrente. Der skønnes en langfristet gæld på 5,245 mia. kr. ved udgangen af 2012.

Momsrefusionsordningen

Udgifter til købsmoms og refusion af købsmoms budgetteres med lige store poster, således at der budgetteres med et nettobeløb på 0 kr.

Finansforskydninger

Forbrug af likvide aktiver

Primo 2012 forudsættes en kassebeholdning på -845,0 mio. kr. svarende til den budgetterede ultimo likviditet i 2. økonomirapport 2011. Den budgetterede kassebeholdning ultimo 2012 udgør -1.029,9 mio.kr.

Budgettet indebærer i øvrigt følgende bevægelser:

Forskydning (mio. kr.)	B2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Likviditetsforøgelse, tilbagebetaling af merforbrug 2009-10, hospitaler	87,5	80,0	80,0	80,0
Frigivelse af deponering (Nesa)	143,8	75,8	0,0	0,0
Disponering af Nesa-midler til investeringsbudget, B2010	-143,8	-75,8	0,0	0,0
Likviditetstræk driftsudgifter etablering af økonomisystem	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0
Likviditetstræk, godkendte investeringssager	-144,8	-24,5	0,0	0,0
Likviditetstræk, nye investeringsprojekter i budgetforslag	-43,3	-69,6	-521,9	-243,6
Henlæggelse af statslige kvalitetsfondsmidler		147,2		
Socialområdet, likviditetsvirkning af drifts- og investeringsbudget	-13,7	-1,3	-1,3	-1,3
Regional udvikling, likviditetsvirkning af driftsbudget	-2,7	-2,7	-2,7	-2,7
Renteudgifter før finansiering i økonomiaftale	-100,2	-103,5	-107,1	-157,3
Finansiering af renteudgifter i økonomiaftale	10,0	10,0	10,0	10,0
Frigivelse af deponering (lejemål)	2,2	7,8	17,6	16,3
Bløderudligningsordningen	12,3	12,3	12,3	12,3
Bidrag til digital forvaltning	-6,3	-4,7	-4,7	-4,7
Nettoafdrag langfristet gæld	27,0	2,0	4,0	0,0
I alt	-184,9	40,1	-526,7	-303,9

Der er ikke indregnet virkning af eventuelle overførsler fra 2011 til 2012 og fra 2012 til 2013.

Den budgetterede kassebeholdning ultimo 2012 vil dermed være på -1.029,9 mio. kr.

Finansforskydning vedrørende tilgodehavender
Forskydningerne kan specificeres som følger:

Mio. kr. løbende priser	B 2011	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Kortfristede tilgodehavender	-57,0	0,0	-147,2	0,0	0,0
Kortfristede tilgodehavender (mellemregn kval.fond)		-240,0	-650,0	-1.170,0	-1.910,0
Langfristede tilgodehavender	-146,3	-147,8	-88,5	-19,6	-18,4
Deponerede midler kvalitetsfonden inkl. renter	319,0	334,9	338,1	338,2	336,2
Finansforskydninger i alt	115,7	-52,9	-547,6	-851,4	-1.592,2

Ændringer i kortfristede tilgodehavender vedrører udbetaling af statslige midler samt frigivelse af deponerede midler til finansiering af udgifter til kvalitetsfundsprojekter.

Ændringer i de langfristede tilgodehavender vedrører deponerede beløb. I 2012 frigives deponerede beløb svarende til 147,8 mio. kr. Heraf vedrører 143,8 mio. kr. NESA-midler, mens øvrige ændringer vedrører lejemål.

Vedrørende NESA-midler påregnes frigivet yderligere 78,8 mio. kr. i 2013, hvorefter de deponerede NESA-midler er frigivet fuldt ud.

De hensatte midler til kvalitetsfundsprojekterne anvendes i takt med ministeriets godkendelse af de enkelte projekter.

I alt udgør de deponerede midler 1.224 mio. kr. primo 2012. Beløbet fordeler sig med 222,6 mio.kr. vedrørende NESA-deponeringen, 413,6 mio.kr. vedrørende deponering for lejemål og andre langfristede tilgodehavender samt 587,7 mio. kr. vedrørende kvalitetsfundsprojekter.

Nedenfor er vist et skøn over udviklingen i hensættelsen vedrørende kvalitetsfundsprojekterne baseret på skøn over fremdriften i projekterne:

Mio.kr.	2011 og tidligere år	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Primo året	312,0	587,1	862,0	1.037,6	1.083,3
Årlig hensættelse i budgetåret	319,0	321,0	321,0	321,0	321,0
Forbrug til projekter	-52,8	-60,0	-162,5	-292,5	-477,5
Rentetilskrivning	8,9	13,9	17,1	17,2	15,2
Ultimo året	587,1	862,0	1.037,6	1.083,3	942,0

Kortfristede tilgodehavender og gæld

I budget 2012 og overslagsårene 2013 til 2015 budgetteres ikke med betalingsforskydninger mellem årene. Det bygger på en forudsætning om uændrede betalingstidspunkter for afregning af lønudgifter, A-skattebetalinger og øvrige driftsudgifter samt afregning af praksisudgifter m.v.

Der er medtaget en teknisk korrektion vedrørende regionens mellemfinansiering af udgifter vedrørende kvalitetsfundsprojekter. Ændringen er indregnet likviditetsmæssigt i 2013 med i alt 147,2 mio.kr.

Afdrag på lån og lånoptagelse

Der budgetteres med følgende bevægelser:

Mio. kr. løbende - priser	B 2011	BF 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Langfristet gæld primo året	5.159,2	5.218,0	5.245,0	5.247,0	5.251,0
Afdrag	1.081,3	262,5	294,8	394,2	449,5
Lånoptagelse	-1.024,3				
Fuld refinansiering		-202,8	-253,6	-351,5	-405,2
Ordinær refinansiering uden dispensation		-59,7	-41,2	-42,7	-44,3
Lånoptagelse energipulje	0,0	-27,0	-2,0	-4,0	0,0
Lån- og afdrag, netto	57,0	-27,0	-2,0	-4,0	0,0

Den langfristede gæld forventes at udgøre godt 5.218 mio. kr. primo 2012 og 5.245 mio. kr. ultimo 2012. Der er forudsat fuld refinansiering af afdrag. Der kræves lånedispensation vedrørende afdrag på 202,8 mio. kr., idet øvrig refinansiering ikke kræver ny dispensation.

Lånoptagelsen vedrørende refinansiering i 2012 er budgetteret til i alt 262,5 mio. kr. svarende til fuld refinansiering af årets afdrag. Herudover lånefinansieres der 27,0 mio.kr. til energibesparende projekter.

Der forudsættes, at der også i budgetoverslagsårene kan foretages en fuld refinansiering af årets afdrag. Der er således indregnet en 100 pct. refinansiering af årets afdrag.

Lån vedrørende kvalitetsfondsprojekterne

Finansieringen af projekterne sker ved en statslig finansiering af investeringstakten fra den statslige kvalitetsfond på 62,5 pct. og en egenfinansiering på 37,5 pct.

Egenfinansieringen er opdelt i en finansiering på 25 pct., som finansieres via de hensatte midler til kvalitetsfondsprojekter, som er afsat på en deponeeringskonto. De resterende 12,5 pct. lånefinansieres. Nedenfor er vist udviklingen i lånefinansieringen i budgetperioden.

Udviklingen i gælden til kvalitetsfondsprojekter						
Mio. kr. løbende – priser	2011 og tidligere år	2012	2013	2014	2015	
Primo gæld	0,0	0,0	30,0	136,3	282,5	
Årets lånoptagelse	0,0	30,0	81,3	146,3	238,8	
Lånefinansiering af mellemfinansiering 200 mio.kr.			25,0			
Nettogæld	0,0	30,0	136,3	282,5	521,3	
Lånerenter finansieret af kassen	0,0	0,8	3,4	7,1	13,0	

7. Bevillingsregler

Indledning

Regionens bevillingsregler er de økonomiske spilleregler i regionen og fastlægger blandt andet budgetansvar og kompetencer m.m.

Region Hovedstadens økonomiske styring bygger overordnet på mål- og rammestyring, suppleret med aktivitetsafhængig bevillingsstyring. Målstyringen beskriver det service- og kvalitetsniveau, der er på de enkelte områder, og fastsætter de fremtidige ønsker på området. Rammestyringen vedrører de økonomiske rammer, der er til rådighed. Regionens samlede økonomistyring omhandler udnyttelse af de økonomiske ressourcer til de ønskede formål.

Den økonomiske styring bygger på en udstrakt grad af delegering af kompetence og ansvar til virksomhederne, som blandt andet er specificeret i dialogaftaler med de enkelte virksomheder.

I Region Hovedstaden meddeles omkostningsbaserede bevillinger på alle aktivitetsområder.

Formkrav

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fastsat en række bestemmelser om, hvordan de regionale budgetter skal opstilles, hvilke poster de skal omfatte m.v.

Regionernes økonomi er opdelt i tre aktivitetsområder: Sundhedsområdet, institutionsdrift på social- og specialundervisningsområdet samt det regionale udviklingsområde, jf. § 1 i lov om regionernes finansiering.

Regionerne finansieres gennem bidrag fra staten og kommunerne. De tre områder finansieres særskilt og skal være i balance hver for sig.

Sundhedsområdet skal være i balance efter udgiftsbaserede principper, mens indtægterne på social- og specialundervisningsområdet samt det regionale udviklingsområde skal være større end eller lig med omkostningerne opgjort efter omkostningsbaserede principper.

Opdelingen af regionernes økonomi i tre aktivitetsområder indebærer, at der ved brug af fordelingsnøgler skal foretages en opdeling af regionernes administrative fællesomkostninger og finansielle omkostninger, og at de skal fordeles på de tre aktivitetsområder.

Regionernes løbende indtægter er som udgangspunkt reserveret til et af de tre aktivitetsområder. Det gælder både for tilskuddene fra staten og bidragene fra kommunerne.

Såfremt der undervejs i budgetbehandlingen fremkommer et eller flere ændringsforslag, der ændrer forudsætningen for balancen i det oprindelige budget, skal der i forbindelse med de enkelte forslag tilvejebringes balance i det reviderede budget inden for det aktivitetsområde, ændringsforslagene vedrører.

Balancekravet indebærer i forhold til social- og specialundervisningsområdet og det regionale udviklingsområde, at et ændringsforslag, der medfører øgede omkostninger, skal modsvares af merindtægter eller mindre omkostninger inden for samme område, såfremt det forventede årsresultat er budgetteret til nul. På sundhedsområdet kan balancekravet også honoreres ved forbrug af likvide aktiver.

Nedenfor gennemgås de centrale elementer i den overordnede økonomiske styring med hovedvægten på bevillingstekniske aspekter. Det drejer sig om emner som lovkrav til budgettets udformning, procedure og budgetbehandling, budgetansvar og bevillingskontrol, forretningsudvalgets bevillingskompetence, regionens tillægsbevillingsregler m.v.

Overordnede lovbestemmelser om procedure og tidsfrister

Regionsloven og bekendtgørelse om regionernes budget- og regnskabsvæsen, revision m.v. indeholder en række bestemmelser og procedurer og tidsfrister i forbindelse med budgetters udarbejdelse og vedtagelse.

Der skal senest den 15. august udarbejdes forslag til budget for det kommende regnskabsår og budgetoverslag for en flerårig periode (3 år).

Forslag til årsbudget og flerårige budgetoverslag skal undergives to behandlinger i regionsrådet med mindst tre ugers mellemrum. Første behandling foretages senest 24. august.

Kontaktudvalget mellem regionen og kommunerne i regionen skal senest den 1. september drøfte det forslag til kommunernes årlige udviklingsbidrag, som er indeholdt i forslaget til årsbudget.

Kommunalbestyrelserne i regionen skal senest den 10. september skriftligt meddele regionsrådet deres stillingtagen til forslaget til udviklingsbidrag.

Regionsrådet skal ved andenbehandling, som foretages senest den 1. oktober, vedtage forslaget til årsbudget og flerårige budgetoverslag.

Regionerne har en lovbestemt leverandørpligt i forhold til kommunerne for en række sociale tilbud og visse specialundervisningstilbud. Regionsrådet skal senest den 15. oktober indgå en årlig rammeaftale med kommunerne beliggende i regionen om bl.a. det samlede antal pladser og tilbud, regionsrådet stiller til rådighed for kommunerne i regionen.

Efter budgettets endelige vedtagelse indsendes det til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kommunerne orienteres om udviklingsbidrag for det kommende regnskabsår.

Budgetansvar og bevillingskontrol

Ved en *bevilling* forstås en bemyndigelse fra regionsrådet til at afholde omkostninger til et nærmere angivet formål eller oppebære indtægter af en nærmere angiven art inden for de fastsatte økonomiske rammer og i overensstemmelse med de generelle og specielle vilkår, hvorunder bevillingen er givet.

I regionslovens § 21, stk. 4, jf. § 40, stk. 2, 1. punktum, i den kommunale styrelseslov, fastslås det, at *bevillingsmyndigheden er hos regionsrådet*. Lovbestemmelsen betyder, at det som hovedregel ikke er tilladt for regionsrådet at delegere bevillingsmyndigheden.

Den bevillingsmæssige hjemmel skal foreligge, inden en disposition iværksættes. Foranstaltninger, der vil medføre indtægter eller omkostninger, som ikke er bevilget i forbindelse med vedtagelsen af årsbudgettet eller ved tillægsbevilling, må således ikke iværksættes, før regionsrådet har meddelt den fornødne bevilling.

Foranstaltninger, der er påbudt ved lov eller anden bindende retsfor-skrift, kan om fornødent iværksættes uden regionsrådets forudgående bevilling, men bevilling må da indhentes snarest muligt.

Udgifterne, der afholdes under bevillingsområderne sygehusbehandling uden for regionen og praksisområdet, kan i et vist omfang betragtes som kalkulatoriske, når der tages hensyn til de love og regler, der gælder på de to områder.

Forretningsudvalget fører tilsyn med, at de bevillinger og rådighedsbe-løb, der er opført på det vedtagne årsbudget, samt de beløb, der er bevilget ved særlig beslutning, ikke overskrides uden regionsrådets samtykke.

For at sikre overblik over regionens finansielle og bevillingsmæssige situation udarbejdes der blandt andet i løbet af året økonomirapporter

om regionens økonomiske ressourceanvendelse og opfyldelse af aktivitetsmål. Økonomirapporterne forelægges forretningsudvalget og regionsrådet.

Omkostningsbevillinger

Regionerne budgetterer på alle tre hovedområder med omkostningsbaserede bevillinger.

I forhold til økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner er udgangspunktet fortsat baseret på udgiftsprincipper. Dette indebærer, at regionerne fortsat også skal kunne opgøre deres udgiftsbudgetter, og dette vil blive sikret ved en selvstændig budgettering og styring af likviditetsforbruget i de enkelte år.

De omkostningselementer, som indgår i bevillingerne, er (ud over udgifter til løn, varekøb og tjenesteydelser, som forbruges i anskaffelsesåret):

- Optjening af feriepenge,
- Optjening af tjenestemandspensioner,
- Forskydninger i lagerbeholdninger (for lagre med en værdi over 100.000 kr.),
- Afskrivninger vedr. aktiver - samt for det sociale område også forrentning af investeret kapital.

Indregningen af disse elementer i driftsbevillingen medfører bl.a., at denne ikke er identisk med et tilsvarende likviditetstræk.

I det udgiftsbaserede system periodiseres udgifter efter, hvornår der er en tilhørende betaling, men i det omkostningsbaserede system henføres forbruget til det tidspunkt, hvor ressourcerne forbruges i produktionen af ydelser.

Selvom der er indført omkostningsbaserede principper, har regionen stadig brug for at holde styr på hvor mange penge, der bliver taget op af kassen det enkelte år (likviditetstrækket). Dette kan bl.a. ske gennem likviditetsbudgetter og pengestrømsopgørelser. Dette skal også ses i lyset af, at staten fortsat ønsker, at den samlede regionale økonomi overordnet set skal opgøres efter udgiftsbaserede principper, hvilket nødvendiggør, at forbruget kan opgøres efter såvel udgiftsbaserede som omkostningsbaserede principper.

Investeringsbudget

Investeringsbudgettet vedrører investeringer, anskaffelser eller projekter, der opfylder nedenstående definition på et aktiv og dermed skal registreres i regionens anlægskartotek:

- Aktivet forventes anvendt i mere end ét regnskabsår (dvs. brugstid/levetid på mere end ét år)
- Aktivets værdi kan måles pålideligt
- Aktivet har en anskaffelsesværdi/kostpris, der er lig med eller større end 100.000 kr.

Investeringsbudgettet i Region Hovedstadens budget er opdelt i to dele – et centralt investeringsbudget og et decentralt investeringsbudget. Sidstnævnte udgør virksomhedernes lokale investeringsrammer.

Det centrale investeringsbudget omfatter centralt afsatte og prioriterede midler, som kræver, at der foretages en særskilt bevillingsafgivelse med forelæggelse af en sag for forretningsudvalg og regionsråd.

De lokale investeringsbudgetter er virksomhedsspecifikke rammer og kan udmøntes efter lokal beslutning og dermed uden, at der foretages en særskilt bevillingsafgivelse i forretningsudvalg og regionsråd. Undertaget herfra er dog enkeltinvesteringer, som overstiger 10 mio. kr., idet disse i henhold til ”Budget og regnskabssystem for regioner” kræver en politisk forelæggelse og afgivelse af særskilt bevilling samt ved afslutning aflæggelse af særskilt, revisionspåtegnet investeringsregnskab.

Økonomistyring i Region Hovedstaden

Den økonomiske styring i regionen indebærer en decentralisering af kompetence og ansvar. Regionens økonomiske styring skal udvikles hen mod en styring efter politisk fastsatte mål og økonomiske rammer.

Regionsrådet og forretningsudvalget fastsætter de generelle mål og foretager de overordnede prioriteringer, hvorefter det er virksomhedernes og institutionernes ansvar at tilrettelægge aktiviteterne, så de fastsatte mål realiseres inden for rammen.

Der indgås dialogtaler med de enkelte virksomheder, og herudover fremgår virksomhedernes budget- og aktivitetsmæssige rammer samt forudsætningerne herfor af regionens budget.

Kompetence i økonomisk styring

Begrebet bevillingsniveau knytter sig til detaljeringsgraden af den styring, som budgettets opdeling i bevillinger er udtryk for. Regionsrådet

fastsætter bevillingsniveauet, dvs. antallet af driftsbevillinger (bevillingsområder) i forbindelse med vedtagelsen af årsbudgettet.

Ifølge regionslovens § 19 fastsætter Indenrigs- og Sundhedsministeriet de nærmere regler om specifikationen af de poster på årsbudgettet, hvortil regionsrådet ved årsbudgettets endelige vedtagelse skal tage bevillingsmæssig stilling.

Regionsrådet skal ved årsbudgettets endelige vedtagelse som minimum give særskilte driftsbevillinger for hver af hovedkontiene 1-3 og for hovedkonto 4-6 under ét. Regionsrådet kan efter denne bestemmelse frit vælge at afgive et større eller mindre antal bevillinger. Dette skal dog ske under hensyntagen til, at balancekravet skal være opfyldt for hvert af de tre regionale aktivitetsområder, dvs. at der som minimum skal gives særskilte driftsbevillinger til hvert af områderne.

For 2012 er driftsvirksomheden opdelt på 24 bevillingsområder. Bevillingsniveauet er i princippet fastlagt svarende til, at hver virksomhed udgør et bevillingsområde. På sundhedsområdet er der 15 bevillingsområder, på det sociale område er der to bevillingsområder, regional udvikling er opdelt på fire bevillingsområder, og administration har sit eget bevillingsområde.

Budget 2012 indeholder en ændret afgrænsning af indholdet i administrationsbevillingen, idet de direkte henførbare administrationsudgifter vedr. det regionale udviklingsområde nu indgår under henholdsvis bevillingsområdet "Øvrig regional udvikling" samt bevillingsområdet "Miljø". Endvidere er den del af administrationsbevillingen som vedrører administration af praksisområdet flyttet og indgår under bevillingen til praksisområdet.

Driftsbevillinger gives som en ramme til dækning af udgifter, indtægter, omkostningselementer samt statsrefusion. Der afsættes endvidere virksomhedsspecifikke, lokale investeringsrammer.

Gennem sit valg af bevillingsniveau fastlægger regionsrådet rækkevidden af den *dispositionsfrihed*, som er overladt bevillingshaveren i forvaltningen af det pågældende område på regionsrådets vegne.

Det finansielle område er opdelt i fire bevillingsområder. Heraf to vedrørende renter (renteindtægter og renteudgifter), ét vedrørende finansiering på sundhedsområdet (kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag, statsligt aktivitetsafhængigt bidrag og statsligt bloktilskud til sundhed), og ét vedrørende finansiering af regional udvikling (kommunalt udviklingsbidrag og statsligt bloktilskud til regional udvikling). Øvrige finansielle poster (forskydninger i kassebeholdningen, finansforskydninger, afdrag på lån, og lånoptagelse) fremgår af balance og pengestrømsopgørelse. Bevilling til afdrag på lån og optagne lån opnås ved regionsrådets godkendelse af pengestrømsopgørelsen.

Bevillinger kan i henhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets regler afgives enten som bruttobevillinger eller som nettobevillinger.

En *bruttobevilling* vil sige, at der gives såvel en omkostningsbevilling som en indtægtsbevilling. Opstår der i årets løb muligheder for at opnå indtægter ud over det budgetterede, kan sådanne indtægter *ikke* uden en tillægsbevilling fra regionsrådet anvendes til forøgelse af omkostningerne.

En *nettobevilling* vil sige, at regionsrådet alene tager bevillingsmæssig stilling til størrelsen af nettoomkostningerne, dvs. omkostninger fratrukket indtægter. Bevillingshaveren vil derfor kunne anvende eventuelle indtægter, der ligger ud over det budgetterede, til en forøgelse af omkostningerne inden for samme bevillingsområde uden på forhånd at skulle indhente en tillægsbevilling fra regionsrådet.

Regionens virksomheder er nettostyret således, at der styres på en nettoramme. Bevillinger vedrørende de finansielle poster på hovedkonto 5 og 6 afgives som bruttobevillinger.

Bevillingshavernes dispositionsfrihed

Den enkelte virksomhed er inden for omkostningsbevillingen rammenstyret, undtaget herfra er dog indtægter fra behandling af regionseks-terne patienter og afskrivninger.

Det betyder, at virksomhederne inden for det enkelte budgetår administrativt kan flytte rundt mellem de forskellige elementer, der indgår i omkostningsbevillingen. Det indebærer eksempelvis, at der kan flyttes mellem løn og øvrig drift og mellem udgifter og omkostninger.

På sundhedsområdet kan flytning mellem investeringsrammen og driftsrammen gennemføres, hvis der samlet set ikke sker en belastning af driftsråderummet. Flytning kræver bevillingsmæssig godkendelse.

For alle dispositioner, som virksomhederne ønsker at foretage inden for deres bevillinger, gælder den afgørende binding, at likviditetstrækket ikke må forøges.

Målbeskrivelser

Der er siden 2008 indgået dialogaftaler mellem koncerndirektionen og de enkelte virksomheder. Konceptet for dialogaftalerne for 2012 revideres i lyset af de i 2010-11 gennemførte analysers anbefalinger.

Overførsel af over- eller underskud

Efter det regionale budget- og regnskabssystem er der mulighed for, at regionsrådet vedrørende en given bevilling tilkendegiver, at det vil være indstillet på at genbevilde eventuelle uforbrugte beløb i det følgende år via en tillægsbevilling, som forhøjer den ordinære bevilling. Der kan føjes restriktioner på en tilkendegivelse om genbevilling, fx kan overførselsadgangen begrænses til en bestemt procentdel af bevillingen, og/eller den kan gøres betinget af, at det opsparede beløb anvendes til en bestemt, større anskaffelse.

Sådanne tilkendegivelser vil udgøre regionsrådets forhåndsindstilling til en senere forelagt konkret tillægsbevillingsansøgning om overførsel af bevillingsbeløb på det pågældende område. Der må således efterfølgende forelægges en tillægsbevillingsansøgning i de tilfælde, hvor en bevillingshaver ønsker at udnytte overførselsadgangen.

På denne baggrund anføres i årets sidste økonomirapport hvilke mindreforbrug, der foreløbigt ønskes overført til det følgende år. Regnskabsresultatet kan medføre ændringer heri.

Der gælder følgende principper for hvilke mindreforbrug, der kan søges overført til det følgende år:

- Ved forsinkelse af besluttede projekter på driftsområdet eller på en lokal investeringsramme vil tilsvarende mindreforbrug i forhold til den ajourførte bevillingsramme kunne søges overført til færdiggørelse af projektet i det følgende år.
- Ved forsinkelse af projekter finansieret af eksterne tilskud vil mindreforbrug i projektet inden for den ajourførte bevillingsramme kunne søges overført til dækning af de uopfyldte forpligtelser over for tilskudsgiver.
- Hvis der derudover opstår mindreforbrug afledt af tilbageholdenhed som følge af usikkerhed om det endelige regnskabsresultat, vil mindreforbrug kunne søges overført til ikke varige driftsformål (apparaturskaffelser og lignende) inden for en ramme på 0,4 pct. af nettobevillingen.
- Der kan ikke overføres merforbrug ("lånes" af bevillingen) til det efterfølgende år, med mindre der træffes særskilt beslutning herom i forbindelse med økonomirapporteringen.
- Ved forsinkelse af investeringsprojekter med særskilt bevilling, der udløser mindreforbrug af rådighedsbeløb, vil mindreforbruget kunne søges overført til færdiggørelse af projektet i det eller de følgende år.

- For social- og specialundervisningsområdet samt det regionale udviklingsområde vil årets resultat blive overført fuldt ud på grund af kravet om balance på de to respektive områder.

Forretningsudvalgets bevillingskompetence

Hovedreglen i regionslovens § 21 er som tidligere nævnt, at bevillingsmyndigheden er hos regionsrådet. Bevillingsmyndigheden kan som hovedregel ikke delegeres.

Regionsrådet kan dog bemyndige forretningsudvalget til at meddele tillægsbevillinger i tilfælde, hvor beløb fra en drifts- eller investeringsbevilling ønskes overført til en anden drifts- eller investeringsbevilling, jf. nedenfor om tillægsbevillinger.

Regionsrådet bemyndiger forretningsudvalget til at godkende flytning af mindre beløb efter følgende retningslinjer:

- Forretningsudvalget kan inden for hver af de tre kasser: sundhed, social- og specialundervisning samt regional udvikling, godkende overførsel inden for driftsrammen fra et bevillingsområde til et andet bevillingsområde samt fordeling af godkendte puljer.
- Forretningsudvalget kan godkende overførsel fra en investeringsbevilling til en anden investeringsbevilling. Der kan alene ske overførsel fra en investeringsbevilling, der er meddelt endeligt.
- Overførsel fra en driftsbevilling til en investeringsbevilling opført på det centrale investeringsbudget eller omvendt kræver forelæggelse for regionsrådet.
- For overførsel mellem driftsbevillinger omfatter bemyndigelsen beløb op til 5 pct. af den aktuelle bevilling i budgettet, dog maksimalt 25 mio. kr. Procentgrænsen skal ses i forhold til såvel den bevilling, der overføres fra, som den bevilling, der overføres til.
- For overførsel mellem investeringsbevillinger omfatter bemyndigelsen beløb op til en grænse på 10 pct., dog maksimalt 10 mio. kr.
- Forretningsudvalget kan godkende overførsel af puljemidler fra en driftsbevilling til andre driftsbevillinger samt overførsel fra driftsbevillinger til centrale puljer. Forretningsudvalgets bevillingskompetence ved fordeling af puljer gælder puljer, som er angivet i bevillingsbudgettet. Der er ingen procent- eller beløbsgrænse.
- Forretningsudvalgets bevillingskompetence omfatter kun overførsler med konsekvens i indeværende budgetår eller som teknisk korrektion til næste budgetår. Fordeling af puljemidler samt overførsel fra driftsmidler til centrale puljer er dog undtaget herfra.

Beslutning om gennemførelse af studiebesøg i udlandet for regionsrådsmedlemmer sker ved forelæggelse af mødesag for forretningsudvalget, som godkender program og frigiver beløbet.

Beslutning om tildeling af udviklingstilskud til ungdoms- og voksenuddannelsesinstitutioner i Region Hovedstaden inden for de af regionsrådet fastlagte faglige fokusområder og de fastlagte organisatoriske principper er delegeret til forretningsudvalget.

Forretningsudvalget kan generelt beslutte, at en given sag forelægges for regionsrådet, selv om sagen ligger inden for forretningsudvalgets kompetence.

Tillægsbevillingsregler

Regionsrådet har mulighed for i årets løb at meddele tillægsbevillinger til såvel drifts- som investeringsbevillinger samt rådighedsbeløb.

Ansøgninger om tillægsbevillinger forelægges som hovedregel samlet i økonomirapporterne. Det fremgår af regionslovens § 21, stk. 4, at enhver tillægsbevilling vedrørende driftsbevillinger eller rådighedsbeløb skal rumme en angivelse af, hvorledes den bevilgede udgift skal finansieres. Tillægsbevillinger vedrørende social- og specialundervisningsområdet og det regionale udviklingsområde skal som udgangspunkt finansieres ved tilsvarende mindreomkostninger eller merindtægter inden for de pågældende aktivitetsområder, jf. dog retningslinjerne for overførselsadgang.

Byggestyringsregler

Byggestyringsreglerne fastlægger principper, rammer og ansvarsfordeling for byggestyring og ejendomsadministration. Regionsrådet godkendte i februar 2009 de gældende byggestyringsregler for Region Hovedstaden.

I forbindelse med gennemførelse af Region Hovedstadens kvalitetsfondsprojekter og andre større byggerier i regionen skal udarbejdes en styringsmanual. Formålet er at fastlægge retningslinjer, der danner grundlag for styring af hvert af byggerierne, herunder politisk inddragelse, projektorganisering, styring af økonomi, risiko, tid samt rapportering og opfølgning. Regionsrådet godkendte i april 2011 et paradigme for en styringsmanual, der danner grundlag for udarbejdelse af styringsmanualer for de enkelte byggeprojekter. Paradigmet udgør et supplerende regelsæt til Region Hovedstadens byggestyringsregler.

Takststyringsprincipper/aktivitetsafhængig bevillingsstyring på hospitalerne

Formålet med aktivitetsafhængig bevillingsstyring er at sikre en sammenhæng mellem præsterede aktiviteter og bevillinger, hvor afvigelser fra aktivitetsforudsætningerne udløser ændringer i den bevillingsmæssige ramme.

Der fastsættes følgende nærmere bestemmelser:

- Takststyring omfatter somatisk sygehusbehandling afgrænset på samme måde som i reglerne for de statslige aktivitetsafhængige bidrag til regionerne. Dvs. at sterilisationer, kunstig befrugtning, genoptræning efter udskrivning fra hospital, specialtandpleje ikke indgår i modellen.
- Det enkelte hospital kan ikke uden forudgående forelæggelse for administrationen planlægge med et udvidet aktivitetsniveau med forudsætning om efterfølgende tilførsel af midler via takststyringsordningen. Ved meraktivitet i forhold til præstationsbudgettet vil der kun blive udløst en korrektion af hospitalets driftsbudget med en merbevilling beregnet som 50 pct. af drg-værdien af afvigelsen, hvis der på forhånd foreligger en godkendelse af den konkrete meraktivitet.
- Ved mindreaktivitet i forhold til præstationsbudgettet sker der en automatisk korrektion af hospitalets driftsbudget med en mindrebevilling beregnet som 50 pct. af drg-værdien af afvigelsen.
- Hospitalsdirektionen fordeler eventuelle mer- eller mindrebevillinger til de udførende afdelinger/enheder under hensyntagen til aktiviteten.
- Ved afvigelser i forhold til præstationsbudgettet for egne borgere sker korrektionen alene på udgiftssiden, mens der ved afvigelser for regionseksterne borgere både sker en korrektion svarende til 50 pct. af drg-værdien på udgiftssiden (hvis betingelserne ovenfor er opfyldt) og en korrektion af indtægtsbudgettet svarende til den faktiske indtægtsvirkning. Korrektionen af indtægtsbudgettet sikrer, at der for hospitalet er det samme økonomiske incitament uanset patientens bopæl.
- Der er mulighed for afvigelse fra reglen om korrektion på udgiftssiden med 50 pct. af drg-taksten, hvis det kan godtgøres, at den marginale omkostning af mer-/mindreaktiviteten afviger væsentligt herfra. Dette giver mulighed for i helt særlige tilfælde at gennemføre en mere nuanceret takststyring.
- Præstationsbudgettet fastlægges i forbindelse med budgetlægningen. Præstationsbudgettet fastlægges på hospitalsniveau som drg-værdien af aktivitetsmåltallene for sygehusudskrivinger og ambulante besøg. Drg-værdi beregnes som beskrevet i Sundhedsstyrel-

sens takstsystem.

- For at fastholde høj budgetsikkerhed og for at undgå utilsigtede virkninger af ordningen kan administrationen fastlægge "loft" for hvor store stigninger, der kan forekomme i forhold til præstationsbudgettet. Utilsigtede virkninger kan fx opstå, hvis en øget drg-produktion alene skyldes ændringer i registreringspraksis (teknisk kaldet "creep"), eller hvis der ved en væsentlig øget aktivitet bliver problemer med den samlede overholdelse af budgettet. Der fastlægges indtil videre et creep-loft på hospitalsniveau på 1,5 pct. svarende til loftet for de statslige aktivitetsordninger.
- Der foretages regulering af præstationsbudgettet i årets løb, hvis der sker korrektioner af driftsbudgettet, der har konsekvenser for aktiviteten omfattet af præstationsbudgettet. Endvidere kan der ske tilpasninger mellem den stationære del og den ambulante del af præstationsbudgettet for at undgå uhensigtsmæssige virkninger af takststyringen, hvis der gennemføres omlægning af patientbehandlingen fra stationær til ambulant behandling.

For de aktivitetsområder, der ikke indgår i modellen (dvs. sterilisationer, kunstig befrugtning, genoptræning efter udskrivning fra hospitalet, specialtandpleje og alkoholbehandling), gælder de generelle styringsprincipper for regionen. Ændringer i aktivitetsniveauet for disse afgrænsede områder omfattes dermed af den almindelige rammestyring uden for takststyringsmodellen.

Retningslinjer vedrørende leasing

Leasing er et finansieringsmæssigt instrument, som pålægger regionen en økonomisk forpligtelse over en længere årrække. Reglerne vedrørende leje og leasing er justeret i forbindelse med en revision af regionens finansielle politik i juni 2011, således at der i mindre omfang, efter godkendelse i forretningsudvalget, kan indgås leasingaftaler via en afgrænset rammeaftale på samlet 50 mio. kr. til leasing af biler og kontormaskiner.

Omkring anvendelse af leasing som finansielt instrument fastlægges følgende generelle bestemmelser:

- Som udgangspunkt kan der ikke indgås kontrakter om finansiering af anskaffelser via leasing medmindre der træffes særskilt beslutning af forretningsudvalget herom.
- Der må ikke indgås sale-and-lease-back aftaler, det vil sige aftaler om benyttelse af ejendomme, lokaler, anlæg, inventar, driftsmidler eller apparatur, der før aftalens indgåelse har været i regionens eje.
- Regionsrådet tager i forbindelse med den årlige budgetvedtagelse stilling til anvendelse af leasing i det kommende år. Fordelings-

nøglen er identisk med den enkelte virksomheds andel af regionens samlede nettodriftsbudget.

- Der kan kun i meget begrænset omfang indgås leasingaftaler i forbindelse med den almindelige drift, og dette kræver godkendelse af direktøren for Koncern Økonomi. Beløbsgrænsen for administrative godkendelser fastlægges til 0,5 mio. kr. Beløb over denne grænse skal godkendes af forretningsudvalget.

8. Obligatoriske oversigter

8.1 Hovedoversigter til budget – udgiftsbaseret

I alt

Mio. kr.	Udgifter	Indtægter
A. Driftsvirksomhed	36.403,5	-4.026,1
B. Anlægsvirksomhed	1.216,5	0,0
C. Fælles formål og administration	782,3	0,0
D. Renter	160,4	-60,3
E. Finansforskydninger		
Forøgelse i likvide aktiver	-184,9	
Afdrag på lån og leasingforpligtelser	262,5	
Øvrige finansforskydninger	-52,9	0,0
Finansforskydninger i alt		
SUM (A+B+C+D+E)	38.587,4	-4.086,4
F. Finansiering		
Forbrug af likvide aktiver		0,0
Optagne lån og ny leasinggæld		-289,5
Bloktilskud fra staten		-26.246,8
Grund og udviklingsbidrag fra kommunerne		-206,1
Aktivitetsbestemte tilskud fra staten		-838,2
Aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne		-6.046,6
Objektive finansieringsbidrag/takstbetaling		-873,7
Finansiering i alt		-34.501,0
BALANCE	38.587,4	-38.587,4

Sundhed

Mio. kr.	Udgifter	Indtægter
A. Driftsvirksomhed	34.636,5	-3.970,0
B. Anlægsvirksomhed	1.177,4	0,0
C. Andel af fælles formål og administration	740,7	0,0
D. Andel af renter	141,6	-60,3
E. Andel af finansforskydninger		
Forøgelse i likvide aktiver	-149,4	
Afdrag på lån og leasingforpligtelser	262,5	
Øvrige finansforskydninger	-52,9	0,0
Andel af finansforskydninger i alt	60,1	0,0
SUM (A+B+C+D+E)	36.756,2	-4.030,3
F. Finansiering		
Andel af forbrug af likvide aktiver		0,0
Andel af optagne lån og ny leasinggæld		-289,5
Bloktilskud fra staten		-25.551,5
Grundbidrag fra kommunerne		0,0
Aktivitetsbestemte tilskud fra staten		-838,2
Aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne		-6.046,6
Finansiering i alt		-32.725,9
BALANCE	36.756,2	-36.756,2

Social og specialundervisning

Mio. kr.	Udgifter	Indtægter
A. Driftsvirksomhed	844,3	-16,1
B. Anlægsvirksomhed	39,2	0,0
C. Andel af fælles formål og administration	20,1	0,0
D. Andel af renter	18,9	0,0
E. Andel af finansforskydninger		
Forøgelse i likvide aktiver	-32,7	
Afdrag på lån og leasingforpligtelser	0,0	0,0
Øvrige finansforskydninger	0,0	0,0
Andel af finansforskydninger i alt	-32,7	0,0
SUM (A+B+C+D+E)	889,8	-16,1
F. Finansiering		
Andel af forbrug af likvide aktiver		0,0
Andel af optagne lån og ny leasinggæld		0,0
Takstbetaling fra kommunerne		-873,7
Finansiering i alt		-873,7
BALANCE	889,8	-889,8

Regional udvikling

Mio. kr.	Udgifter	Indtægter
A. Driftsvirksomhed	922,6	-40,0
B. Anlægsvirksomhed	0,0	0,0
C. Andel af fælles formål og administration	21,4	0,0
D. Andel af renter	0,0	0,0
E. Andel af finansforskydninger		
Forøgelse i likvide aktiver	-2,8	
Afdrag på lån og leasingforpligtelser	0,0	
Øvrige finansforskydninger	0,0	0,0
Andel af finansforskydninger i alt		
SUM (A+B+C+D+E)	941,3	-40,0
F. Finansiering		
Andel af forbrug af likvide aktiver		0,0
Andel af optagne lån og ny leasinggæld		0,0
Bloktilskud fra staten		-695,3
Udviklingsbidrag fra kommunerne		-206,1
Finansiering i alt		-901,3
BALANCE	941,3	-941,3

8.2 Resultatopgørelser

Sundhedsområdet

Mio. kr.	B 2011 (11-pl)	B 2012
Bloktilskud fra staten	-24.991,1	-25.551,5
Kommunale grundbidrag	-2.052,0	0,0
Kommunale aktivitetsafhængige bidrag	-3.586,4	-6.046,6
Aktivitetsbestemt tilskud fra staten	-821,0	-838,2
Indtægter	-31.450,5	-32.436,4
Nettodriftsomkostninger	30.589,4	31.662,6
Andel af fælles formål og administration	622,1	636,2
Resultat før finansielle poster og ekstraordinære poster	-239,0	-137,6
Andel af finansielle indtægter	72,7	81,3
Andel af finansielle omkostninger	0,0	0,0
Resultat før ekstraordinære poster	-166,3	-56,3
Ekstraordinære indtægter	0,0	0,0
Ekstraordinære omkostninger	0,0	0,0
Årets resultat	-166,3	-56,3

Handicap og socialpsykiatri

Mio. kr.	B 2011 (11-pl)	B 2012
Takst- og beboerbetalinger vedr. socialpsykiatri	-292,7	-285,4
Takst- og beboerbetalinger vedr. handicapområdet	-634,5	-588,3
Indtægter	-927,2	-873,7
Nettodriftsomkostninger	893,0	852,7
Andel af fælles formål og administration	19,3	17,2
Resultat før finansielle poster og ekstraordinære poster	-14,9	-3,9
Andel af finansielle indtægter	0,0	0,0
Andel af finansielle omkostninger	14,9	18,9
Resultat før ekstraordinære poster	0,0	15,0
Ekstraordinære indtægter	0,0	-15,0
Ekstraordinære omkostninger	0,0	0,0
Årets resultat	0,0	0,0

Regional udvikling

Mio. kr.	B 2011 (11-pl)	B 2012
Bloktilskud fra staten	-680,8	-695,3
Udviklingsbidrag fra kommunerne	-200,0	-206,1
Indtægter	-845,3	-901,3
Nettodriftsomkostninger	863,8	882,9
Andel af fælles formål og administration	17,0	18,4
Resultat før finansielle poster og ekstraordinære poster	0,0	0,0
Andel af finansielle indtægter	0,0	0,0
Andel af finansielle omkostninger	0,0	0,0
Resultat før ekstraordinære poster	0,0	0,0
Ekstraordinære indtægter	0,0	0,0
Ekstraordinære omkostninger	0,0	0,0
Årets resultat	0,0	0,0

8.3 Pengestrømsopgørelser

PENGESTRØMSOPGØRELSE

Mio. kr.	Sundhed	Social- og specialunder visning	Regional udvikling	I alt
Årets resultat	56,3	0,0	0,0	56,3
Likviditetsreguleringer til årets resultat				
+ afskrivninger	828,9	18,9	0,3	848,2
+ intern forrentning	0,0	18,9	0,0	18,9
+ lagerforskydninger	-0,6	0,0	0,0	-0,6
+ hensættelse til feriepenge	34,8	1,7	0,0	36,5
+ hensættelser til tjenestemandspensioner	133,0	3,8	0,0	136,7
- andre reguleringer, primo	0,0	0,0	0,0	0,0
+ andre regulering, ultimo	-104,5	-17,8	-3,0	-125,4
A. Likviditetsvirkning af årets resultat	891,6	25,4	-2,7	914,3
Likviditetsreguleringer vedrørende investeringer				
- køb af immaterielle anlægsaktiver		0,0		
+ salg af immaterielle anlægsaktiver		0,0		
- køb af materielle anlægsaktiver	-1.177,4	-39,2	0,0	-1.216,5
+ salg af materielle anlægsaktiver		0,0		
+/- andre forhold		0,0		
B Likviditetsvirkning af investeringer	-1.177,4	-39,2	0,0	-1.216,5
C. Årets samlede likviditetsvirkning (Årets resultat+A+B)	-229,5	-13,8	-2,7	-246,0
Likviditetsreguleringer til fælles og finansieringsposter				
+/- forskydninger i kortfristede tilgodehavender				
+/- forskydninger i kortfristede gældsforpligtelser				
+ optagelse af eksterne lån				289,5
- afdrag på eksterne lån				-262,5
- forrentning af interne lån				-18,9
+/- øvrige finansielle poster				52,9
D. Likviditetsvirkning af fælles og finansieringsposter				61,0
E. Årets samlede likviditetsvirkning (C+D)				-184,9
F. Likvider, primo budgetåret				-845,0
G. Likvider, ultimo budgetåret (E+F)				-1.029,9

Mellemværende - social- og specialundervisningsområdet

Mio. kr.	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Primo 1. januar	391,7	424,5	457,7	492,3
Årets likviditetsvirkning	13,8	13,8	13,8	13,8
Forrentning af saldo	18,9	19,4	20,8	22,4
Ultimo 31. december	424,5	457,7	492,3	528,5

Bilag 1. Økonomi og kapacitet på social- og specialundervisningsområdet

Bemærkninger til bilag

I vedlagte bilag er der for socialpsykiatrien (Region Hovedstadens Psykiatri) og for handicapområdet opgjort såvel økonomi som aktivitet på institutionsniveau.

Aktiviteten er opgjort som antal pladser samt budgetlagt belægningsprocent for 2012.

Socialpsykiatri

Institutionsbudgetter på socialpsykiatriens område

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
Dansk Røde Kors Natherberg	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3
Klintegården	49,8	51,2	51,2	51,2	51,2
Lunden	27,6	25,7	25,7	25,7	25,7
Nordsjællands Misbrugscenter	56,3	52,3	52,3	52,3	52,3
Orion	40,7	40,7	40,7	40,7	40,7
Skibbyhøj	19,6	19,5	19,5	19,5	19,5
Skovvænget	32,0	26,3	26,3	26,3	26,3
Sølvang	15,9	16,1	16,1	16,1	16,1
Svendbjerggård	10,2	10,5	10,5	10,5	10,5
Fælles driftsmidler	15,7	12,0	12,0	12,0	12,0
Samlet nettobudget	270,0	256,6	256,6	256,6	256,6

Kapacitet på socialpsykiatriens område

Institution	Pladser i 2012 Dagtilbud	Pladser i 2012 Botilbud	Pladser i 2012 misbrugs- området	Belægnings- procent forventet
Dansk Røde Kors Natherberg	-	-	8	80%
Klintegården	3	65	-	97%
Lunden	-	24	-	97%
Nordsj. Misbrugscenter - Hjemløse	-	-	45	90%
Nordsj. Misbrugscenter - Pensionater	-	-	6	90%
Orion	20	38	-	95%
Skibbyhøj	41	23	-	95%
Skovvænget	2	30	-	97%
Sølvang - døgn	-	-	25	97%
Sølvang - udslusning	-	-	4	90%
Svendbjerggård	-	-	25	95%
I alt	66	180	113	

Handicapområdet

Institutionsbudgetter på handicapområdet

Mio. kr. 2012-priser	B 2011 (11-pl)	B 2012	BO 2013	BO 2014	BO 2015
3-Kløveren	41,0	36,8	36,8	36,8	36,8
Bredegård	32,5	33,2	33,2	33,2	33,2
Geelsgårdskolen	99,4	98,2	98,2	98,2	98,2
Pensionatet Hulegården	23,2	23,7	23,7	23,7	23,7
Jonstrupvangbebyggelsen	42,7	43,7	43,7	43,7	43,7
Pensionatet Kamager	28,9	29,6	29,6	29,6	29,6
Lyngdal*	18,5	20,6	20,6	20,6	20,6
Behandl. Nødebogård	60,2	55,7	55,7	55,7	55,7
Rønnegård	21,1	35,2	35,2	35,2	35,2
Sølgaven	42,7	43,6	43,6	43,6	43,6
Sølager	75,4	57,5	57,5	57,5	57,5
Børnecentret for Rehabilitering	9,7	6,6	6,6	6,6	6,6
Kommunikationscenteret	51,5	42,1	42,1	42,1	42,1
Fællesdriftsmidler	23,1	20,0	20,0	20,0	20,0
Samlet nettobudget	569,8	546,6	546,6	546,6	546,6

*: Indeholder også udgiften til Lyngen

Kapacitet på handicapområdet

Institution	Døgnpladser 2012	Dagpladser 2012	Belægnings- procent forventet
3-kløveren	32		97%
Bredegård	40	56	97%
Geelsgårdskolen	15	185	99%
Pensionatet Hulegården	41		96%
Jonstrupvangbebyggelsen	46	23	97%
Pensionatet Kamager	40		99%
Lyngdal	12		98%
Lyngen		4	98%
Behandl. Nødebogård	46	29	97%
Rønnegård	26	12	99%
Sølgaven	66	20	97%
Sølager	26	26	100%
Børnecentret for Rehabilitering	ingen pladstal		
Kommunikationscenteret			
I alt	390	355	

NOTAT

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 50 10
Fax 48 20 57 99
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721
Journal nr.: 11000230

Dato: 10. august 2011

Ændringer til budgetforslag 2012 – 2015 i forbindelse med førstebehandlingen

I det til regionsrådet udsendte budgetforslag 2012 – 2015 er der behov for præcisering af et udestående vedrørende fastlæggelsen af råderummet for sundhedsområdets driftsudgifter (udgiftsrammen) og desuden er der enkelte rettelser, som bør indarbejdes senere. Der henvises til punkt a. – c. nedenfor.

- a. Med hensyn til råderummet for sundhedsområdet er dette fastlagt i økonomiaftalen, men i forbindelse med den endelige udmelding 1. juli 2011 vedrørende en forhøjelse med 24 mio. kr. af den kommunale medfinansiering, blev samtidig udmeldt en tilsvarende forhøjelse af udgiftsrammen, dvs. med 24 mio. kr.

Budgetforslaget er udarbejdet på dette grundlag, og administrationen indarbejdede en forhøjelse af det afsatte beløb til kvalitetsforbedringer og øget aktivitet på hospitalerne på 24 mio. kr., således at der i alt i 2012 er afsat 124 mio. kr. i forhøjelse i forhold til budget 2011.

Danske Regioner har herefter den 8. august 2011 oplyst, at forhøjelsen af råderummet med 24 mio. kr. var en fejl, men det er ikke samtidig afklaret, om der udestår en tilpasning af finansieringen.

Den endelige tilpasning af budgetforslaget vedrørende det nedsatte råderum kan først foretages, når der foreligger en afklaring heraf.

- b. Derudover er det konstateret, at der er en fejl i tabellen på side 20 om udvikling i nettodriftsudgifter, hvor specifikationen af de 475 mio. kr. skal justeres med en forhøjelse på 3 mio. kr. under ”andre ændringer” og en tilsvarende nedsættelse under besparelser.
- c. Endelig skulle tabellen på side 13 vedrørende investeringsbudgettet til øvrige projekter have været den samme som den på side 97 gengivne tabel. Forskellen består af en yderligere specifikation af, at der i 2012 budgetteres med lånoptagelse på 27 mio. kr. vedrørende energiinvesteringer. Totalen er den samme i de to tabeller.

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Sag nr. 4

Emne: Ledelsesprincipper og overordnet administrativ organisering

10 bilag

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød**BREV****Telefon** 48 20 50 00**Fax** 48 20 57 77**Web** www.regionhovedstaden.dk**Til: Virksomhedernes MED-udvalg og RegionH MED-udvalget**

Ref.: svsker

Dato: 28. april 2011

HØRING AF:**Forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder**

Regionsrådet har på baggrund af en indstilling fra forretningsudvalget og på baggrund af anbefalinger fra konsulentfirmaet Lundgaard Konsulenterne på sit møde den 26. april 2011 besluttet at følgende forslag til ændringer i ledelsesstrukturen på nogle af regionens virksomheder sendes i høring i MED-organisationen:

1. at der med virkning fra 1. januar 2012 etableres fælles ledelse i fusions- og byggeperioden for følgende hospitaler:
 - a) Hillerød, Helsingør og Frederikssund,
 - b) Bispebjerg og Frederiksberg,
 - c) Hvidovre og Amager,
2. at Bornholms Hospital pr. 1. januar 2012 etableres som en selvstændig virksomhed med egen ledelse, og
3. at der etableres tre nye tværgående virksomheder: en for sociale institutioner og kommunesamarbejde, en for præhospitalsvirksomhed samt en for apoteksområdet.

Konsulentfirmaets rapport (anden delrapport) vedlægges som bilag 1.

Forslag om ændring af ledelsesstruktur i fusions- og byggeperioden – planlægningsområde Nord

For at de berørte hospitaler i planlægningsområde Nord i fusions- og byggeperioden kan fungere så hensigtsmæssigt som muligt foreslås det, at der med virkning fra den 1. januar 2012 etableres en fælles ledelse for de tre hospitaler Hillerød, Helsingør og Frederikssund, baseret på et princip om matrikelledelse, således, at der fortsat er et di-

rektionsmedlem, der er ansvarlig for det enkelte hospital. Forslaget indebærer tillige muligheder for synergier, både ledelsesmæssigt, organisatorisk og sundhedsfagligt.

Det foreslås derfor, at ledelserne på Frederikssund Hospital, Helsingør Hospital og Hillerød Hospital i fusions- og byggeperioden samles i én fælles ledelse, men med fortsat matrikelledelse.

Direktionen består herefter af:

- Virksomhedsdirektøren,
- 5 vicedirektører.

Det bemærkes, at regionsrådet ved sin behandling af sagen har besluttet, at hospitalsdirektøren for Hillerød Hospital, såfremt forslaget vedtages endeligt, fortsætter som hospitalsdirektør for den nyetablerede fælles ledelse i fusions- og byggeperioden.

Forslag om ændring af ledelsesstruktur på hospitaler i fusions- og byggeperioden – planlægningsområde Byen

På tilsvarende vis foreslås det at ledelserne på Bispebjerg Hospital og Frederiksberg Hospital i fusions- og byggeperioden samles i én fælles ledelse pr. 1. januar 2012, men med fortsat matrikelledelse.

Direktionen består herefter af:

- Virksomhedsdirektøren,
- 4 vicedirektører.

Det bemærkes, at regionsrådet ved sin behandling af sagen har besluttet, at hospitalsdirektøren for Bispebjerg Hospital, såfremt forslaget vedtages endeligt, fortsætter som hospitalsdirektør for den nyetablerede fælles ledelse i fusions- og byggeperioden.

Forslag om ændring af ledelsesstruktur på hospitaler – planlægningsområde Syd

Det fremgår af konsulentfirmaets rapport, at Amager Hospital udgør en lille enhed, hvis bæredygtighed som selvstændig virksomhed er under pres. Det foreslås derfor, at Amager Hospital og Hvidovre Hospital ledelsesmæssigt sammenlægges, indtil det er afklaret, om der befolkningsmæssigt mv. er grundlag for at etablere et nyt hospital på Amager.

På denne baggrund foreslås det, at ledelserne på Hvidovre Hospital og Amager Hospital pr. 1. januar 2012 samles i én fælles ledelse, men med fortsat matrikelledelse.

Direktionen består i perioden af:

- Virksomhedsdirektøren,
- 4 vicedirektører.

Det bemærkes, at regionsrådet ved sin behandling af sagen har besluttet, at hospitalsdirektøren for Hvidovre Hospital, såfremt forslaget vedtages endeligt, fortsætter som hospitalsdirektør for den nyetablerede fælles ledelse i fusions- og byggeperioden.

Bornholms Hospital

Under hensyn til hospitalets særlige forhold og profil foreslås Bornholms Hospital pr. 1. januar 2012 etableret som en virksomhed med egen ledelse.

Direktionen består herefter af:

- Virksomhedsdirektøren,
- 1 vicedirektør.

Nye tværgående virksomheder

For yderligere at udvikle regionens kapacitet til koordination og helhedsorienteret indsats på tværs foreslås oprettelse af tre nye tværgående virksomheder:

- en for sociale institutioner og kommunesamarbejde
- en for præhospitalsvirksomhed, og
- en for apoteksområdet.

For så vidt angår virksomheden for sociale institutioner og kommunesamarbejde indebærer forslaget, at de krisecentre, forsorgs- og misbrugstilbud, som i dag er en del af Region Hovedstadens Psykiatri, overgår til den nye tværgående virksomhed sammen med de bo- og aktivitetstilbud, som hører under psykiatrien. Det gælder dog ikke for tilbuddene Lunden, Orion og Skovvænget, som vurderes at have et så tæt samspil med behandlingspsykiatrien, at de bør forblive i regi af Region Hovedstadens Psykiatri.

Region Hovedstadens Apotek er allerede i dag en selvstændig virksomhed, men med forslaget præciseres det, at Apoteket skal fortsætte som en del af paletten af de nye tværgående virksomheder, idet der ikke i øvrigt i denne forbindelse sker ændringer af apotekets ledelses- og organisationsstruktur.

Høring af MED- organisationen

Forslag om ændret ledelsesstruktur på hospitaler i fusions- og byggeperioden mv. og oprettelse af nye tværgående virksomheder sendes hermed i høring hos medarbejdere og ledelse på de berørte hospitaler, virksomheder og stabe.

I forbindelse med den løbende sammenlægning af afdelinger som følge af hospitals- og psykiatriplanen etableres der samarbejde mellem det afgivende og det modtagende hospital, men der etableres ikke i den sammenhæng nye særskilte MED-udvalg. Ved etablering af fælles ledelse på hospitaler som foreslået og ved oprettelse af nye tvær-

gående virksomheder vil det i de fleste tilfælde være hensigtsmæssigt at oprette egentlige fusions MED- udvalg.

Den videre proces

Regionsrådet har ved sin behandling af sagen præciseret, at der hermed ikke er taget stilling til, hvorledes den fremtidige overordnede ledelsesstruktur kan organiseres fra 2020.

Efter høringen i MED-organisationen forelægges forslagene til endelig godkendelse for forretningsudvalget og regionsrådet i juni måned 2011.

En tiltrædelse af forslagene vil indebære ændringer i den overordnede "Strukturplan for ledelsen i Region Hovedstadens virksomheder", som regionsrådet godkendte i juni 2007. Strukturplanen er vedlagt som bilag.

Høringssvar

Høringssvar indsendes til HR@regionh.dk senest torsdag den 19. maj kl. 13.00.

Høringssvarene behandles af RegionH MED-udvalget på møde den 25. maj.

Med venlig hilsen

Katja Kayser

Bilag til høringsbrev

Bilag 1: "Region Hovedstaden, overordnet strategiske ledelse, styring og politisk betjening – en analyse". Anden delrapport, Lundgaard konsulenterne.

Bilag 2: "Strukturplan for ledelse", Region Hovedstaden, 2007.

NOTAT**Telefon** 4820 5000
Direkte 48205317
Fax 4820 5198**Til: Regionsrådet**

Dato: 1. juni 2011

Høringssvar fra Region H-MEDudvalget angående ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

Regionsrådet besluttede den 26. april 2011 at sende forslag i høring i regionens MED-organisation om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af tre nye tværgående virksomheder.

RegionH-MEDudvalget har den 25. maj 2011 drøftet regionsrådets forslag samt behandlet de indkomne høringssvar fra regionens virksomheds-MEDudvalg.

Der henvises generelt til virksomheds-MEDudvalgenes høringssvar for spørgsmål, faktuelle oplysninger samt hensyn, der vil kunne bruges i et videre arbejde med ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

Ændring af ledelsesstruktur

Region H-MEDudvalget anerkender, at der er fokus på direktionsmæssig ledelse på alle matrikler i fusions- og byggeperioden på regionens hospitaler.

Region H-MEDudvalget lægger vægt på, at alle medarbejdere på alle matrikler oplever tilstrækkelig ledelseskraft og ledelsesnærvær til både den faglige udvikling og til daglige koordinering og drift på arbejdspladsen.

Medarbejdersiden giver endvidere udtryk for, at man ikke finder det hensigtsmæssigt, at ændringerne på direktionsniveau fører til forandringer i ledelsesstrukturen på center-/afdelings-/klinik-niveauet.

Region H-MEDudvalget har ingen kommentarer til, at Bornholms Hospital pr. 1. januar 2012 etableres som en selvstændig virksomhed med egen ledelse. Der henvises til det positive svar fra virksomheds-MEDudvalget på Bornholms Hospital.

Tværgående virksomheder

Region H-MEDudvalget bakker som udgangspunkt op om intentionerne med etableringen af de tre nye tværgående virksomheder: en for sociale institutioner og kommunesamarbejdet, en for præhospitalsvirksomhed samt en for apoteksområdet.

Region H-MEDudvalget noterer sig i den forbindelse, at intentionerne med de nye tværgående virksomheder er en øget fokusering på kerneydelsen på regionens hospitaler samt øgede muligheder for kvalitet og standardisering i den service, der ydes af de tværgående virksomheder.

Strukturen i MED-organisationen

Hvis forslaget om fælles ledelse på visse virksomheder og forslaget om tværgående virksomheder vedtages, forventer Region H-MEDudvalget, at der vil blive en drøftelse af hvordan strukturen i MED-organisationen kan afspejle den nye ledelses- og organisationsstruktur i regionen.

Med venlig hilsen

Helle Ulrichsen
Formand

Vibeke Westh
Næstformand

NOTAT**Telefon** 4820 5000**Fax** 4820 5198**Til** **KD, UD og RegionH MED-udvalget**

Dato: 23. maj 2011

Opsamling på høring i MED-organisationen af forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.**Baggrund og høringsproces**

Regionsrådet har på baggrund af en indstilling fra forretningsudvalget og på baggrund af anbefalinger fra konsulentfirmaet Lundgaard Konsulenterne på sit møde den 26. april 2011 besluttet at sende følgende forslag i høring i regionens MED-organisation:

1. at der med virkning fra 1. januar 2012 etableres fælles ledelse i fusions- og byggeperioden for følgende hospitaler:
 - a) Hillerød, Helsingør og Frederikssund,
 - b) Bispebjerg og Frederiksberg,
 - c) Hvidovre og Amager,
2. at Bornholms Hospital pr. 1. januar 2012 etableres som en selvstændig virksomhed med egen ledelse, og
3. at der etableres tre nye tværgående virksomheder: en for sociale institutioner og kommunesamarbejde, en for præhospitalsvirksomhed samt en for apoteksområdet.

Forslaget blev sendt i høring den 28. april 2011 til virksomheds-MEDudvalgene (VMU) og til Region H-MEDudvalget. Der var frist for afgivelse af høringssvar fra virksomheds-MEDudvalgene (VMU) torsdag den 19. maj 2011 kl. 13.

Koncern HR har kort sammenfattet de 15 indkomne høringssvar fra VMU'erne. Høringssvarene behandles af Region H-MEDudvalget på møde den 25. maj 2011.

Efter høringen i MED-organisationen forelægges forslagene til endelig godkendelse for forretningsudvalget og regionsrådet i juni måned 2011.

Der er i høringsmaterialet spørgsmål, konkrete og faktuelle oplysninger samt hensyn, der vil kunne bruges i det evt. videre arbejde med ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

Sammenfattende høringsbemærkninger

Høringssvarene udtrykker generel opbakning til etablering af fælles ledelse mellem hhv. Hillerød/Helsingør/Frederikssund, Bispebjerg/Frederiksberg og Hvidovre/Amager.

I mange høringssvar udtrykkes tvivl om eller modstridende ønsker til, hvad "fælles ledelse" og "matrikelledelse" betyder i praksis. Er det fx den samme direktør, der hele tiden skal være på en matrikel, eller kan det skifte, hvordan smitter fælles ledelse evt. af på organisering af administrationen, betyder fælles ledelse også fælles økonomi?

Der er opbakning til, at Bornholms Hospital etableres som selvstændig virksomhed med egen direktion.

I høringssvarene udtrykkes generel opbakning til etablering af de tre nye tværgående virksomheder.

Tre høringssvar stiller sig imidlertid uforstående overfor delelementer i planen for de tre tværgående virksomheder:

- VMU'erne på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital udtrykker vanskelighed ved at se de patientmæssige eller økonomiske gevinster ved at flytte Giftlinien fra Arbejdsmedicinsk Klinik til den nye præhospitale virksomhed.
- VMU i Region Hovedstadens Psykiatri finder det ulogisk og uhensigtsmæssigt at Klintegården foreslås forankret i Den Sociale Virksomhed, da Klintegården er et længerevarende botilbud til borgere, der pga. deres psykiske sygdom har behov for omfattende og døgndækket støtte efter udskrivning.
- VMU på Rigshospitalet ser væsentlige risici ved at flytte AMK til en placering på vagtcentralen. Det vurderes, at en flytning vil gøre det nødvendigt at etablere eget beredskabsvagthold på Rigshospitalet.

Flere høringssvar lægger vægt på, at de forestående forandringer både med etablering af fælles ledelse og etablering af nye tværgående virksomheder sker under hensyntagen til interpersonelle forhold, med fokus på inddragelse af MED-organisationen og ud fra princippet om, at fusioner sker mellem ligeværdige parter.

Amager Hospital

- VMU udtrykker usikkerhed omkring, hvad "én fælles ledelse" mellem Amager og Hvidovre Hospital betyder i praksis. Hvad er indholdet af begrebet "matrikelledelse", og hvilke økonomiske vilkår vil gælde for Amager Hospital efter en sammenlægning.
- For medarbejdersiden fremstår det uklart, om der med en fælles ledelse vil være tale om en eller to virksomheder.
- Der er bekymring for, at en lang distance til direktion og øvrig ledelse vil virke hæmmende på effektiviteten.
- Der er bekymring for, at Hvidovre Hospitals økonomiske udfordringer i et vist omfang vil blive Amager Hospitals udfordringer.

- Det er forventningen, at det administrative område på Amager og Hvidovre Hospital vil blive sammenlagt, og at det sker samtidigt med etableringen af de nye virksomheder for HR og IT. Det er vigtigt for de implicerede medarbejdere, at der er en samtidig beskrivelse af hvilke valgmuligheder, de har, og at der er tale om et reelt valg. Samtidig appelleres til, at processerne tager hensyn til, at ingen medarbejdere skal flytte to gange inden for få måneder.
- Det bør tages i betragtning i fusionen mellem Amager og Hvidovre Hospital, at administrative medarbejdere på Amager på flere områder fx økonomi, kvalitet, patientsikkerhed og uddannelse er placeret centralt i stedet for på afdelingerne.
- Det er VMU's opfattelse, at etableringen af fælles ledelse mellem Amager og Hvidovre Hospital er forventelig. Særligt mener røntgenafdelingen, at en sammenlægning af de to hospitaler er at foretrække frem for en isoleret fusion af de to røntgenafdelinger.
- Der er skepsis fra medarbejdersiden om stordriftsfordelene ved en sammenlægning.

Bispebjerg Hospital og Frederiksberg Hospital (fælles høringssvar)

- Set i lyset af den politisk besluttede fusion og det fælles byggeprojekt tilkendegiver VMU'erne på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, at det giver god mening at fusionere de to direktioner til en fælles direktion pr. 1. januar 2012.
- Etableringen af "matrikelledelse" understøtter på kort sigt og i starten af fusionsprocessen en tæt og løbende kontakt mellem Direktionen og såvel afdelingsledelser som fællestillidsrepræsentanter og øvrigt personale. Men i takt med at flere afdelinger fusioneres, vil en firkantet og statisk organisering af de enkelte direktionsmedlemmers ansvarsområder gøre det vanskeligt at skabe en egentlig fælles direktion, vanskeliggøre muligheden for at tænke på tværs og lægge op til "forhandlinger" mellem direktører med hvert sit matrikelansvar.
- VMU'erne henstiller til, at det i videst muligt omfang overlades til den nye fælles Direktion – i dialog med VMU – løbende at tilrettelægge og justere Direktionens organisering, herunder hvilke ansvarsopgaver som de enkelte direktionsmedlemmer skal have.
- Den ny fælles Direktion, afdelingslederne og VMU ønsker selv at udarbejde forslag til en fusionsplan med grovskitse for, hvordan fusionen kan finde sted i perioden 2012-2023.
- VMU'erne stiller sig uforstående over for forslaget om, at Giftlinien flytter fra Bispebjerg Hospital til den nye præhospitale virksomhed. Giftlinien er en integreret del af regionens eneste arbejdsmedicinske klinik, og det er vanskeligt at se de patientmæssige eller økonomiske gevinster ved at flytte funktionen et andet sted hen.

Bornholms Hospital

- VMU kan til fulde tilslutte sig forslaget om, at Bornholms Hospital ikke kun reelt, men også formelt bliver en selvstændig virksomhed med egen direktion.

- Bornholms Hospitals anknytning til Rigshospitalet er der stadig, men på det kliniske område.
- VMU ser store perspektiver i, at der fremover tænkes på særlige muligheder for Bornholms Hospital, bl.a. som spydspids i forhold til telemedicin og andre innovative projekter.

Frederikssund Hospital

- VMU finder det positivt, at der lægges op til selvstændig matrikelledelse på direktionsniveau på nærhospitalerne.
- Det formodes, at matrikelledelse indebærer, at nærhospitalerne har eget budget og egen økonomistyring, at afdelingsledelserne på nærhospitalerne fungerer selvstændigt, og at Frederikssund Hospital bevares som en ligeværdig matrikel i planlægningsområde Nord.

Gentofte Hospital

- VMU bakker op om oprettelse af nye tværgående virksomheder for yderligere at udvikle regionens kapacitet til koordination og helhedsorienteret indsats.
- Særligt ser VMU positivt på etablering af den præhospitale virksomhed og forventer, at et tættere samarbejde mellem de forskellige aktører vil styrke kvaliteten og sikkerheden i det samlede patientforløb for de akutte patienter.

Glostrup Hospital

- VMU har ingen bemærkninger til forslaget, da det ikke har direkte implikationer for Glostrup Hospital.

Helsingør Hospital

- VMU kan generelt tilslutte sig forslagene.
- VMU argumenterer for, at den struktur for matrikelledelse, regionen vælger, også må afspejle organiseringen og sammensætningen af stabene.
- Matrikelledelse kan give det problem, at man dekobler nærhospitalerne. Dette bør undgås ved at arbejde på en samlet direktion i planlægningsområde Nord.
- VMU forslår, at man indfører en form for turnus, således at den samlede direktion har et ledelsestilhørsforhold til alle hospitaler i planlægningsområdet.
- VMU finder det væsentligt, at man i planlægningsområde Nord tænker integration mellem ledelse og administration, således at der ikke sker en opdeling i et a- og et b-hold.
- VMU mener, at det kliniske personales behov for administrativ støtte skal være bestemmende, således at der lokalt er ansat mindst en personalekonsulent og en økonomikonsulent i fysisk tilstedeværelse alle ugens hverdage.
- VMU finder det væsentligt, at man ikke fakturerer på tværgående ydelser i planlægningsområde Nord, da det giver en uhensigtsmæssig administrativ byrde og bureaukratisering.

Herlev Hospital

- VMU tager indhold i rapport om overordnet strategisk ledelse, styring og politisk betjening i Region Hovedstaden til efterretning og afventer endelig beslutningstagen på området.

Hillerød Hospital

- MED-organisationen finder det grundlæggende begrundet og hensigtsmæssigt at styrke det ledelsesmæssige samarbejde samt den kliniske profil og tyngde i planlægningsområdet ved samling af de 3 direktioner i Nord.
- Det er afgørende for et flertal i VMU, at der sikres fagprofessionel ledelse på direktionsniveau indenfor såvel pleje- som behandling på Hillerød Hospital.
- Det vurderes, at sammenlægningen på direktionsniveau over tid vil kunne videreføres på afdelingsledelses- og stabsniveau.
- Der er behov for præcisering af begrebet ”matrikelledelse”, så der kan opnås fælles forståelse med det administrative/politiske niveau herom for at sikre udmøntning i overensstemmelse med de politiske intentioner.
- Der er opbakning til at arbejde mod forslaget om i 2020 at have en direktion på 4 direktører på det kommende Nordsjællands Hospital. I perioden frem til dette, er der dog behov for ekstraordinær ledelsesmæssig kapacitet.
- Det vil være positivt og fremmende for samarbejdet at få nedsat fusions-MED snarest.
- Hillerød Hospital finder det befordrende at arbejde med 2-årige udviklingsaftaler og vil opfordre til, at det generelle dialogaftalekoncept udformes sådan, at hensyn til både fælles regionale områder/strategier og det lokale islæt imødekommes.
- Det anbefales, at de bærende strategier formuleres snarest for at muliggøre ændring af dialogaftalekonceptet fra 2012. Der opfordres til, at de foreslåede programejere (vicedirektører) tillægges mandat og gives legitimitet til at arbejde på tværs af virksomhederne.
- Der udtrykkes bekymring for den fremtidige styring mellem virksomheder og koncernstabe og mellem virksomheder og tværgående virksomheder. Der ønskes sammenhæng, fremdrift og brugerindflydelse, uden at koordineringen bliver for kompleks og for ressourcekrævende.
- VMU bemærker, at der grundlæggende i rapporten mangler opmærksomhed på de inter-personelle vilkår i den foreslåede struktur. Ligeledes efterlyses incitament- og motivationsfaktorer generelt som led i den samlede tænkning vedrørende udvikling af organisationen.

Hvidovre Hospital

- VMU finder, at der vil være store fordele i, at Hvidovre og Amager Hospital ledelsesmæssigt sammenlægges, så medarbejderne på Amager Hospital kun skal forholde sig til én overordnet ledelse, uafhængigt af hvilken afdeling de er ansat i.

- Fordelen ved sammenlægningen er også, at den fremtidige matrikelledelse på Amager Hospital herved får instruktionsbeføjelser i forhold til afdelingsledelserne for de efterhånden mange udefunktioner fra Hvidovre Hospital.
- Hvidovre Hospital har en klar forståelse af, at Amager Hospital også fremover skal sikres en stærk faglig profil og forblive en attraktiv arbejdsplads.

Koncernstabene

- VMU bemærker, at forslaget ikke redegør for ledelsen af de to nye virksomheder (HR og IT).
- VMU tilkendegiver, at det er svært på nuværende tidspunkt helt at overskue, hvilke konsekvenser ændringerne vil få for opgaverne i koncernstabene.

Region Hovedstaden - Handicap

- VMU er meget tilfredse med, at der fortsat er en selvstændig virksomhed, der skal varetage opgaver på det sociale område og er tilfredse med, at disse opgaver i højere grad end tidligere samles.
- VMU tror, at det kan betyde en forenkling, at flere opgaver, der finansieres og drives efter samme regler, også varetages ét sted. Samtidig vil det kunne styrke regionens arbejde på området, at samarbejdet med kommunerne på det sociale område knyttes langt tættere sammen med varetagelsen af driftsopgaven.
- VMU tror, at en selvstændig virksomhed på det sociale område er nødvendig, hvis der fortsat skal være opmærksomhed og fokus på et område, der i regionens samlede aktivitet ikke fylder meget.
- Ud over samspillet med Psykiatrien vil samspillet med de øvrige nye tværgående virksomheder være af betydning. Det vil være afgørende, at de opgaver, som knytter sig til driften af de sociale tilbud varetages kvalificeret og løses effektivt, uden at omkostningerne hertil øges.

Region Hovedstadens Apotek

- VMU tilkendegiver, at Apoteket siden etableringen i 2007 har opfattet sig som en tværgående virksomhed, og det hilses velkommen, at Apoteket nu også formelt får status som tværgående virksomhed.

Region Hovedstadens Psykiatri

- VMU er enig i, at Region Hovedstadens Psykiatri nu er konsolideret som organisation, og at der fremadrettet er behov for fokus på udvikling af kerneydelsen. Der vil dog fortsat være behov for fokus på konsolidering pga. de løbende omstillinger.
- VMU konstaterer med tilfredshed, at Lundgaard2 vægter en styrkelse af Region Hovedstadens Psykiatris profil som psykiatrisk hospital. Det skal fortsat sikres, at der er tilstrækkelig ledelseskapaletet til at understøtte den store forskningsindsats, som er højt prioriteret, og til at gennemføre de omfattende byggeprojekter og omstillinger.

- VMU er enig i, at det vil være hensigtsmæssigt at samle de sociale tilbud i regionen. Det vil dog have betydelige administrative, organisatoriske og faglige konsekvenser at skifte organisatorisk tilhørsforhold.
- VMU finder, at forslaget om, at Lunden, Orion og Skovvænget også fremover forankres i Region Hovedstadens Psykiatri er hensigtsmæssigt for at sikre en fortsat sammenhæng i tilbud og forløb til mennesker med psykisk sygdom.
- Dog finder VMU det ulogisk og uhensigtsmæssigt, at Klintegården, som ligeledes er et længerevarende botilbud til borgere, der pga. deres psykiske sygdom har behov for omfattende og døgndækket støtte efter udskrivning, foreslås forankret i Den Sociale Virksomhed. Klintegården har samme målgruppe som Skovvænget. VMU anbefaler derfor, at Klintegården forbliver i Region Hovedstadens Psykiatri.
- Det er afgørende, at Den Sociale Virksomhed bliver etableret som en ny virksomhed, dvs. som en fusion af ligeværdige parter.
- VMU er enig i rapportens fokus på at skabe det hele sammenhængende sundhedsvæsen, hvor specialfunktioner samles i bæredygtige enheder. Medarbejdersiden i VMU har ønsket at tilføje, at der blandt medarbejderrepræsentanterne er delte meninger om, hvorvidt udviklingen, som Psykiatrien har gennemgået de seneste år, herunder sammenlægning i større enheder, udelukkende har været positive, eller hvorvidt den har været til gavn for patienter og personale.
- Region Hovedstadens Psykiatri har vedlagt høringssvar fra niveau 3 MED-udvalg.

Rigshospitalet

- VMU har valgt at fremsende bemærkninger fra HovedOrtoCentret vedrørende flytning af Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) fra Rigshospitalet:
- Hvis AMK flyttes til egen ekstern virksomhed, vil der opstå et ekstra kommunikationsled mellem akutlægebil/helikopter og TraumeCenter & Akutmodtagelse. Her vil vigtig information kunne gå tabt, og der vil kunne opstå forsinkelse på meldingen fra akutlægebilen/helikopteren til TraumeCenter & Akutmodtagelse.
- Hvis AMK flyttes til en placering på vagtcentralen, vil der gå et vigtigt direkte samspil tabt mellem AMK og de modtagende læger. AMK vil ikke længere kunne monitorere flowet af patienter og dermed løbende kunne orientere KOOL på skadested om modtageforholdene på Rigshospitalet.
- Hvis AMK flyttes, vil Rigshospitalet, som har Østdanmarks eneste Niveau 1 traumecenter, blive nødt til at etablere sit eget beredskabsvagthold bestående af senior overlæger med henblik på at sikre den daglige akutte visitation og ledelse samt i særdeleshed ledelsen ved større ulykker eller beredskabshændelser.

Der er endvidere modtaget et uopfordret høringssvar fra HK/Kommunal Hovedstaden. Høringssvaret fra HK/Kommunal Hovedstaden indgår ikke som en del af opsamlingen på høringssvar fra MED-organisationen.

Region Hovedstaden
Regionsrådet
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Dato 18. maj 2011

Afdeling VMED-udvalget
Adresse Italiensvej 1
2300 København S
Telefon 32 34 30 00
Fax 32 34 39 99
Journalnr.
E-mail peder.mogensen@amh.regionh.dk

Høringssvar vedrørende forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

VMED på Amager Hospital har på baggrund af bidrag fra de lokale MED-udvalg på hospitalet drøftet forslaget om ændring af ledelsesstruktur og oprettelse af nye tværgående virksomheder med særlig henblik på forholdene omkring Amager Hospital. Høringssvaret er præget af, at der er en vis usikkerhed om hvad de foreslåede ændringer betyder i praksis.

Det gælder bl.a. betydningen af én fælles ledelse (direktion) for to hospitaler, som ifølge forslag til Hospitals- og Psykiatriplan 2020 begge fortsat vil eksistere i 2020. Der er konkret især usikkerhed omkring indholdet af begrebet matrikelledelse og om de økonomiske vilkår for Amager Hospital efter en sammenlægning. Det fremstår også uklart for medarbejdersiden om der med en fælles ledelse vil være tale om en eller to virksomheder.

Der er en udbredt bekymring for, at en for lang distance til hospitalsdirektion og ledelse i øvrigt kan få indflydelse på fremtidige beslutningsprocesser og virke hæmmende på effektiviteten. Der er også en bekymring for, at Hvidovre Hospitals økonomiske udfordringer i et vist omfang vil blive Amager Hospitals udfordringer.

Det er forventningen, at det administrative område på Amager og Hvidovre hospitaler vil blive sammenlagt i umiddelbar tilknytning til etablering af en fælles ledelse hvilket medfører en række særlige problemstillinger. Sammenlægningen vil derfor ske samtidig med etableringen af de nye virksomheder for IT og HR hvilket betyder at en række medarbejdere skal vælge om de skal gå den ene eller den anden vej. Det er derfor afgørende for disse medarbejdere, at der er en samtidig beskrivelse af valgmulighederne, at der bliver tale om et reelt valg. Hvis det ikke kan lykkes fuldt ud, appelleres der til at ingen medarbejdere skal flytte to gange inden for få måneder.

Amager Hospital har på grund af størrelsen og den særlige struktur valgt en organisationsmodel hvor administrative medarbejdere på flere områder er placeret cen-

tralt. Eksempelvis har den store medicinske afdeling ikke egen afdelingsøkonom, men bliver i stedet betjent af den centrale økonomifunktion. Der er tilsvarende løsninger inden for kvalitet, patientsikkerhed og uddannelse. Disse forhold bør tages i betragtning inden fusionen mellem de to hospitaler.

Det er samlet set VMED's opfattelse, at etableringen af en fælles ledelse for de to hospitaler er en forventet udvikling. Særsomt har røntgenafdelingen den opfattelse at en sammenlægning af de to hospitaler er at foretrække frem for en isoleret fusion af de to røntgenafdelinger, som foreslået i forslag til ny hospitalsplan.

Der er fra medarbejderside en vis skepsis i forhold til stordriftsfordelene ved en sammenlægning og der er samtidig en vis utryghed ved om distance svækker ansvarsfølelsen over for lokale funktioner ligesom det kan have betydning for medindflydelse og medbestemmelse.

Med venlig hilsen

Peder C. Mogensen
Hospitalsdirektør
Formand

Carsten Olsen
portør
næstformand

Koncerndirektionen
Region Hovedstaden

hr@regionh.dk

Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57 - 59
2000 Frederiksberg

Opgang 5, Hovedvejen
Telefon 3816 3010
Direkte 3816 3000
Fax 3816 3009
Mail frederiksberg.hospital@frh.regionh.dk
Web www.frederiksberghospital.dk

Dato: 8. maj 2011

Høringssvar vedr. ændring af ledelsesstruktur på Region Hovedstadens virksomheder - "Lundgaard analysen"

Virksomheds MED-udvalgene på Bispebjerg Hospital (BBH) og Frederiksberg Hospital (FRH) har på deres fælles møde 5. maj 2011 behandlet ovenstående emne og kan på den baggrund afgive følgende fælles høringssvar:

Set i lyset af den politisk besluttede fusion af FRH og BBH og det fælles byggeprojekt på BBH's matrikel, hvor FRH gradvist flytter ind forventeligt i perioden 2019-2023, giver det god mening at fusionere de to direktioner på FRH og BBH til en fælles direktion pr. 1. januar 2012.

De to virksomheds MED-udvalg ser muligheder for bl.a. bedre organisering af patientforløb og mere effektiv ressourceudnyttelse i denne fusion.

Vi konstaterer, at der lægges op til et nyt begreb, "matrikelledelse", således at der fortsat er et direktionsmedlem, som er ansvarlig for det enkelte hospital.

Vi finder det afgørende, at der er tæt og løbende kontakt mellem Direktionen og såvel afdelingsledelser som fællestillidsrepræsentanter (FTR). Det skal også være muligt for øvrigt personale at have nem adgang til Direktionen, ligesom Direktionen bør opleves som synlig på matriklen i hverdagen. Dette ligger indenfor almindelig god og moderne ledelse, og er ekstra nødvendigt i en fusionsperiode, særligt på FRH der er "lillebroren" i fusionen. Etablering af en matrikelledelse understøtter dette.

Omvendt vil en alt for firkantet og statisk organisering af de enkelte direktionsmedlemmers ansvarsområder gøre det vanskeligt at skabe en egentlig fælles direktion, ligesom det vil modvirke selve fusionstankegangen og vanskeliggøre muligheden for at tænke på tværs af de to matrikler, hvis der lægges op til at forskellige direktører skal "forhandle" med hinanden, fordi de har hver sit matrikelansvar.

I perioden fra 2012 til at byggeriet bliver færdigt og dermed fusionen er gennemført i 2023 vil ledelsesopgaven forandre sig. På kort sigt vil det givet være meningsfyldt og

nødvendigt med en direktør, som har særskilt ansvar for matriklen. Men i takt med at stadigt flere afdelinger vil fusionere på tværs af matriklerne, således som anæstesiafdelingen og røntgenafdelingen allerede har gjort det, vil afdelingsledelsesansvaret blive fordelt på tværs af matriklerne og matrikelledelse på direktørniveau vil ikke længere være meningsfyldt. Et direktøransvar inkluderer i sagens natur ansvar for f.eks. afdelinger, kompetenceområder og budgetter.

Vi vil derfor henstille til, at det i videst muligt omfang overlades til den nye fælles Direktion – i dialog med virksomheds MED-udvalg – løbende at tilrettelægge og justere Direktionens organisering, herunder hvilke ansvarsopgaver som de enkelte direktionsmedlemmer skal have.

I forlængelse heraf kan vi konstatere, at hverken Lundgaard analysen eller HOPP2020 indeholder noget omkring, hvordan fusionsprocessen mellem FRH og BBH i øvrigt skal foregå, herunder i hvilken takt forskellige afdelinger skal fusionere. På baggrund heraf ønsker vi selv – dvs. den ny fælles Direktion, afdelingsledelserne og virksomheds MED-udvalg – at udarbejde forslag til en fusionsplan med grovskitse for, hvordan fusionen kan finde sted i perioden 2012-2023. Personalet – særligt på Frederiksborg Hospital – har brug for at kende nogle cirka pejlemærker for, hvad der skal ske hvornår. Planen bør også tage højde for, om byggeriet gør, at det midlertidigt bliver nødvendigt at flytte funktioner fra BBH til FRH.

I Lundgaard analysen er det foreslået, at Giftlinien flytter fra BBH til den nye præ-hospitale virksomhed. Vi stiller os uforstående herfor. Giftlinien er en integreret del af driften på BBH, og er en del af regionens eneste arbejdsmedicinske klinik, som fysisk er placeret på BBH. Vi har svært ved at se, hvilke patientmæssige eller økonomiske gevinster, der vil være ved at flytte funktionen et andet sted hen.

Med venlig hilsen

Jonatan Schloss
Hospitalsdirektør, FRH
Formand

Janne Elsborg
Hospitalsdirektør, BBH
Formand

Lars Hutter
AC-FTR, FRH
Næstformand

Jørn Thomasen
FTF-FTR, BBH
Næstformand



HØRINGSSVAR

Til: **Regionsrådet
Forretningsudvalget
Koncerndirektionen**

Telefon 5695 1165
Direkte 5690 9012
Fax 5690 9010
Mail BornholmsHospital@boh.regionh.dk
Web www.BornholmsHospital.dk

CVR/SE-nr: 29 76 56 77

Dato: 12. maj 2011

Koncern HR har ved brev af den 28. april 2011 på baggrund af Regionsrådets beslutning af den 26. april 2011 sendt forslag til ændringer i ledelsesstrukturen på nogle af regionens virksomheder i høring i MED-organisationen. Høringssvaret skal sendes til HR@regionh.dk senest torsdag den 19. maj kl. 13.00.

Hermed fremsendes høringssvar fra VirksomhedsMED-udvalget på Bornholms Hospital. Udvalget har forholdt sig til de dele af høringsmaterialet, der drejer sig om Bornholms Hospital.

Lundgaard Konsulenterne skriver i 2. delrapport om Bornholms Hospital:

Vedr. Bornholms Hospital foreslår konsulenterne, at hospitalets ledelse etableres som egentlig direktion med en hospitalsdirektør og en vicedirektør og dermed sidestilles med de øvrige hospitaler, samt at Bornholms Hospital, i sammenhæng også til den foreslåede forsknings- og innovationsstrategi Regionen som hovedstad, styrkes gennem særligt fokus på hospitalets muligheder i form af telemedicin, digitale forsøg i samspillet til primær sektor og regionskommunen, mv.

VirksomhedsMED-udvalget kan til fulde tilslutte sig forslaget. Det har stor betydning både for lederside og medarbejderside, at Bornholms Hospital, ikke kun reelt men nu også formelt, bliver en selvstændig virksomhed med egen direktion. Det er et mangeårigt ønske der hermed imødekommes. Udvalget finder at Bornholms Hospital arbejder på lige fod med resten af virksomhederne med de udfordringer det giver, at drive hospitalsvæsen i en tid med mange besparelser og konstante krav om effektivisering.

Der er ingen tvivl om, at den anknytning til Rigshospitalet, som rapporten beskriver og som var grunde til, at Bornholms Hospital i hospitalsplanen fra 2007 organisatorisk blev knyttet til Rigshospitalet, stadig er der men på det kliniske område. Det beviser antallet af behandlinger af bornholmske borgere på Rigshospitalet. Et område der blev beskrevet i den tidligere på året udarbejde analyse af sundhedsområdet på Bornholm.

Udvalget ser endvidere store perspektiver i at der fremover tænkes på særlige muligheder for Bornholms Hospital, bl.a. som spydspids i forhold til telemedicin og andre innovative projekter, som vil kunne give de bornholmske borgere en lettere tilgang til sundhedsydelser på et højt fagligt niveau.



Høringssvar til "Forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder"

Virksomheds MED ved Frederikssund Hospital har den 12. maj 2011 drøftet 2. delrapport fra konsulentfirmaet Lundgaard, og har følgende bemærkninger:

Ledelsesstruktur i planlægningsområde Nord

Ved etablering af fælles ledelse for de tre hospitaler Hillerød, Helsingør og Frederikssund, finder Frederikssund Hospital det positivt, at der lægges op til selvstændig matrikelledelse på direktionsniveau på nærhospitalerne.

Det formodes at ovennævnte indebærer:

- at nærhospitalerne fortsat har eget budget og deraf egen økonomistyring
- at afdelingsledelserne på nærhospitalerne fortsat fungerer selvstændigt
- at Frederikssund hospital bevares som en ligeværdig matrikel i planlægningsområde Nord

Virk MED på Frederikssund hospital ser frem til et konstruktivt samarbejde i det kommende Fusions-MED i planlægningsområde Nord.

Med venlig hilsen

Jens Ole Jarden
Formand

Sus Bendtsen
Næstformand



Region Hovedstaden

Opgang 65
Telefon 39 77 39 77
Direkte 39 77 30 20
Fax 39 68 37 95
Web www.gentoftehosp.dk

Dato: 18. maj 2011

**Høringssvar vedr. forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder
og oprettelse af nye tværgående virksomheder**

Ændring af ledelsesstruktur

VirksomhedsMedUdvalget (VMU) på Gentofte Hospital har ingen kommentarer til forslaget om ændring af ledelsesstrukturen på hospitaler - planlægningsområderne Nord, Byen og Syd.

Oprettelse af nye tværgående virksomheder

Forslaget om oprettelse af nye tværgående virksomheder for yderligere at udvikle regionens kapacitet til koordination og helhedsorienteret indsats på tværs bakkes op af VMU, som er enige i, at det generelt vil styrke indsatsen på tværs af de forskellige virksomheder og områder i regionen.

Særligt vedrørende forslaget om etablering af den præhospitale virksomhed ser Gentofte Hospitals VMU meget positivt på, at der er en øget fokusering på den præhospitale indsats i regionen. Den akutte behandling på hospitalet starter ofte med den præhospitale indsats, og vi forventer, at et endnu tættere samarbejde mellem de forskellige aktører forankret i en tværgående virksomhed vil være med til at styrke kvaliteten og sikkerheden i det samlede patientforløb for de akutte patienter, der kommer på de somatiske hospitaler.

Med venlig hilsen

Eva Zeuthen Bentsen
Formand i VMU

Kim. H. Olsen
Næstformand i VMU



**Glostrup
Hospital**

Direktionen

Ndr. Ringvej 57
2600 Glostrup

Opgang 8, 9 sal
Telefon 38632000
Direkte 38632001
Fax 38633900
Mail direktionen@glo.regionh.dk

Web www.glostruphospital.dk

EAN-nr: 5798001525510

Dato 6. maj 2011

**Høringssvar fra Glostrup Hospital vedr. forslag om ændring af ledelsesstruktur
på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder**

Hospitalsdirektør Klaus Lunding har på møde i VirksomhedsMedUdvalget På Glostrup Hospital 4. maj 2011 orienteret om forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

VMU drøftede forslaget, og da det ikke har direkte implikationer for Glostrup Hospital, har VMU ingen bemærkninger hertil.

På VMU's vegne

Julie Relsted
Sekretariatschef

NOTATTil: **Koncern HR****Opgang** Plan 2
Telefon 48 29 49 49
Direkte 48296524
Web www.helsingorhospital.dk

Dato: 17. maj 2011

Høringssvar fra Virksomheds-MED Helsingør vedr. "Forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder"

Virksomheds-MED Helsingør Hospital har drøftet det fremsendte forslag om ledelsesstrukturen og nye tværgående virksomheder på et møde den 17. maj 2011 og fremsender hermed et høringssvar.

Virksomheds-MED Helsingør kan generelt tilslutte sig forslagene, men har også følgende kommentarer til forslaget om ændring af ledelsesstrukturen.

Den struktur regionen vælger for matrikelledelse på hospitalerne, må også afspejle organiseringen og sammensætningen i stabene. Det vil sige, at hvis der er en delt arbejdsplads i matrikelledelsen, vil det også kunne gøre sig gældende for stabsmedarbejdere. Hvis der eksempelvis er matrikler med en defineret tværgående funktion, kan der også være medarbejdere på matriklen til at varetage dette område. Det betyder, at der kan være stabsmedarbejdere, der flytter fra et områdehospital til et nærhospital, når ledelsesstrukturen er ændret.

Der er en svær balance mellem integration og helhed ved en matrikelledelse. Ved matrikelledelse kan man binde ledelse og administration sammen ved en faglig sammenkobling, for eksempel ved at ledelsen har et særligt ansvar for det medicinske område. Ved matrikelledelse kan der dog være det problem, at man dekoobler nærhospitalerne, hvilket man bør undgå ved at arbejde på en samlet direktion i planlægningsområde Nord.

Ulempen ved matrikelledelse er blandt andet, at der sker en særlig tilknytning til det lokale hospital. Virksomheds-MED foreslår, at man indfører en form for turnus for ledelserne, således at man sikrer helheden, og således at den samlede direktion har et ledelsestilhørsforhold til alle hospitaler i planlægningsområdet, både nærhospitaler og områdehospitalet.

Virksomheds-MED finder det væsentligt, at man tænker integration i planlægningsområde Nord mellem ledelse og administration, således at der ikke sker en opdeling i et a- og et b-hold på hospitalerne.

Virksomheds-MED mener, at det kliniske personales behov for administrative støttefunktioner skal være bestemmende, således at der lokalt er ansat mindst en personalekonsulent og en økonomikonsulent i fysisk tilstedeværelse alle ugens hverdage. Dette er i overensstemmelse med anbefalingerne i Implement rapporten.

Virksomheds-MED finder det væsentligt, at man ikke fakturerer på tværgående ydelser i Planlægningsområde Nord, idet det vil betyde en uhensigtsmæssig administrativ byrde og bureaukratisering for alle de involverede hospitaler.

Med venlig hilsen

Anne Hertz Rose
Hospitalsdirektør
Formand Virksomheds-MED

Hanne Svendsen
Sosu-assistent
Næstformand Virksomheds-MED

HERLEV

Dorte Frantsen

Fra: Morten Klint [MOKL@heh.regionh.dk]

Sendt: 23. maj 2011 10:53

Til: Koncern HR Fællespostkasse

Cc: Katrine Rosholt Bremholm; Søren Rohde; Charlotte Høffding Larsen; Petra Bornett

Emne: VMU Herlev Hospital - høringssvar vedr. rapport om regionens overordnede ledelse m.v.

Til Koncern HR,
i forlængelse af høringssvar fra VMU Herlev Hospital den 19. maj 2011 vedr. regionen som ét
ansættelsesområde kan det oplyses, at VMU tager indhold i rapport om overordnet strategisk ledelse, styring
og politisk betj ning i Region Hovedstaden til efterretning og afventer endelig beslutningstagen på området.

Med venlig hilsen

Morten Klint
Sekretariatschef
Herlev Hospital
Tlf. 4488 4030



**Hillerød
Hospital**

VirksomhedsMed

Hillerød Hospital
Dyrehavevej 29
3400 Hillerød

Koncerndirektionen

Opgang 50A plan 3
Telefon 4829 4829
Direkte 4829 4864
Fax 4829 3006
Web www.hilleroedhospital.dk

Dato: 19. maj 2011

Hillerød Hospitals høringssvar vedr. "Forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder".

Koncerndirektionen har i brev af 28. april 2011 sendt ovennævnte forslag i høring i Med-organisationen.

På Hillerød Hospital er der gennemført en høring af alle Med-udvalg på niveau 3, og disse høringssvar udgør, sammen med bemærkninger fra behandling i VirkMed, grundlaget for vores kommentarer.

Indledningsvis skal det bemærkes, at MED-organisationen på Hillerød Hospital grundlæggende finder det begrundet og hensigtsmæssigt at styrke det ledelsesmæssige samarbejde samt den kliniske profil og tyngde i planlægningsområdet ved samling af de 3 direktioner i Nord. Det er imidlertid afgørende for et flertal i Med-udvalget, at der sikres fagprofessionel ledelse på direktionsniveau indenfor såvel pleje- som behandling på Hillerød Hospital, bl.a. begrundet i hospitalets fokus på styrket klinisk forskning og sammenhængende patientforløb.

Det vurderes, at sammenlægning på direktionsniveau over tid vil kunne videreføres på afdelingsledelses- og stabsniveau, idet der findes at være grundlag for optimering af ledelserne og ændret dimensionering af stabsfunktioner også på disse niveauer. De 3 hospitaler har frem til januar 2008 haft én ledelse, og har således relativt nye erfaringer med én samlet direktion for planlægningsområdet.

Der er dog behov for en præcisering af begrebet "matrikelledelse", idet det ikke af rapporten klart fremgår hvad det tilstedeværende direktionsmedlem skal have ledelsesmæssigt ansvar for og hvilken funktion en matrikelledelse mere præcist ønskes at varetage. Det vurderes derfor vigtigt, at der opnås fælles forståelse med det administrative / politiske niveau herom for at sikre udmøntning i overensstemmelse med de politiske intentioner.

Ligeledes er der opbakning til at arbejde mod forslaget om i 2020 at have en direktion på 4 direktører på det kommende Nordsjællands Hospital. I perioden frem til dette tidspunkt er der dog behov for ekstraordinær ledelsesmæssig kapacitet og sikring af de rette kompetencer særligt i forhold til fusionen og byggeriet af det nye hospital i Nordsjælland.

MED-organisationen er endvidere af den opfattelse, at de omfattende besparelser som regionen er underlagt skal slå igennem på alle niveauer, hermed også på ledelses og direktionsniveauet.

Det vil være positivt og fremmende for samarbejdet at få nedsat fusions-Med på virksomhedsniveau snarest med henblik på at ensrette og målrette samarbejdet mod 2020.

Hillerød Hospital finder det befordrende at arbejde med 2-årige udviklingsaftaler – til erstatning af det nuværende 1-årige dialogaftale-koncept. Således at virkeliggørelsen af de politiske strategiske intentioner i Region Hovedstaden sker ud fra et fælles metodisk afsæt. Det 2-årige perspektiv muliggør planlægning og perspektivering af de igangsatte og påtænkte udviklingsindsatser (temaer) og dermed kobling til det kliniske niveau styringsfokus.

Hillerød Hospital vil i den forbindelse opfordre til, at det generelle dialogaftalekonceptet udformes sådan, at både hensyn til de fælles regionale udviklingsområder / bæredygtige strategier og det lokale islæt (virksomhedsspecifikke indsatser) kan imødekommes.

De 3 foreslåede bæredygtige strategier; Regionens hovedstad, Det hele sundhedsvæsen og Sammenhængende patientforløb ligger i tråd med Hillerød Hospitals strategiske fundament (Vision 2012) og hospitalets ønsker til fremtidig hospitalsprofil. Der henvises til det afgivne høringssvar vedr. Hospitals- og Psykiatriplan 2020.

Således har hospitalet som prioriteret fokusområdet at være det bedste akuthospital i 2012 med patientens behov og sikkerhed i centrum (brugeroplevelse, faglig og organisatorisk kvalitet). Endelig arbejder hospitalet aktivt med at fremme brugerdreven innovation og ønsker tillige målrettet at udvide omfanget af den kliniske forskning samt at indgå i regionale, nationale og internationale forskningssamarbejder.

Hillerød Hospital anbefaler, at de foreslåede bærende strategier formuleres snarest for at muliggøre ændring af dialogaftalekonceptet fra 2012 og dermed skabe indpasning i den politiske proces. Hospitalet stiller sig gerne til rådighed for arbejdet med udvikling af og formulering af strategierne. Hillerød Hospital har erfaring med udvikling af projekter som Fælles skolebænk, patientforløbsbeskrivelser m.m. Der skal i den sammenhæng opfordres til, at de foreslåede programejere (vicedirektører) tillægges mandat og gives legitimitet til at arbejde på tværs af virksomhederne og dermed sikre regional implementering og vidensdeling.

Hillerød Hospital imødeser en øget koordinering og vidensdeling, som anbefalet i rapporten. Der er dog i virksomheden bekymring for om den foreslåede udbygning af netværk samt permanente og ad hoc fora kan blive for kompleks og ressourcekrævende at implementere – og navnligt facilitere løbende.

Arbejdet med de bærende strategier og etableringen af tværgående virksomheder fordrer en stærk og samtidig relativ enkel styring mellem virksomhederne og koncernstambene for at sikre sammenhæng og fremdrift.

Resultatet vil derfor være betinget af, hvordan regionen i praksis formår at styre og koordinere de omhandlede processer. Det er vanskeligt at vurdere, om denne præmis kan opfyldes i en fremtidig organisering og underliggende samarbejdsstruktur, da det ikke fremgår af rapporten, hvordan de regionale stabe tænkes at matche denne udfordring.

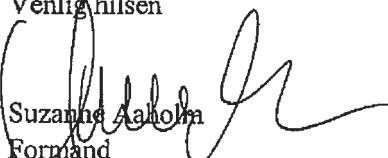
På tilsvarende vis er der på hospitalet bekymring for, hvordan koordination og ansvarsfordeling skal sikres i relation til de ydelser, som virksomhederne forventes at modtage fra de tværgående virksomheder. Der er således en vis bekymring for bruger-nes indflydelsesmuligheder på udviklingen af de tværgående virksomheders ydelser. Det kan ikke på baggrund af rapporten umiddelbart vurderes, hvordan udviklingen af virksomhedernes og regionens vision og strategiske indsatser faciliteres.

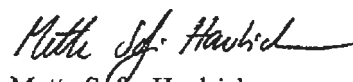
Ligeledes kan der være bekymring for om der på regionalt niveau (i koncernstabene) vil være den nødvendige kapacitet til at udarbejde en sammenhængende og prioriteret strategi for eksempelvis den digitale udvikling i Region H, når den nye ITM-virksomhed er forbeholdt service og betjening af de øvrige driftsområder. Det er således uklart, hvor ansvar for strategi, prioritering og evt. afledte investeringer er placeret i organisationen. Ligeledes er det uklart, hvordan koblingen mellem indsatsområderne og de regionale bærende strategier sikres.

For øvrige bemærkninger vedr. tværgående virksomheder henvises til tidligere afgivne høringssvar af 11. marts vedr. "Forslag til beslutningsgrundlag vedr. Projekt Administrativ Organisering". (Vedlægges)

Afslutningsvis skal vi bemærke, at der grundlæggende i rapporten mangler opmærksomhed på de inter-personelle vilkår i den foreslåede struktur. Det vurderes bl.a. at have betydning hvilken ledelsesform, der forventes udøvet i de nye virksomheder. Ligeledes efterlyses incitament- og motivationsfaktorer generelt som led i den samlede tænkning vedrørende udvikling af organisationen. Rapporten forholder sig således ensidigt til strukturelle ændringer som værktøj for den videre udvikling af organisationen.

Venlig hilsen


Suzanne Aaholm
Formand


Mette Sofie Haulrich
Næstformand



**Hillerød
Hospital**

VirksomhedsMed

Hillerød Hospital
Dyrehavevej 29
3400 Hillerød

Koncerndirektionen

Opgang 50A plan 3
Telefon 4829 4829
Direkte 4829 4864
Fax 4829 3006
Web www.hillerodhospital.dk

Dato: 11. marts 2011

VirksomhedsMed på Hillerød Hospitals høringssvar vedr. "Forslag til beslutningsgrundlag vedr. projekt administrativ organisering".

Koncerndirektionen har i brev af 7. februar 2011 sendt ovennævnte forslag i høring i Med-organisationen.

På Hillerød Hospital har vi gennemført en høring af alle Med-udvalg på niveau 3, og disse høringssvar udgør, sammen med bemærkninger fra behandling i VirkMed, grundlaget for vores kommentarer.

Indledningsvis skal det bemærkes, at MED-organisationen på Hillerød Hospital grundlæggende finder det begrundet og hensigtsmæssigt at skabe yderligere samordning og standardisering af en række administrative funktioner med det formål at effektivisere og styrke opgavevaretagelsen indenfor den samlede region.

Hillerød Hospitals MED-organisation er imidlertid bekymret ved den udfordring projektet definerer, hvor en meget, meget stor driftsorganisation etablerer yderligere organisatorisk centralisering. Hospitalets MED-organisation er af den opfattelse, at der i det administrative centraliseringsprojekt fremadrettet skal arbejdes meget intensivt med at modvirke den kendte vifte af stordriftsulemper, som store driftsorganisationer ofte realiserer ved centralisering af kritiske drifts- og udviklingsforløb knyttet til driftens kerneprocesser.

Referenceforholdene mellem lokale virksomhedsledelser og centralt indplacerede medarbejdere bliver ofte uklare under denne type af organisering. En række af de omfattede funktioner vil kræve nærhed, lokalt kendskab og løbende inspiration fra driftens kerneprocesser i den enkelte virksomhed, hvis det rette samspil skal sikres.

Der skal foreligge meget klare opgave- og samarbejdsaftaler mellem den centrale enhed og hospitalet med henblik på at sikre den fornødne servicering og kvalitet.

VirksomhedsMed finder det ikke dokumenteret, at den foreslåede centralisering i praksis vil medføre den forventede besparelse og kan derfor frygte at budgetreduktionen udmøntes som serviceforringelser.

1. Fastholdelse af service / kvalitet / kompetencer

Såfremt centraliseringen medfører problemer med at fastholde kvaliteten i opgavevaretagelsen, er det væsentligt at der sikres en forventningsafstemning herom på koncern- og hospitalsniveau i form af samarbejdsaftale, serviceaftaler, kontrakter eller lignende. Disse aftaler skal fra centralt hold kommunikeres ud til de relevante hospitaler og afdelinger.

I modsat fald er der risiko for at de kliniske afdelinger har uændrede forventninger til den administrative service, der leveres trods reduktion i medarbejderstab. Man kan endvidere frygte, at flere administrative opgaver flyttes ud på afdelingsniveau og afdelinger som konsekvens heraf ser sig nødsaget til at opbygge "skyggeadministrationer", hvilket selv sagt vil gå ud over kvaliteten af plejen af patienterne.

Tabet af de nære relationer og den umiddelbare nærhed – administrationen og det kliniske personale imellem – kan medføre kvalitetsforringelse af opgaveløsningerne. Det kan f.eks. dreje sig om IT-support eller bistand på personaleområdet, hvor den løbende dialog på begge områder er en væsentlig forudsætning for udvikling af området. Endvidere kan en række problemstillinger i den nuværende organisering løses ved sparring og i fortrolighed. Dette forebygger at mindre konflikter udvikler sig til egentlige "sager", der vanskeligt lader sig håndtere smidigt og umiddelbart - fordi kompetencen er placeret langt væk. Ligeledes kan udflytning af den medicotekniske funktion få konsekvenser for patientsikkerheden.

2. Geografi

Det fremgår af høringsmaterialet at etableringen af to nye tværgående virksomheder - en uddannelses- og HR virksomhed, og en virksomhed på it, medico og -telefoniområdet - tænkes placeret på et af regionens hospitaler med geografisk central placering. Koncerndirektøren har oplyst, at de nye virksomheder formodentligt vil blive placeret enten på Frederiksberg eller Gentofte Hospital.

Det er uklart, hvorfor man søger en såkaldt central placering af disse funktioner i Gentofte/Frederiksberg. Der knytter sig efter vores vurdering ingen transportgevinster til forslaget om valg af placering i enten Gentofte eller på Frederiksberg, ligesom der må imødeses væsentlige udfordringer med at finde P-pladser - det er allerede en udfordring i dag.

Det er VirksomhedsMed's vurdering, at Region Hovedstaden skal arbejde for at skabe eller i det mindste bibeholde arbejdspladser på regionalt niveau og herigennem samtidigt medvirke til en bæredygtig og miljørigtig løsning ved at reducere spild-tid på landevejene i forbindelse med transport, både for ansatte til og fra arbejde, til kursusaktivitet og servicering af hospitalerne. Den in-effektive tid kunne reduceres, såfremt der etableres en klar opgavefordeling mellem det centrale niveau og decentrale enheder og ved lokal tilstedeværelse af funktionerne på virksomhederne.

Der kan være bekymring for at kursusaktiviteter fravælges, hvis det bliver for vanskeligt og fordyrende at skulle bruge yderligere transporttid.

Ligeledes kan forslaget om geografisk central placering betyde tab af væsentlige kompetencer og kvalifikationer. For mange ansatte vil den nye placering indebære en væsentlig længere transporttid, og man kan på den baggrund frygte at mange kompetente medarbejdere vil søge jobs nærmere deres bopæl.

3. Tidsplan / Proces / personale

Gennemførelsen af forslagene inden for den skitserede korte tidshorisont kræver en meget målrettet plan, som der endnu ikke foreligger. Der er behov for en nærmere beskrivelse af den kommende organisation og bemanning for at kunne tilrettelægge de lokale processer ifht. overflytning og efterfølgende ressource tilpasning på hospitalerne, og der er derfor et ønske om snarest at kende konsekvensen af forslagernes gennemførelse på hospitalernes lønrammer.

Såfremt Regionsrådet først kan godkende organisationsforandringerne 26. april kan det blive meget vanskeligt at gennemføre den skitserede proces ifht. ansættelse af ledelse og medarbejdere. Såfremt de nye ledere skal medvirke til kompetencevurdering er det vanskeligt at se, hvorledes man kan gennemføre en individuel partshøring allerede i august (som der er lagt op til i høringsmaterialet), og det synes derfor vanskeligt at realisere de administrative besparelser for 2011 uden at realisere de serviceforringelser som det nu udmeldte ansættelsesstop vil afstedkomme.

Det er en helt afgørende præmis, at der på forhånd sikres ens brug og fortolkning af de personalepolitiske principper på tværs af virksomhederne, eksempelvis ved kompetencevurdering for alle virksomheder.

I forhold til rekruttering af medarbejdere og for hospitalerne for at sikre det rette match imellem kompetencer og opgaver, er det afgørende for en god proces, at der sikres den nødvendig tid til at beskrive hvilke opgaver, som skal løftes i centrene og hvilke opgaver, som skal løftes på hospitalerne.

Der bør laves en tydelig procesbeskrivelse og – plan, herunder en beskrivelse af lederens og medarbejdernes roller og ansvar i processen. Vi forudsætter, at VMU'erne indtænkes i denne proces.

Afsluttende bemærkninger

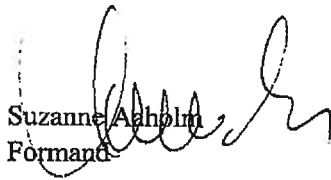
Som baggrund for nærværende forslag om ny administrativ organisering, henvises i høringsmaterialet primært til den af Implement gennemførte foranalyse i foråret 2010. Det bør i den forbindelse erindres, at Implement i sin analyse gjorde klart, at organisationsforandringer ikke nødvendigvis bidrager til besparelser – og kun mere præcise beregninger vil kunne afdække, om man rent faktisk vil være i stand til at realisere besparelser i den størrelsesorden som forventes af "Forslag til beslutning vedrørende projekt administrativ organisering". Navnlig synes der ikke at være foretaget beregninger på de omkostninger der knytter sig til forslaget om at centralisere It, medico –

og telefoniområdet. Erfaringsmæssigt kræves der en ressourcetilførsel, når ambitionen er at etablere standardiseringer på tværs af regionen. Imidlertid er sådanne beregninger helt fraværende i høringsmaterialet.

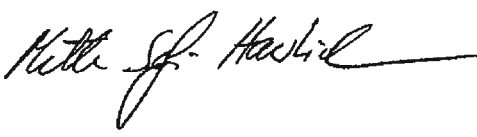
Organisationer kan blive så store, at der er risiko for, at de er for langt væk fra den "virkelige verden". Derfor finder vi det afgørende, at det i opbygningen af de nye virksomheder sikres:

- At der er fokus på driftsstabilitet
- At der er fokus på kundeservice og - behov
- At der er en nærhed til klinikken og hospitalets ledelse.
- At lokale behov tilgodeses, herunder behovet for strategisk rådgivning og sparring for direktion på relevant kompetenceniveau (stabsstøtte for ledelse).

Afslutningsvis vil vi opfordre til at der sikres hurtig og tydelig kommunikation om trufne beslutninger i hele organisationen.



Suzanne Asholm
Formand



Mette Sofie Haulrich
Næstformand



Koncerndirektionen

Afsnit 133

Telefon 38 62 38 62

Direkte 38 62 25 92

Dato: 18. maj 2011

Høringssvar om ny ledelsesstruktur og tværgående virksomheder.

VMED-udvalget på Hvidovre Hospital drøftede på sit møde den 18.maj 2011 forslaget om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

VMED-udvalget har alene forholdt sig til de foreslåede ændringer af ledelsesstrukturen på hospitalerne i planlægningsområde Syd. Udvalget har således ikke bemærkninger til de øvrige elementer i forslaget.

Hvidovre Hospital driver i dag en ortopædkirurgisk udefunktion på Amager Hospital og driver desuden anæstesiologien og biokemien som dele af afdelingerne på Hvidovre Hospital. På røntgenområdet leverer Hvidovre Hospital i dag lægebetjeningen og skal ifølge HOPP 2020 fremover drive hele røntgentilbudet på Amager Hospital.

Herefter vil der på de kliniske og klinisk tværgående områder på Amager Hospital kun være det medicinske område, som drives som en selvstændig afdeling, mens alle øvrige kliniske og klinisk tværgående områder drives fra Hvidovre Hospital.

På den baggrund finder VMED-udvalget, at der vil være store fordele i at de to hospitaler ledelsesmæssigt sammenlægges, så medarbejderne på Amager Hospital kun skal forholde sig til én overordnet ledelse uafhængigt af, hvilken afdeling de er ansat i. Det vil også være en klar fordel at den fremtidige matrikelledelse på Amager Hospital herved får instruktionsbeføjelse i forhold til afdelingsledelserne for de efterhånden mange udefunktioner fra Hvidovre Hospital, hvilket må forventes at give et væsentligt mere smidigt samarbejde til gavn for patienterne på Amager Hospital.

VMED-udvalget på Hvidovre Hospital har meget stor forståelse for, at de berørte medarbejdere på Amager Hospital kan frygte for fremtiden i en stor fælles organisation. På Hvidovre Hospital er der dog en meget klar forståelse af, at Amager Hospital skal sikres en stærk faglig profil og en lokal ledelse, så hospitalet forbliver en attraktiv arbejdsplads og fremadrettet kan vedblive med at varetage nærhospitalsfunktionen på Amager på et kvalitetsmæssigt højt niveau.

Både ledere og medarbejdere på Hvidovre Hospital vil derfor arbejde for, at der bliver tale om en vellykket organisatorisk sammenlægning, hvor medarbejdere og afdelinger på begge hospitaler tilgodeses i den nye organisering.

Med venlig hilsen

Torben Ø Pedersen
Formand

Elsebeth Bjørnkjær
Næstformand

RegionH-MED udvalget

Dato: 19. maj 2011

Høringssvar fra Virksomheds MED - udvalget for koncernstabene vedr. ”forslag til ændret ledelsesstruktur på hospitaler i fusions- og byggeperioden mv. og oprettelse af nye tværgående virksomheder”

VirksomhedsMED-udvalget (VMU) for koncernstabene har afholdt en skriftlig høring vedr. forslag til ændret ledelsesstruktur på hospitaler i fusions- og byggeperioden mv.

Det bemærkes, at forslaget ikke redegør for ledelsen af de to nye virksomheder.

VMU for koncernstabene ønsker endvidere at tilkendegive, at det er svært på nuværende tidspunkt helt at overskue, hvilke konsekvenser ændringerne vil få for opgaverne i koncernstabene.

Med venlig hilsen

Katja Kayser
Formand
VMU for koncernstabene

Camilla Lindholm Hammer
Næstformand
VMU for koncernstabene



NOTAT

Til:

Regionsgården
Blok E stuen
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 48 20 50 00
Direkte 38666950
Fax 48 20 55 27
Web www.regionh.dk

Ref.: stb

Dato: 18. maj 2011

Svar på høring om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og nye tværgående virksomheder.

Handicap Virksomheds MED-udvalg har drøftet ovennævnte forslag.

Med-udvalget har især talt om de ændringer, der direkte vedrører det sociale område og de opgaver, der knytter sig hertil. Med-udvalget er meget tilfredse med, at der fortsat er en selvstændig virksomhed, der skal varetage opgaver på det sociale område og er tilfredse med at disse opgaver i højere grad end tidligere samles. Det er i form af en ny type tværgående virksomhed, som samler flere tilbud end tidligere og opgaver, der knytter sig til Region Hovedstadens varetagelse af opgaver på området. Vi tror det kan betyde en forenkling, at flere opgaver der finansieres og drives efter samme regler og så varetages et sted og at det vil kunne styrke Regionens arbejde på området, at samarbejdet med kommunerne på det sociale område knyttes langt tættere sammen med varetagelsen af driftsopgaven, uanset at ændrede regler for Rammeaftaler på det sociale område betyder, at Regionen som udgangspunkt har en mindre central placering end tidligere. Administrativt vil det kunne være en forenkling, at opgaver, der tidligere er varetaget flere forskellige steder i regionen nu samles og løses et sted.

Vi tror, at en selvstændig virksomhed på det sociale område er nødvendig, hvis der fortsat skal være opmærksomhed og fokus på et område, der i Regionens samlede aktivitet ikke fylder meget. Udvalget har også bemærket, at det på trods af svære vilkår for det specialiserede sociale område er lykkedes at fastholde engagement og perspektiv. Konsulenterne bemærker i sin anden rapport, at arbejdet holder fint fagligt niveau, der er vilje til "fortsat udvikling trods afvikling" samt åbenhed for nye samarbejde med kommunerne og det opfatter vi, som en anerkendelse af det arbejde, der er gjort af medarbejdere og ledelse. Vi tror også, det vil forbedre muligheden for at spille en rolle på det sociale område, at en større del af tilbuddene samles i en virksomhed.

Udover samspillet med Psykiatrien i kraft af, at der fortsat er tre socialpsykiatriske tilbud som hører under Psykiatrien, vil samspillet med de øvrige, nye tværgående virksomhederne være af betydning. Ikke alene vil det være meget afgørende at de opgaver, som knytter sig til driften af de social tilbud varetages kvalificeret og løses effektiv,

men det vil også være af stor betydning, at omkostningerne hertil ikke øges, og at der dermed påføres området forøgede udgifter, som enten vil forringe kvaliteten af tilbudene eller kræve øgede takstbetaling fra kommunerne.



Apoteket

Ledelsessekretariatet
Region Hovedstadens Apotek
Marielundvej 25
2730 Herlev

Til Koncern HR

Telefon 4457 7808
Direkte
Fax 4457 7819
Mail
Web www.apoteket-regionh.dk

18. maj 2011

Oprettelse af tværgående virksomheder og etablering af regionen som ét ansættelsesområde

Region Hovedstadens Apotek har på et møde i MED-udvalget den 28. april drøftet forslagene til oprettelse af tværgående virksomheder og etablering af regionen som ét ansættelsesområde.

Apotekets medarbejdere er spredt på 14 forskellige adresser og det har således i forvejen været muligt at flytte en medarbejder til en anden geografisk placering uden at foretage ændringer i ansættelseskontrakten. Apoteket har således ikke bemærkninger til forslaget om etablering af regionen som ét ansættelsesområde.

Med henblik på mulighederne for at omplacere medarbejdere i forbindelse med stillingsnedlæggelser, skal det bemærkes, at apotekets medarbejdere hovedsageligt tilhører faggrupper, som ikke findes på regionens øvrige virksomheder. Nogle faggrupper er dog sammenfaldende (portører, hospitalsmedhjælpere og laboranter), men de opgaver, som de udfører på apoteket, er markant forskellige fra opgaverne på regionens øvrige virksomheder. For apoteket vil det derfor ikke være rationelt, at der ved stillingsvakanter pr. automatik skal anvendes personale fra regionens øvrige virksomheder.

Apoteket har siden etableringen i 2007 opfattet sig som en tværgående virksomhed, som løser en række opgaver for og støtter opgaveløsningen på regionens øvrige virksomheder. Det hilses således velkomment, at apoteket nu også formelt får status som tværgående virksomhed og vi glæder os over udsigten til at få selskab af 4 andre tværgående virksomheder.

Med venlig hilsen

Lars Nielsen
Formand for MED-udvalget

Liss Jørgensen
Næstformand i MED-udvalget



NOTAT

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 45 11 20 00
Direkte 4511 2019
Fax 45 11 20 07
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Ref.: Helle Hartmann

Dato: 19. maj 2011

Psyk-MEDs høringssvar vedr. høringsbrev fra Koncerndirektionen angående ny ledelsesstruktur og tværgående virksomheder i Region Hovedstaden

Psyk-MED skal hermed afgive bemærkninger til høringsbrev fra Koncerndirektionen vedr. ny ledelsesstruktur og tværgående virksomheder i Region Hovedstaden.

Region Hovedstadens Psykiatri har siden etableringen i 2007 gennemgået store omstillinger og en betydelig udvikling som følge af samlingen af psykiatrien, implementeringen af Psykiatriplan 2007, årlige budgetomstillinger samt fælles udviklingstiltag. Psyk-MED er enig i, at Region Hovedstadens Psykiatri nu er konsolideret som organisation, og at der fremadrettet er behov for fokus på udvikling af kerneydelsen. Der vil dog fortsat være behov for fokus på konsolidering pga. de løbende omstillinger.

Psyk-MED konstaterer med tilfredshed, at Lundgaard2 vægter en styrkelse af Region Hovedstadens Psykiatri som psykiatrisk hospital. Med ansvaret for behandling af 30 % af alle borgere i Danmark med psykiske lidelser har Region Hovedstadens Psykiatri en væsentlig opgave i at sikre sammenhæng til kommuner, praksissektor og andre relevante myndigheder med det formål at etablere effektive og sammenhængende behandlingsforløb for patienterne. Samtidig har Region Hovedstadens Psykiatri en forpligtelse til at indgå i aktiv dialog med det øvrige samfund og arbejde på at øge kendskabet til psykisk sygdom såvel som muligheden for behandling og recovery.

Som landets største psykiatri udgør Region Hovedstadens Psykiatri et kraftcenter og en væsentlig drivkraft for den danske forskning inden for begge specialer (psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri). En stærk forskningsindsats udgør grundlaget for den fortsatte udvikling af en moderne psykiatri, hvor behandlingen baseres på høj evidens og løbende implementering af ny viden. Skærpelsen af hospitalets profil vil således også understøtte den store forskningsindsats, der har været et fokusområde siden regionsdannelsen, og som også fremover vil være et højt prioriteret område i virksomheden. Det skal derfor fortsat sikres, at der er tilstrækkelig ledelseskapacitet på dette felt.

Endelig skal Region Hovedstadens Psykiatri gennemføre omfattende byggeprojekter, der har til formål at forbedre de fysiske rammer for både patienter og personale. Psy-

kiatrien står således også i fremtiden overfor store opgaver og udfordringer. Det er afgørende, at der også fremover er den nødvendige ledelseskraft til at gennemføre omstillingerne og støtte personalet i processen. Psyk-MED vil indgå som en vigtig medspiller i denne proces.

I Lundgaard2-rapporten indgår en etablering af Den Sociale Virksomhed. I forbindelse med etableringen af Region Hovedstadens Psykiatri i 2007 blev det besluttet, at ni sociale tilbud skulle forankres i virksomheden. Der er opbygget et tæt samarbejde og et godt fagligt miljø internt mellem tilbuddene, og den organisatoriske forankring i Region Hovedstadens Psykiatri har – særligt for de fem socialpsykiatriske tilbud – desuden medført et velfungerende og udviklende samarbejde mellem tilbuddene og de psykiatriske centre. Samtlige ni tilbud har desuden haft gavn af fælles funktioner i Region Hovedstadens Psykiatri vedr. bl.a. uddannelse og kompetenceudvikling, kvalitetsudvikling og arbejdsmiljø.

Psyk-MED er enig i, at det vil være hensigtsmæssigt at samle de sociale tilbud i regionen pga. tilbuddenes særlige lovgivningsgrundlag og driftsvilkår, herunder at tilbuddene er takstfinansierede, at de drives efter aftale med kommunerne, og at kommunerne har mulighed for at overtage dem. Det vil dog have betydelige administrative, organisatoriske og faglige konsekvenser at skifte organisatorisk tilhørsforhold.

Psyk-MED finder, at forslaget om, at Lunden, Orion og Skovvænget også fremover forankres i Region Hovedstadens Psykiatri er hensigtsmæssigt for at sikre en fortsat sammenhæng i tilbud og forløb til mennesker med psykisk sygdom. Disse tilbud sikrer, at der er kapacitet til de borgere, som pga. deres psykiske sygdom har brug for længerevarende, omfattende og døgndækket støtte efter udskrivning. Kapaciteten er nødvendig for at sikre, at sengepladserne i behandlingspsykiatrien målrettes de mest syge, og ikke optages af færdigbehandlede patienter, der venter på et kommunalt botilbud. Samtidig vil patienterne have brug for fortsat ambulant psykiatrisk behandling, og et tæt samarbejde mellem de psykiatriske centre og botilbuddene er derfor nødvendigt for patienternes fortsatte behandling. Et sådant samarbejde kan sikres ved et fælles organisatorisk tilhørsforhold.

Dog finder Psyk-MED det ulogisk og uhensigtsmæssigt, at Klintegården, som ligeledes er et længerevarende botilbud til borgere, der pga. deres psykiske sygdom har behov for omfattende og døgndækket støtte efter udskrivning, foreslås forankret i Den Sociale Virksomhed. Klintegården har samme målgruppe som Skovvænget, og Psyk-MED anbefaler derfor, at også Klintegården forbliver i Region Hovedstadens Psykiatri.

Psyk-MED håber således, at der med den ændrede organisering af det sociale område kan skabes stabilitet vedrørende det organisatoriske tilhørsforhold og dermed et godt grundlag for den fremadrettede drift og udvikling af det sociale område.

Det er i den forbindelse af afgørende betydning, at Den Sociale Virksomhed bliver etableret som en ny virksomhed, dvs. som en fusion af ligeværdige parter. Visioner, organisering m.m. skal således også rumme de nye målgrupper og understøtte den faglighed, som de sociale tilbud fra Region Hovedstadens Psykiatri repræsenterer. Det gælder bl.a. socialpsykiatri, krisecentre samt tilbud til hjemløse og mennesker med et misbrug.

Afslutningsvis er Psyk-MED enig i rapportens fokus på at skabe det hele, sammenhængende sundhedsvæsen, hvor specialfunktioner samles i bæredygtige enheder. Den igangværende udvikling i sundhedsvæsenet følger den udviklingsproces, som psykiatrien har gennemgået de seneste år, idet de psykiatriske specialer allerede er samlet. Det er Psyk-MEDs vurdering, at denne udvikling har været til gavn for patienter såvel som personale.

Medarbejdersiden i Psyk-MED har ønsket at tilføje en udtalelse til høringsvaret. Udtalelsen er vedlagt som bilag 1.

Høringsvar fra niveau 3 MED-udvalg i Psykiatrien er vedlagt som bilag 2.

Med venlig hilsen

Martin Lund
Formand

Helle Søndergaard
Næstformand



NOTAT

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 45 11 20 00
Direkte 4511 2019
Fax 45 11 20 07
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Ref.: hhm

Dato: 19. maj 2011

Bilag 1 til 'Udkast til Psyk-MEDs høringssvar vedr. høringsbrev fra Koncerndirektionen angående ny ledelsesstruktur og tværgående virksomheder i Region Hovedstaden'

Medarbejdersiden i Psyk-MED har ønsket at tilføje følgende udtalelse til Psyk-MEDs høringssvar:

"Der er blandt medarbejderrepræsentanterne i Psyk-MED delte meninger om, hvorvidt udviklingen, som Psykiatrien har gennemgået de seneste år, herunder samling i større enheder, udelukkende har været positive, eller hvorvidt den har været til gavn for patienter og personale."



Psykiatri

Skibbyhøj

Socialpsykiatrisk Bo- og
beskæftigelsestilbud
Birkevej 6
4050 Skibby

Psyk-MED
Region Hovedstadens Psykiatri

Telefon 47590059
Direkte 47590059
Fax 47590058
Mail skibbyhoej@psv1..regionh.dk
Web www.Skibbyhoej.dk

10. maj 2011

**Høringssvar fra Skibbyhøjs lokale MED-udvalg vedrørende høringsbrev fra
Koncerndirektionen om den nye sociale virksomhed i Region Hovedstaden.**

Skibbyhøjs MED-udvalg ønsker hermed at udtrykke vores betænkelighed samt manglende forståelse for, at lade Skibbyhøj (og Klintegården) indgå i en ny social virksomhed, mens de 3 botilbud Lunden, Orion og Skovvænget fortsat skal forblive i Region Hovedstadens Psykiatri.

De ovennævnte 3 tilbud *"vurderes at have så tæt samspil med behandlings-psykiatrien, at de bør forblive i Region Hovedstadens psykiatri"* (Brev fra koncerndirektionen den 28. april, side 8) og den *"psykiatriske faglighed på disse tilbud er meget tæt integreret med den pædagogiske indsats"* (Lundgaards rapport side 28).

De fleste beboere vi modtager på Skibbyhøj kommer direkte fra regionens psykiatriske centre, og er i stigende grad unge debuterede psykiatriske patienter i den akutte fase. Dette medfører, at den psykiatriske udredning samt opstart og regulering af medicinsk behandling foregår på Skibbyhøj hvilket kræver et tæt samarbejde med Psykiatrisk center Nordsjælland.

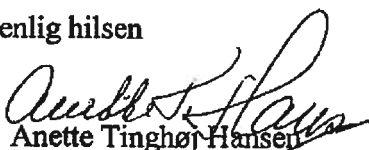
Det tværfaglige personale på Skibbyhøj, der består af 12 faggrupper heriblandt psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut, sundheds- og pædagogfagligt personale, forestår den videre psykiatriske behandling samt den psykosociale rehabilitering i samarbejde med beboeren og distriktspsykiatrien i Frederikssund.

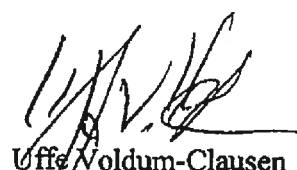
Man har valgt ikke at lægge handicapvirksomheden ind under psykiatrivirksomheden, da man mener at *"handicapområdets særlige pædagogiske profil og faglighed vil få vanskeligt ved at gøre sig gældende eller for den sags skyld forblive synlig i den store psykiatrivirksomhed, der i høj grad bæres af en sundhedsfaglig tilgang"* (Lundgaards rapport side 27).

Skibbyhøjs MED-udvalg mener på den anden side, at vi med vores sundhedsfaglige profil og faglighed vil få vanskeligt ved at gøre os gældende eller for den sags skyld forblive synlige i den nye sociale virksomhed, specielt hvis vi skilles fra de øvrige botilbud. Samtidig vil vi mangle den sundhedsfaglige sparring og de faglige udfordringer, som tilknytningen til Region Hovedstadens Psykiatri giver os.

På den baggrund mener Skibbyhøjs lokale MED-udvalg, at Skibbyhøj bør blive i Region Hovedstadens Psykiatri sammen med de øvrige socialpsykiatriske botilbud, eller at de socialpsykiatriske tilbud sammen bør tilknyttes den nye sociale virksomhed.

Med venlig hilsen


Anette Tinghøj-Hansen
Næstformand


Uffe Voldum-Clausen
Formand



Psykiatri

**Psykiatrisk Center
Sct. Hans**

Centerledelsen

Boserupvej 2
4000 Roskilde

NOTAT

Telefon 46 33 46 33
Direkte 46 33 41 42
Fax 46 33 49 99
Mall pcsctans@regionh.dk
Web www.psykiatri-scthans.dk

Dato: 13. maj 2011

Høringssvar vedr. forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af tværgående virksomheder

MED-udvalget på PC Sct. Hans støtter forslaget om at tilpasse ledelsesstrukturen i bygge- og fusionsperioden, således at der sikres en entydig ledelsesmæssig ansvarsplacering i hele omstillingsperioden.

MED-udvalget på PC Sct. Hans vil imidlertid samtidig udtrykke sin bekymring vedr. forslaget om, at krisecentre, forsorgs- og misbrugstilbud overgår fra Region Hovedstadens Psykiatri til den nyetablerede virksomhed for sociale institutioner og kommunesamarbejde. Vi kan støtte formålet om at udvikle regionens kapacitet til koordinati-on og helhedsorienteret indsats på tværs, og vil derfor opfordre til at der følges op på, at der ved etableringen af den nye virksomhed sker en styrkelse af samarbejdet til fordel for de psykiatriske patienter.

På Med-udvalgets vegne

Bo Andersen,
Centerchef, PC Sct. Hans



Svendebjerggård



**Frelsens Hærs Krisecenter og Botilbud, Svendebjerggård MED udvalgs høringssvar
vedr. høringsbrev fra Koncerndirektionen angående ny ledelsesstruktur og
tværgående virksomheder i Region Hovedstaden**

Grundet Svendebjerggårds (SBG) status som selvejende institution med driftsoverenskomst med Region Hovedstaden, og som socialt tilbud i henhold til lov om social service § 109 og § 110, vil SBG MEDs bemærkninger begrænse sig til de aspekter der har direkte relevans for SBGs fremtid, og undlade kommentarer om psykiatrien som helhed.

SBG har siden 1991 haft driftsoverenskomst med Københavns Amt, og siden 1997 med Region Hovedstaden, organisatorisk placeret i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP), sammen med 8 andre sociale og socialpsykiatriske tilbud.

1. Ny ledelsesstruktur.

Planerne om ny ledelsesstruktur ses ikke umiddelbart at have nogen indvirkning på SBGs drift.

2. Nye tværgående virksomheder

a. Forslaget om etableringen af en ny tværgående virksomhed for sociale institutioner og kommunesamarbejde er umiddelbart positivt, idet det muliggør:

- en udfærdigelse af en regional strategi på udsatte området i tråd med den nationale strategi til bekæmpelse af vold i nære relationer samt den nationale hjemløsestrategi.
- sidestilling af de forskellige typer af sociale institutioner således at den nye tværgående virksomhed ikke defineres som en hovedaktør med underaktører, men som sidestillede sociale tilbud.
- en fortsat og styrket specialiseret faglig udvikling på det sociale område, i arbejdet med marginaliserede og voldsudsatte borgere.
- en prioriteret koordineret administrativ indsats i forhold til kommunesamarbejdet for de institutioner for hvilket det gælder (i henhold til § 109 og § 110) at det er lederen der har visitationsretten, samt vedrørende andre aspekter af de sociale institutioners samlede samarbejde med kommunerne.
- ét mere synligt specialiseret udbud af social ydelser på krisecentre, herberg og andre midlertidige botilbud.

b. Der er dog også megen usikkerhed forbundet med forslaget, idet den specifikke udmøntning ikke endnu er beskrevet. Dette betyder at der i implementeringen bør tages hensyn til følgende for at sikre så få forstyrrelser i driften som muligt:

- nødvendigheden af en hurtig og tydelig definition af organisatoriske og administrative forhold således at institutionerne sikres administrativ support indenfor især IT.



Svendebjerggård



- hurtig og tydelig udmelding af den økonomiske ramme, samt hvorledes denne tænkes administreret i en ny tværgående virksomhed.

- sikring af mekanismer til fortsat tæt kontakt til, og samarbejde med, psykiatrien, idet nogle sociale tilbud oplever øget kontakt fra psykiatriske afdelinger med henblik på sikring af midlertidig bolig efter færdigbehandling.

Afslutningsvis bemærkes, nødvendigheden af en klar vision for en ny tværgående virksomhed, som vil indbefatte meget forskellige tilbud. En vision som både viser retningen samt udstikker tydelige mål for virksomheden som helhed.

Svendebjerggård MED Udvalg
13.5.2011

Medlemmer:

Annette Christiansen, nattevagt
Edith Thaarup, souschef
Henriette Jespersen, pædagog
Oleg Federov, tillidsmandssuppleant SL
Trine Ketter, pædagog, AMR
Trine Lund-Jensen, forstander



Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri
Att.: PSYK MED2
Kristineberg 3
2100 København Ø

**Psykiatrisk Center
Nordsjælland**

Centerledelsen

Dyrehavevej 48
3400 Hillerød

Afsnit Centerledelsen, 2031

Telefon 48294829
Direkte 48293250
Fax 48293517
Mail pcnordsjaelland@regionh.dk

Web www.regionh.dk

Ref.: AM/hkr

Dato: 13. maj 2011

Høringssvar

Psykiatrisk Center Nordsjællands MED-3 udvalg har følgende kommentarer til høringssvar vedr. ændringer af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

Psykiatrisk Center Nordsjællands MED-3 udvalg finder, det vil være mest hensigtsmæssigt at de social botilbud for psykisk syge forbliver organiseret i RHP, pga. det tætte samarbejde mellem botilbuddene og psykiatrien.

Psykiatrisk Center Nordsjællands MED-3 udvalg mener desuden, at det fortsat er hensigtsmæssigt med 3 vicedirektører i psykiatrien, da det er et meget stort virksomhedsområde - regionens næststørste - med mange centre placeret i hele Region Hovedstaden og med et ønske om et godt ledelsesmæssigt fundament, ikke mindste inden for forskning og udvikling.

Med venlig hilsen


Anne Mertz
Formand


Karen Roth
Næstformand



Psykiatri

**Børne- og
ungdomspsykiatrisk
Center Hillerød**

Centerledelsen

Dyrehavevej 48
3400 Hillerød

HØRINGSSVAR

**Til: MED-2
Region Hovedstadens Psykiatri
Kristineberg 3
2100 København Ø**

Telefon 4829 3420
Fax 4829 3528
Mail uwk@nsh.regionh.dk

Dato: 11. maj 2011

Høring af ny ledelsesstruktur og oprettelse af nye tværgående virksomheder i Region Hovedstaden

MED-3 udvalget for Børne- og ungdomspsykiatrisk Center Hillerød har ved møde den 13. maj 2011 drøftet det af MED-2 fremsendte materiale vedrørende "Forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder".

Indledningsvis finder udvalget, at forslagene i Lundgaard Konsulenternes rapport vedrørende fastlæggelsen af bærende udviklingsstrategier indenfor et toårigt udviklingshjul udgør et spændende udgangspunkt for den videre udvikling af den regionale psykiatri og hilser overvejelserne vedrørende det nationale og internationale perspektiv i rapporten velkommen.

Vedrørende de i høringsbrevet oplistede emner har udvalget følgende kommentarer:

Forslaget om etablering af en tværgående virksomhed for sociale institutioner og kommunesamarbejde vil i et snævert perspektiv kunne styrke såvel de sociale institutioner som behandlingspsykiatrien, idet en sådan opdeling giver direktionerne mulighed for at fokusere den ledelsesmæssige indsats mode de respektive virksomheders kerneopgaver.

Adskillelsen af behandlings- og socialpsykiatrien risikerer dog at medføre et tab af bredde og sammenhæng i det samlede psykiatriske felt, herunder sammenhængen i behandlingsforløbene, hvorfor adskillelsen lægger op til videreudvikling af samarbejdsrelationerne mellem de forskellige partnere.

Den i Lundgaard Konsulenternes rapport foreslåede etablering af Hovedstadens universitetshospital forventes at styrke børne- og ungdomspsykiatriens forankring som et sundhedsfagligt speciale, baseret på videnskabelig evidens, og udvalget imødeser i denne sammenhæng en fortsat styrkelse og udvikling af den børne- og ungdomspsykiatriske sundhedsforskning i regionen.

Udvalget ser i forslaget om at etablere en reduceret direktionsstruktur med en psykiatridirektør og to vicedirektører en svækkelse af ledelseskraften i forhold til den samle-

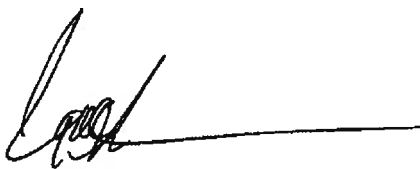
de behandlingspsykiatri og til børne- og ungdomspsykiatrien i særdeleshed. Udvalget finder, at specialernes fortsatte udvikling gør krav på, at også børne- og ungdomspsykiatrien, trods sin i forhold til (voksen)psykiatrien beskedne omfang, udgør et selvstændigt ledelsesområde for en vicedirektør.

På MED-2 udvalgets vegne

Med venlig hilsen



Uwe Klann
formand



Lars Emanuelsen
næstformand



Region Hovedstadens Psykiatri
MED-udvalg 2

Brøndbyøstervej 160
2605 Brøndby

Telefon (+45) 3864 5500
Direkte (+45) 3864 5555
Fax (+45) 3864 5519
Mail pchvidovre@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 16. maj 2011

Høring vedrørende: Forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder.

MED-udvalget på Psykiatrisk Center Hvidovre har ved det ordinære møde den 4. maj drøftet anbefalingerne fra konsulentfirmaet Lundgaard konsulenterne. Vi har følgende kommentarer.

Vi finder anbefalingerne i rapporten interessante, der er fokus på styrkelse af virksomheder og særlig fokus på sammenhængende patientforløb, herunder de tværgående forløb. Det finder vi i psykiatrien er af stor vigtighed, og vi ønsker særlig fokus på sammenhæng for de psykiatriske patienter der har behov for somatisk ekspertise. Det er et meget vigtigt aspekt at få udbygget, idet psykiatriske patienter har en markant overdødelighed. Vi håber derfor at det fortsatte arbejde vil have fokus på let tilgængelig somatisk udredning og ekspertise til mennesker med psykisk sygdom, med fokus på nedbrydning af mere bureaukratiske og økonomiske barrierer.

Derudover har MED-udvalget mest koncentreret sig om ændringerne som vedrører Region Hovedstadens Psykiatri. Det mærkes at der anvendes et andet navn nemlig Hovedstadens Universitetshospital for Psykiatri. Vi finder det relevant at understrege at der er tale om et Universitetshospital.

MED-udvalget finder det betænkeligt at rapporten anbefaler en mindre ledelsestung direktion end hospitaler af tilsvarende størrelse. Vi finder, at psykiatrien som et hospital samlet set har for få i direktionen og derved for få personer til såvel det interne som det eksterne arbejde. Dette sammenlignet med de somatiske hospitaler, der selvfølgelig skal repræsenteres hver for sig, men også samlet set udgør en direktionstungde. Vi finder at det er rigtig vigtigt at psykiatriens direktions kan deltage dels i regionale, men også nationale arbejder, dels deltage i den nationale kampagne om afstigmatisering. Derudover er der behov for fokus på forskning og udvikling af psykiatrien, hvilket nødvendiggør en stærk ledelsesstruktur i psykiatrien. Vi anbefaler derfor at anbefalingen om at Psykiatrien kun har en direktion på 3 medlemmer genovervejes således at psykiatriens ledelse også i fremtiden består af en direktør og tre vicedirektører.

**På vegne af MED-udvalg 3
Psykiatrisk Center Hvidovre
Formandskabet**

Med venlig hilsen

**Birgitte Welcher
Centerchef**

**Sunneva Pedersen
Tillidsrepræsentant,**



Orion

Psyk-MED

Region Hovedstadens Psykiatri

Orion

Administrationen

**Københavnsvej 33
3400 Hillerød**

Telefon 48228400

Direkte 48228410

Fax 48228401

Mail orion@psv1.regionh.dk

Web www.orion.dk

EAN-nr: 5798001172226

Dato: 13. maj 2011

Høringssvar

Det Lokale samarbejdsudvalg har drøftet forslag til ny ledelsesstruktur og tværgående virksomheder.

Udvalget tager forslagene til efterretning med positiv tilkendegivelse af enighed i, at forbliver Orion i psykiatrivirksomheden både fagligt og organisatorisk begrundet.

Med venlig hilsen

**Kirsten Braad
Formand**

**Viola Simonsen
næstformand**

Til Koncern HR

Afsnit 5222**Direkte** 35455566

Dato: 9. maj 2011

Høringssvar vedrørende forslag om ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af nye tværgående virksomheder

Rigshospitalets VMU har drøftet ovenstående forslag på sit møde den 9. maj 2011 og valgt at fremsende følgende bemærkninger fra HovedOrtoCentret vedrørende forslaget om etablering af præhospital virksomhed, for så vidt angår flytning af AMK fra Rigshospitalet:

”Ved modtagelse af alle patienter med alvorlig tilskadekomst eller særlige akutmedicinske tilstande sikrer AMK umiddelbar tilkaldelse af traumeteamet samt speciallæger fra relevante specialer, som er til stede, når akutlægebilen/helikopteren ankommer med patienten. Da meldingen går direkte fra akutlægebil/helikopter til AMK på Rigshospitalet sikres det, at der ikke mistes tid eller vigtig information.

Hvis patienten *ikke* skal til Rigshospitalet, kontakter AMK den relevante akutmodtagelse direkte. Hvis AMK flyttes til egen ekstern virksomhed, vil der opstå et ekstra kommunikationsled mellem akutlægebil/helikopter og TraumeCenter & Akutmodtagelse. Her vil vigtig information kunne gå tabt, og der vil kunne opstå forsinkelse på meldingen fra akutlægebilen/helikopteren til TraumeCenter & Akutmodtagelse. Dermed vil der være risiko for, at traumeteamet og/eller særlige specialister ikke er samlet og har relevant livredende udstyr på plads, når akutlægebilen/helikopteren ankommer med patienten.

Samspillet ved større ulykker eller beredskabshændelser

AMK kan på nuværende tidspunkt umiddelbart monitorere flowet af patienter, således at man løbende kan orientere KOOL på skadestedet om modtageforholdene på Rigshospitalet og dets mange specialafdelinger. I nyere tid har beredskabet i større omfang heldigvis kun været aktiveret i forbindelse med busulykken ved Knippelsbro i 2001. Her var der et forbilledligt samspil mellem akutlægebil med KOOL, AMK og TraumeCenter & Akutmodtagelse uden forsinkende led i kommunikationen. AMK-overlægen kunne med få skridt befinde sig i selve traumemodtagelsesområdet og vurdere situationen ved selvsyn og direkte personlig kontakt til de modtagende læger.

Dette, efter vores opfattelse, overordentligt vigtige direkte samspil vil gå tabt ved den foreslåede placering på vagtcentralen.

Hvis AMK flyttes, vil Rigshospitalet blive nødt til at etablere sit eget beredskabsvagt-hold bestående af seniore overlæger med indsigt i ledelse og håndtering af større ulykker eller beredskabshændelser med henblik på at sikre den daglige akutte visitation og ledelse samt i særdeleshed ledelsen ved større ulykker eller beredskabshændelser. Et hospital af Rigshospitalets størrelse og kompleksitet med Østdanmarks eneste Niveau I traumecenter vil kræve, at der findes et særlig kvalificeret vagtberedskab.

En udflytning af AMK til egen selvstændig, ekstern virksomhed vil således samlet set for Region Hovedstaden medføre en svækkelse af traumemodtagelses- og koordinationsfunktionen med et ekstra kommunikationsled mellem akutlægebil/helikopter og TraumeCenter & Akutmodtagelse, da det nuværende AMK-beredskab på Rigshospitalet både sikrer Rigshospitalets og Region Hovedstadens funktioner.”

Venlig hilsen

Torben Stentoft
Formand

Lis Heidemann
Næstformand

Til Region Hovedstaden

Den 18. maj 2011

HR@regionh.dk

Høringssvar vedrørende forslag til ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af tværgående virksomheder.

Med henvisning til skrivelsen af 28. april 2011 vedr. høring af "Forslag til ledelsesstruktur på visse virksomheder og oprettelse af tværgående virksomheder" fremsendes hermed høringssvar fra HK/Kommunal Hovedstaden.

Som opfølgning på tidligere fremsendte partshøring vedrørende administrationsanalysen af 8. marts 2011 går vores bekymringer fortsat på de medarbejdere som vil blive berørt af ændringerne. Det er fortsat vores erfaringer med omorganiseringer, at det er vigtigt, at vores tillidsrepræsentanter inddrages meget tidligt i processen og hermed også medarbejderne.

Vi finder, at de mange ændringer med baggrund i forskellige konsulentrapporter langt overstiger hvad man kan forvente, at et omstillingsparat medarbejderkorps kan overkomme.

Organisatoriske forandringer skaber utryghed blandt medarbejderne. Derfor er det nødvendigt, at der er stor åbenhed om processen. Det er vigtigt at der ofte informeres bredt ud i organisationen om planer og status— også selv om der ikke er meget nyt.

Et højt informationsniveau er altafgørende og naturligvis skal MED - udvalgene inddrages i så god tid, at medarbejderne sikres medindflydelse og medansvar.

HK/Kommunal vil opfordre til, at MED- udvalgene skal afspejle ledelsesstrukturen i den nye organisering.

Vi forventer, at der i omorganiseringsprocessen sættes et særligt fokus på arbejdsmiljøet, og at de lokale arbejdsmiljørepræsentanter inddrages i processen fra start.

I en ny organisation er det vigtigt, at der er klare og entydige kommandoveje, der sikrer en ordentlig faglig korrekt og etisk implementering.

For en ny organisation er det vigtigt, at der skabes et samlet værdisæt og en fælles kultur på arbejdspladsen, hvor samarbejde, et godt arbejdsmiljø og medarbejdertilfredshed er et vigtigt fokuspunkt.

Det er vigtigt for HK/Kommunal Hovedstaden, at påpege, at små hospitaler som Amager Hospital, Frederiksberg Hospital, Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital bliver betragtet som ligeværdige partnere i processen

Medarbejderne på ovennævnte hospitaler kan opfatte at den øverste ledelse kan være langt væk, med den foreslåede ledelsesstruktur.

Vi syntes, at det er positivt at Bornholms Hospital har fået særstatus i denne proces.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, reading 'Winnie Axelsen'. The signature is fluid and cursive, with the first name 'Winnie' and the last name 'Axelsen' clearly distinguishable.

Winnie Axelsen
Afdelingssektorformand



Til Region Hovedstaden
Forretningsudvalget

Den 9. juni 2011

**Høringssvar fra Dansk Sygeplejeråd
vedr. forslag til ændring af ledelsesstruktur på visse virksomheder**

Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden og Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd afgiver et fælles høringssvar til forslaget om ændringer i ledelsesstrukturen på visse virksomheder fra 1.1.2012.

Der ligger store ledelsesopgaver i forhold til implementering af Hospitalsplanen 2020.

Vi bakker op om regionens overordnede intention om at "landets største hospitalsvæsen også er landets førende hospitalsvæsen". Dette kræver både ledelseskraft og tilstrækkelig faglig indsigt at skabe de ønskede forandringer.

Vi anerkender behovet for at etablere fælles ledelse i fusions- og byggeperioden på de nævnte hospitaler, men i forhold til den tidligere ledelsesstruktur er der tale om en reduceret ledelseskraft som skal bære meget store forandringer igennem. Det stiller høje krav til, at de nye direktioner hurtigst muligt få etableret sig med nye samarbejdsformer og en effektiv opgavefordeling.

Ved at sammenlægge de nuværende ledelser fastholdes den nuværende ledelseserfaring.

Det er imidlertid vores opfattelse, at alle ledelser ikke får den tilstrækkelige sygeplejefaglige kompetence på direktionsniveau med denne tilgang.

Vi ser den sygeplejefaglige kompetence på direktionsniveau som afgørende for udviklingen og implementeringen af de forandringer som regionen ønsker, hvor

- sygeplejersker er afgørende for det overordnede strategiske arbejde og for iværksættelse af udvikling,
- patienten sættes mere i centrum. Sygeplejersker bliver i langt højere grad de centrale aktører for patienter som er indlagt,
- sammenhæng i patienternes forløb øger patienters oplevelse af kvalitet, og udvikling af faglige standarder, også for komplekse forløb, er et vigtigt element i at sikre sammenhæng,

- helhed på tværs af sundhedsvæsenet i højere grad sættes i fokus, herunder samspil med kommuner, almen praksis, og andre aktører,
- kompetenceudvikling af personale og udvikling af nye arbejds gange er en nødvendighed for at skabe forandringerne,
- ny teknologi og forskning skal omsættes konkret til ændrede forløb med patienter, som f.eks. telemedicin mv.

I høringsforslaget præciseres, at der bliver etableret matrikelledelse, hvor et direktionsmedlem er ansvarlig for det enkelte hospital. Vi mener, at der er behov for en uddybning af princippet om matrikelledelse, så den ledelsesmæssige opgave fremstår tydeligere.

Vi anerkender, at denne ledelsesopgave er lagt på direktionsniveau idet vi mener, at det er en særdeles vanskelig opgave at sikre både driften og udviklingen på de hospitaler, som efter gennemført nybyggeri skal nedlægges og fusioneres med den øvrige organisation, hvilket tidligere erfaringer allerede har vist. I sådanne fusionsprocesser er det meget væsentligt at sikre en god dialog mellem ledelse og medarbejdere.

Det er vigtigt at ledelsesopgaven vedr. matrikelledelse ikke undervurderes, og derfor er vi bekymrede for den reduktion i samlet ledelseskraft, som forslaget lægger op til.

Der er tale om store byggeprojekter i de kommende år, som vil kræve megen ledelseskraft at få gennemført, både på direktionsniveau og fra underliggende ledelseslag. Dette skal ske samtidig med udvikling og forandring på flere andre områder, hvilket vil stille store krav til de kommende direktioner og deres samspil med de underliggende ledelseslag.

I forslaget foreslås de ovenstående ændringer i fusions- og byggeperioden frem til 2020.

Vi finder det helt afgørende, at den foreslåede direktionsstørrelse fastholdes i hele perioden og at der ved evt. stillingsledighed hurtigt sker nybesættelse af stillingerne.

For at få den fulde effekt af investeringerne er det i vores optik vigtigt, at der er tilstrækkelig ledelseskraft også, når de udviklingsmæssige forandringer skal implementeres i de nye fysiske rammer. Derfor anbefaler vi, at revurdering af ledelsesstrukturen først sker efter gennemført implementering i nye fysiske rammer.



Generelt anbefaler vi regionen at være meget opmærksomme på, at kompleksiteten og størrelsen af ledelsesområder har stor betydning for udviklings- og implementeringskraften.

Med den foreslåede ændring på direktionsniveau vil dette også være i spil, og vi opfordrer til, at regionen nøje følger op på, om der er tilstrækkelig ledelseskraft til at kunne gennemføre de ønskede opgaver.

Igennem de senere år har vi set en udvikling med større og større ledelsesområder. Ved sådanne ændringer er det vigtigt, at der skabes de rette ledelsesvilkår således, at der også er plads til udviklingsopgaver. For at komme sikkert i land med de mange forandringer er det vigtigt, at der også er ledelsesmæssig kraft til at sikre medarbejdernes indsigt, accept og ejerskab. Det kræver dialog mellem ledelse og medarbejdere, og det bør vægtes på lige fod med andre centrale ledelsesopgaver.

Kredsen og Lederforeningen mener, at Region Hovedstaden skal have en ledelsesstruktur som matcher de opgaver som skal løftes ledelsesmæssigt og med den tilstrækkelige ledelseskraft til at det er muligt. Ændringen på direktionsniveau får væsentlig betydning for de underliggende ledelseslag, idet vi forventer at opgaver vil blive delegeret fra direktion til underliggende ledelseslag.

Derfor forventer vi at indgå i drøftelser af hvilke udviklingsmuligheder og konsekvenser vi ser for de underliggende ledelseslag, som følge af ændringerne på direktionsniveau.

Vi ser sygeplejersker som helt afgørende aktører på samtlige ledelseslag og ser frem til at indgå i den fremtidige udvikling, så vi i samspil når frem til at "landets største hospitalsvæsen også er landets førende hospitalsvæsen".

Med venlig hilsen

Vibeke Westh
Kredsformand

Irene Hesselberg
Formand for Lederforeningen

Til
koncernstabenes VMU og lokale MED-udvalg

Telefon 4820 5000
Direkte 4820 5151

Dato: 5. maj 2011

Høring om organisationsændring i koncernstabene

Hermed udsendes forslag om organisatoriske ændringer i koncernstabene til høring i stabenes MED-system.

Reorganisering af koncernstabene og styrket politisk betjening

I kølvandet på Lundgaard analyserne og PAO er der behov for også at se på stabenes opgaveløsning og organisering. Særligt Lundgaard del 1, som fokuserer på en styrkelse af den politiske betjening, kalder på overvejelser i forhold til KSE og KKO med afledte konsekvenser for KPU og KHR.

Nedenfor er KD's forslag til et ændret og fokuseret KSE, samt øvrige konsekvenser for koncernstabene. Forslagene vil, såfremt de tiltrædes, indgå i en revideret samlet beskrivelse af koncernstabenes organisering, som afløser for beskrivelsen i regionens "Overordnede administrative organisering", juni 2006.

Mens der i beskrivelsen fra 2006 var stærkt fokus på stabenes funktioner i forhold til at understøtte virksomhedernes service til borgerne, lægges der med den ny organisering op til en nyorientering af stabene, der skal styrke fokus på en helhedsorienteret indsats, den politiske betjening og strategiudvikling, uden at det virksomhedsunderstøttende arbejde af den grund nedprioriteres, idet det er med til sikre den regionale sammenhængskraft på tværs og fagligheden i den politiske rådgivning.

A. Et fokuseret sekretariat

Lundgaard analysens del 1 samt udfoldningen heraf, som FU godkendte på sit møde den 15. marts 2011, lægger op til, at den politiske betjening skal styrkes og udfoldes på væsentlige punkter. Det er derfor relevant at se på, hvorledes KSE er organiseret og hvilke opgaver KSE løser.

KSE er i dag et bredt sekretariat med mange og meget forskellige opgaver under sig. Det foreslås derfor - og i lyset af ovenstående - i højere grad at fokusere KSE på den

politiske betjening og på kommunikation opad og udad, da dette har en tæt sammenhæng til den politiske betjening.

Opgaver der flyttes fra KSE

Det betyder, at følgende opgaver flyttes væk fra KSE:

- Informations- og rådgivningsenheden (24 årsværk) flyttes til KPU. Dette sker for at styrke sammenhængende mellem enhedens og KPUs fælles opgaver vedr. kapacitetsplanlægning, optimal kapacitetsudnyttelse samt visitation.
- Administrativ service (3,5 årsværk) flyttes til KHR
- Intern service (17 årsværk) flyttes til KHR
- Sekretariatet for de videnskabsetiske komitéer (9,5 årsværk) flyttes til KHR
- Abortsamrådssekretariatet (2 årsværk) flyttes til KHR
- Forsikringsområdet (1,25 årsværk) flyttes til KHR

Placeringen af andre afgrænsede juridiske opgaver (det privatretlige område, kontraktindgåelse, køb og salg af fast ejendom mv. - 1 årsværk) skal overvejes nærmere.

Patientkontorfunktionen forbliver under KSE.

Opgaver der styrkes i KSE

KSE styrkes for så vidt angår råds- og udvalgssekretariatet, som skal kvalitetssikre og ensrette dagsordensmateriale til FU og RR. Endvidere skal der skabes en større ensartethed i besvarelsen af RRspørgsmål. KSE skal sikre en høj og ensartet betjening af udvalgene, bl.a. ved at være tovholder i et formaliseret administrativt netværk vedr. betjeningen. Der skal samtidig ske en opprioritering af serviceringen af udvalgsformændene, herunder bl.a. et øget fokus på at sikre den fornødne kontakt og samarbejde med den øvrige organisation samt eksterne parter.

KSE's formandsbetjening fokuseres yderligere i et tæt samspil med råds- og udvalgsbetjeningen.

Opgaver der tilføres KSE

Pressekommunikation flyttes til KSE og styrkes væsentligt, således at der er en tæt sammenhæng mellem pressebetjening og politisk betjening. Der vil således være en basis på i alt fire pressemedarbejdere, som derfor også står til rådighed i forbindelse med udarbejdelse af taler, presserådgivning og oplæg til regionsrådsformanden og udvalgsformænd, jfr. oven for.

Ansvar for strategisk ekstern og intern kommunikation flyttes også til KSE for at skabe en synergi mellem politisk betjening, herunder bl.a. formands- og koncerndirektionsbetjening og kommunikation. Det strategiske kommunikationsarbejde omfatter hele KKO's nuværende ansvars- og opgaveportefølge indenfor strategi, analyse, redaktion, web, projekter, grafik og corporate design

Styrkelsen af det strategiske og politiske fokus vil betyde, at KSE får ansvar for udvikling og eksekvering af regionens kommunikationsstrategi, samtidig med at KSE bliver ansvarlig for at rådgive regionens virksomheder og stabe indenfor strategisk kommunikation, udvikle fælles kommunikationsløsninger, udarbejde redaktionelt indhold samt være ansvarlig for den samlede samarbejdsorganisation og netværk indenfor kommunikationsområdet.

Organisering af et fremtidigt KSE

KSE organiseres med en stabsdirektør, som har det overordnede og samlede ansvar for sekretariatet og tre enhedschefer og en pressechef. En der er ansvarlig for formands-, råds- og udvalgsbetjening (politisk sekretariat), en der er ansvarlig for koncernbetjening, principielle juridiske spørgsmål og patientvejledning (administrativt sekretariat) og en der er ansvarlig for strategisk kommunikation (kommunikationssekretariat). Endvidere vil der være en pressechef, der har ansvaret for pressebetjeningen af formand, udvalgsformænd og øvrig presse samt taler mv. til formanden i et samspil med kommunikationssekretariatet og det politiske sekretariat.

Koncern Sekretariatet foreslås at ændre navn til Koncern Sekretariat og Kommunikation (KSK).

B. Øvrige stabe

Ovennævnte fokusering betyder bl.a., at det foreslås at nedlægge KKO som selvstændig stab og fremadrettet integrere stabens medarbejdere i KSE, kaldet Koncern Sekretariat og Kommunikation (KSK).

Organisering af KHR

Sekretariatet for de videnskabsetiske komitéer, abortsamrådssekretariatet og forsikringsområdet placeres organisatorisk i KHR's forhandlingsenhed, der samtidig nyetableres som en juridisk enhed.

Administrativ service og intern service placeres organisatorisk i en nyoprettet sekretariatsenhed i KHR.

KHR organiseres med en stabsdirektør og tre enhedschefer (en personalepolitisk chef, en juridisk chef og en sekretariatschef).

Koncern HR foreslås at ændre navn til Koncern Organisation og Forvaltning (KOF).

Øvrige stabe

Der foreslås ikke yderligere ændringer i stabene som følge af analyserne bortset fra KIT, KHR og AKUT, som er omfattet af forslaget om de tværgående virksomheder. Således nedlægges KIT som stab, og det samme er foreslået ifht. AKUT, medens KHR dels fokuseres i forhold til det strategiske og dels tilføres opgaver fra KSE.

Dette betyder at den tidligere nævnte mulige sammenlægning af KMI og KRU ikke realiseres, ligesom KPR ikke omlægges til en virksomhed, således som det har været på tale.

Etableringen af en ny virksomhed for IT og medikoteknik vil medføre et behov for en stabsforankring af visse af KITs aktuelle opgaver relateret til bl.a. den politiske betjening samt strategiudvikling. Disse opgaver (ca. 3 årsværk) foreslås placeret i KPU i tæt samarbejde med den ny virksomhed.

Ligeledes vil der, såfremt det forslag om at etablere en ny præhospitalsvirksomhed der aktuelt er i høring vedtages, være behov for en tilsvarende stabsforankring af visse opgaver der i dag varetages af AKUT-staben. Sker dette foreslås disse opgaver placeret i KPU.

Koncern Plan og Udvikling foreslås at ændre navn til Koncern Kvalitet og Planlægning (KKP).

C. Proces

De foreslåede ændringer bygger på at medarbejderne følger opgaven til den nye enhed. Der vil således alene være mulighed for jobskifte i direkte forbindelse med ændringen, hvis der opstår vakante stillinger, som skal besættes på dette tidspunkt. Implementeringen tilrettelægges i henhold til regionens personalepolitiske principper for større organisationsforandringer, inkl. supplementet.

For at sikre en god proces oprettes et midlertidigt fusionsMED med deltagelse af de direkte berørte koncernstabe: KSE, KKO, KPU, KHR, KIT og AKUT. Koncerndirektør Katja Kayser er formand, og der deltager 1-2 ledere og 1-2 medarbejdere fra hver af de berørte stabe.

FusionsMEDs opgaver er information og drøftelse omkring:

- Tids- og procesplan
- Kommunikationsplan vedr. berørte medarbejdere
- Forberedelse af flytninger og ændrede fysiske rammer
- Forberedelse af nye lokale MED-udvalg i de fire koncernstabe
- Principielle forhold i forbindelse med implementeringen

FusionsMED sekretariatsbetjenes af KHR.

D. Høringsfrist og det videre forløb

Fristen for høringssvar er den 27. maj 2011. Høringssvar indsendes til hr@regionh.dk.

Forslagets overordnede elementer forelægges herefter til endelig beslutning i forretningsudvalget den 14. juni 2011 og i regionsrådet den 21. juni 2011.

De forslag, der tiltrædes, forventes gennemført med virkning fra den 1. oktober 2011, idet omorganisering forbundet med etableringen af nye tværgående virksomheder vil følge tidsplanerne herfor.

Med venlig hilsen

Katja Kayser

Høringssvar fra Virksomheds MED - udvalget for koncernstabene vedr. "Organisationsændring i koncernstabene"

VirksomhedsMED-udvalget (VMU) for koncernstabene har den 23. maj 2011 drøftet forslag til organisationsændring i koncernstabene samt de vedlagte høringssvar fra stabene.

De enkelte høringssvar fra stabenes MED-udvalg indeholder en række stabs- og enhedsspecifikke forhold, der ønskes gjort synlige for koncerndirektionen. De enkelte svar vedlægges derfor som bilag.

Koncernstabenes MED-udvalg har generelt set forholdt sig positivt til koncerndirektionens forslag, men peger også på følgende opmærksomhedspunkter:

- o Der er pt. angivet et ikrafttrædelsestidspunkt for etableringen af de nye tværgående virksomheder samt et andet for organisationsændringer i koncernstabene. Det kan give udfordringer for de opgaver og medarbejdere, der er berørt af begge forslag
- o Der mangler dog en nærmere afklaring af de enkelte samarbejdsflader, der hvor opgaverne nu flyttes fra en stab til en anden
- o Der var forslag om at overveje, hvorvidt de nuværende forslag til stabsnavne er dækkende for de opgaver, der løses i den pågældende stab

VMU for koncernstabene anbefaler, at de igangværende processer i forbindelse med nærværende organisationsændring i stabene og Projekt administrativ organisering i højere grad koordineres. Dette kan bl.a. ske ved, at der udarbejdes en overordnet proces- og tidsbeskrivelse.

Med venlig hilsen

Katja Kayser
Formand
VMU for koncernstabene

Camilla Lindholm Hammer
Næstformand
VMU for koncernstabene

Bilag: Høringssvar fra de lokale MED-udvalg i KØK, KPU, KPR, KKO, KIT, KHR, KSE + bilag

NOTAT

Til: **MED for koncernstabene**

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5002
Fax 48 20 57 99
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 13. maj 2011

Udtalelse fra MED-Koncern Økonomi vedr. *Høring om organisationsændring i koncernstabene*

MED-KØK har ikke kommentarer til høringen vedrørende organisationsændringen.

Venlig hilsen

Peter Mandrup Jensen
Formand

Jytte Johansen
Næstformand

Til

MED-udvalget for koncernstabene

**Opgang B
Afsnit B 174**

**Telefon 4820 5401
Mail kinnerup@regionh.dk**

Ref.: Lars Kinnerup

Dato: 17. maj 2011

Høringssvar vedr. organisationsændring i koncernstabene fra MED-udvalget i KPU.

MED-udvalget for koncernstabene har udsendt Koncerndirektionens forslag om organisationsændring til høring i de lokale MED-udvalg i koncernstabene.

Forslaget har været drøftet i MED-udvalget i KPU på et ekstraordinært møde den 11. maj 2011.

KPU's MED-udvalg har på denne baggrund følgende kommentarer til det fremsendte forslag.

MED-udvalget anerkender det overordnede formål med forslaget til organisationsændring, som er at styrke fokus på en helhedsorienteret indsats, den politiske betjening og strategiudvikling, uden at det virksomhedsunderstøttende arbejde nedprioriteres, og at sikre den regionale sammenhængskraft på tværs og fagligheden i den politiske rådgivning.

Der henvises i den forbindelse til, at det i mission, vision og værdier for KPU indgår som et hovedelement, at KPU fungerer som brobygger mellem både sundhedsvæsenets sektorer: hospitaler-praksissektor-kommuner, mellem uddannelsesinstitutioner og Region Hovedstaden som arbejdsgiverpart, samt mellem det politiske niveau og den borgerrettede service.

I forslaget indgår bl.a., at KSE skal sikre en ensartet betjening af høj kvalitet af de politiske underudvalg. KPU vil gerne bidrage hertil ud fra stabens erfaringer med udvalgsbetjening og i et udbygget samarbejde mellem KSE og KPU.

Forslaget om at knytte Informations- og Rådgivningsenheden til KPU som en decentral enhed finder KPU fagligt fornuftigt. Hvis det besluttet vil KPU tage initiativ til, at der iværksættes en god og konstruktiv fusionsproces i tæt samarbejde med enhedens ledelse og medarbejdere.

Forslaget om at placere de overordnede strategiske planlægningsopgaver på stabsniveau på IT- og præhospitalsområdet i KPU findes ligeledes fagligt hensigtsmæssigt. Dog tages der forbehold for det anslåede ressourcebehov, indtil der foreligger en præcis beskrivelse af de strategiske planlægningsopgavers omfang og indhold. Der bliver i den sammenhæng også behov for en beskrivelse af karakteren og indholdet af samarbejdet mellem de overordnede planlægningsfunktioner og driftsfunktionerne på begge områder. På samme måde skal der på uddannelsesområdet ske en specifikation af snitfladerne mellem HR/uddannelsesvirksomheden og KPU's uddannelsesenhed, som skal sikre det strategiske fokus, sammenhæng til de politiske prioriteringer, og regionens myndighedsansvar på uddannelsesområdet. Heri bør også ind-

gå en beskrivelse af entydige samarbejdsrelationer mellem Koncerndirektionen, koncernstaben og driftsorganisationen.

Medarbejdersiden i MED-udvalget ønsker at tilkendegive, at i en tid hvor TrivselOP har vist ikke ubetydelige problemer med stress i koncernstabene, er det vanskeligt at se hvordan der kan findes de nødvendige ressourcer til at styrke opgaveløsningen, uden at nedprioritere andre. Medarbejdersiden er derfor betænkelig ved at det i forslaget indgår, at man ønsker at opkvalificere flere områder, uden at det er tydeligt, at der tilføres ressourcer til denne opgaveløsning.

KPU er opmærksomme på, at der i øjeblikket er nedsat implementeringsgrupper vedr. etableringen af de nye virksomheder på IT og HR/uddannelsesområdet. Da arbejdet i disse grupper har stor betydning for det fremtidige samarbejde mellem stabsfunktionerne i KPU og driftsfunktionerne i de nye virksomheder, skal KPU anmode om at blive inddraget i implementeringsgruppernes arbejde. Dette gælder også såfremt forslaget om en præhospitalsvirksomhed tiltrædes og der skal afklares snitfald og samarbejdsrelationer mellem den ny virksomhed og KPU.

Organisationsændringerne gør det endvidere nødvendigt at analysere og vurdere konsekvenserne for den organisatoriske tilrettelæggelse af den faglige rådgivnings- og øvrige organisation i Region Hovedstaden. Der tænkes her især på systemgruppeorganisationen på IT-området og hele udvalgs- og rådsstrukturen på planlægnings- og kvalitetsområdet. Der bør for hele denne struktur være klare og entydige relationer mellem koncernstabene på den ene side, og råd, grupper, udvalg og driftsorganisationen i virksomhederne på den anden side. Dette gælder også på lægemiddelområdet, uddannelsesområdet, det sociale og andre områder, hvor der foreslås etableret virksomheder med tværgående opgaver.

Forslaget om organisationsændringer i stabene indeholder også forslag om nye navne til de ændrede stabe. Den nye KHR foreslås benævnt KOF (Koncern Organisation og Forvaltning). KPU mener, at dette kan give anledning til forvirring, da alle stabe i et vist omfang beskæftiger sig med 'organisation og forvaltning'. Vi foreslår i stedet at navngivningen i højere grad mere præcist tager udgangspunkt i de hovedfunktioner og -opgaver, som varetages af stabene.

Vedr. forslaget om at benævne KPU som 'Koncern Kvalitet og Planlægning', foreslår vi med samme begrundelse, at navnet bliver 'Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet' i stedet for det foreslåede 'Koncern Kvalitet og Planlægning'. Forslaget er endvidere begrundet med at udviklingsopgaverne i KPU er og fortsat vil være en meget vigtig og omfattende del af stabens virksomhed, og derfor bør indgå i stabens navn. Samtidig vurderes signalet om at tydeliggøre kvalitetsopgaven positivt.

For så vidt angår KPUs deltagelse i det foreslåede FusionsMED foreslår vi, at Kirsten Granhøj og Stine Tams deltager fra medarbejderside, og Christian Worm og Lars Kinnerup deltager fra ledelsesside.

17. maj 2011

MED-udvalget i KPU



**Region
Hovedstaden**

Koncern Praksis

Sekretariatet

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Til KHR

Opgang Blok D, st.
Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 52 21
Fax 48 20 54 99
Mail heidi.holm-jensen@regionh.dk

Dato: 17. maj 2011

Høring om organisationsændringer i koncernstabene

MED-udvalget i Koncern Praksis kan tilslutte sig, at Koncern Praksis ikke omlægges til en virksomhed.

Koncern Praksis bemærker, at Lundgaard rapportens omtale af praksis- og kommune-kontaktområdet (6.3.1) beskriver behov for en styrkelse af en mere helhedsorienteret stabsmæssig betjening af området. Dette synes Koncern Praksis ikke er imødekommet i forslaget til den nye stabsorganisering.

Med venlig hilsen

MED-udvalget i Koncern Praksis

v/Heidi Holm-Jensen
Ledende sekretær

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød**NOTAT**Til: **Koncerndirektionen****Telefon** 48 20 50 00
Direkte
Fax 48 20 56 90
Mail kommunikation@regionh.dk
Web www.regionh.dkEAN-nr:
Giro:
Bank:

Dato: 16. maj 2011

Høringssvar vedr. forslag til organisationsændring i koncernstabene**Overordnede bemærkninger**

Koncern Kommunikation tager koncerndirektionens forslag om at placere KKO's ansvare og opgaveportefølje i et fremtidigt Koncern Sekretariat og Kommunikation til efterretning.

Vi finder det overordnet positivt, at koncerndirektionen lægger op til at bevare et samlet centralt kommunikationsmiljø. Vi mener, at den bedste kommunikationsfaglige løsning ville være at bevare KKO som en selvstændig stab, men koncerndirektionens forslag muliggør trods alt en fortsat strategisk intern og ekstern kommunikationsindsats.

Vi kan dog ikke i Lundgaard- og PAO-rapporterne og i koncerndirektionens forslag få øje på motivationen for omplaceringen af KKO, og vi ser derfor frem til at se hvordan omlægningen kan og skal forbedre regionens strategiske kommunikationsindsats, så regionen kan udmønte den overordnede kommunikationsstrategi for regionen, der er under udarbejdelse.

Kommunikationsfaglig repræsentation og mandat

Hvis man skal bedrive professionel strategisk kommunikation i en koncern på regionens størrelse, er det afgørende, at kommunikation medtænkes fra starten af de processer som munder ud i kommunikationstiltag.

Derfor er det vigtigt, at vi fortsat har kommunikationskompetencer og -perspektiv repræsenteret i de mange relevante interne og eksterne beslutningsfora, selvom regionen umiddelbart ikke har en kommunikationsdirektør efter omlægningen. Konkret foreslår vi, at den fremtidige enhedschef for kommunikationssekretariatet bliver en del af de relevante beslutningsfora, (fx KD, UD, SD osv). I modsat fald risikerer regionen at miste muligheden for at udøve strategisk kommunikation.

Koncernledelsens forslag indeholder ikke en beskrivelse af, hvilket mandat den centrale kommunikationsenhed skal have i forhold til virksomhederne, og denne beskri-

velse har i øvrigt været savnet siden regionens etablering. Vi vil derfor foreslå, at den endelige beskrivelse af organisationsændringer i stabene kommer til at indeholde en kortfattet beskrivelse af mandatet for den centrale kommunikationsenhed med særlig fokus på referenceforholdet mellem enheden og virksomhedernes kommunikationsafdelinger/-enheder.

Signalering af prioritering af kommunikation

Selvom vi tager omlægningen til efterretning, vil vi ikke undlade at gøre opmærksom på, at vi anser det for et problematisk signal, at en koncern med 40.000 medarbejdere ikke har en kommunikationsdirektør. Det antyder i vores øjne en utilstrækkelig prioritering af kommunikation til og med medarbejdere, samarbejdspartnere og omverden.

Ledelse af kommunikationsfunktionen

Fra regionens fødsel har koncerndirektionen estimeret tre ledere til at lede KKO fagligt og personalemæssigt. Med det nye forslag skal en enkelt leder varetage disse opgaver alene. Det finder vi urealistisk. Siden Bo Dybkærs fratrædelse har Bjørn Borup praktiseret enkeltmandsledelse i KKO, og i den periode har Bjørn ikke haft tilstrækkelig mulighed for at udøve personaleledelse. Den faglige ledelse af kommunikationsfunktionen kræver et årsværk.

Det er derfor vigtigt for os at henlede opmærksomheden på, at der inden for normeringen af det nuværende Koncern Kommunikation hurtigst muligt bør allokeres ressourcer til personaleledelse.

Placeringen af pressefunktionen

Koncerndirektionen foreslår oprettelsen af en pressecheffunktion, men beskriver ikke, hvor pressefunktionen skal placeres strukturelt. Vi anser det for yderst vigtigt, at pressefunktionens strukturelle placering understøtter et tæt samarbejde mellem pressearbejdet og regionens øvrige centrale kommunikationsinitiativer.

Vi vil derfor foreslå, at pressefunktionen og kommunikationssekretariatet konkret beskriver de samarbejdsflader og gensidige forpligtelser der er mellem de to funktioner for at sikre det gode samarbejde.

Venlig hilsen

Koncern Kommunikations MED-udvalg

Bjørn Borup, formand
Christian Hult, næstformand
Charlotte Skaaning Larsen
Thomas Christensen
Lone Bennekov Smed

Høring af MED-organisationen vedrørende "Høring om organisationsændring i koncernstabene"

Koncerndirektionen har med brev den 5. maj 2011 sendt forslag om organisatoriske ændringer i koncernstabene til høring.

Forslaget er blevet drøftet i MED for Koncern it d.d.

Beslutningen

Det er MED-udvalget for Koncern IT's (herefter KIT-MED) opfattelse, at de foreslåede ændringer er en naturlig følge af behovet for løbende tilpasning af opgaveområder og følgevirkning af tidligere forslag

KIT-MED har følgende bemærkninger til de organisatoriske ændringer.

Anbefalinger

KIT-MED finder det bekymringsværdigt, at KIT skal afgive 3 strategiske og politisk kompetente ressourcer til KPU kun 3 måneder før IMT etableres den 1. januar 2012. Det skal ses i relation til en presset opgavesituation og det foreslås derfor at overførslen sker koordineret med IMT og når opgaverne flyttes, efter nærmere aftale.

KIT-MED konstaterer, at ændringerne er tænkt implementeret i en periode, hvor dannelsen af IMT befinder sig i cv processen. En meget vigtig fase for medarbejderne. KIT-MED lægger derfor vægt på, at de organisatoriske ændringer ikke påvirker cv processen negativt.

Med venlig hilsen

Jan Kold
Formand

Heidi Mouritzen Sørensen
Næstformand

Til
VMU for koncernstabene

Telefon 4820 5000
Direkte 4820 5151

Dato: 16. maj 2011

Høringssvar

KHR MED har den 16. maj 2011 behandlet koncerndirektionens forslag af 5. maj 2011 om organisationsændring i koncernstabene.

KHR MED vedtog flg. høringssvar:

KHR MED anbefaler, at overflytningen til den nye tværgående virksomhed sker direkte uden flytning til midlertidige lokaler.

KHR MED anbefaler, at der arbejdes videre med den endelige navngivning af staben med det formål at finde en mere dækkende og forståelig betegnelse.

Det er medarbejdersidens holdning, at KHR modtager en række nye og meget forskellige opgaver og staben synes at få en mere blandet profil frem for en strategisk profil. Det rejser spørgsmålet om, hvordan strategiudviklingen, herunder særlig HR-strategi fokuseres og styrkes bedst muligt.

Dele af medarbejdersiden i personalepolitisk enhed udtaler, at det bør undersøges nærmere om dele af personalepolitisk enhed i Koncern HR med fordel kan flyttes til den ny HR-virksomhed for at sikre helhedstænkning og den strategiske fokusering på HR-området.

Medarbejdersiden i forhandlingsenheden kan umiddelbart tilslutte sig, at opgavesættet og den fremtidige placering for Personalepolitisk enhed bør undersøges nærmere.

Samtidig tages forbehold for en medarbejderudtalelse om den nye organisationsændring, da det fortsat er uafklaret, hvilke HR-snitflader og -opgavefordeling som forhandlingsenheden står overfor i medfør af dels PAO-projektet, dels den nye stabsstruktur. Det er som følge heraf vanskeligt at forholde sig til den fremtidige HR-profil i enheden på nuværende tidspunkt.

Jørgen Schwensen
Formand

Pernille Kreiser
Næstformand

Til VMU

Telefon 48 20 50 00
Direkte 48205714
Fax 48 20 57 77
Web www.regionhovedstaden.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 16. maj 2011

Høringssvar fra KSE – høring om organisationsændringer i stabene

Koncern Sekretariatet har på ekstraordinært MEDmøde d. 12. maj drøftet de foreslåede organisationsændringer i stabene, der vil betyde ændrede organisatorisk tilhørsforhold for mange, og afledte nye samarbejdsrelationer for endnu flere.

Indledningsvist skal det bemærkes, at høringsprocessen opleves meget presset. Der levnes en ganske kort periode til at drøfte og diskutere konsekvenser og holdninger til de ændringer, der for mange er ganske betydelige. Også det forudsatte tidspunkt for effektueringen af de evt. organisationsændringer kan forekomme presset. Samtidig er der forståelse for, at den politiske proces forudsætter en vis kadence.

Overordnet vurderes det, at tanken med øget fokusering på og opprioritering af den politiske betjening i en tættere sammenhæng med kommunikationsområdet og dermed en koncentration af denne opgavevaretagelse i staben, er rigtig. Der er dog visse forslag til snitflader, der umiddelbart vækker bekymring eller rejser behov for særlig opmærksomhed.

Formands- og direktionssekretariatet

Forslaget kan læses, som om det foreslås fremadrettet at adskille medarbejderne i det nuværende Formands- og direktionssekretariat, idet visse medarbejdere herfra forudsættes fusioneret med det nuværende Råds- og udvalgssekretariat, i det ny Politiske sekretariat, og den resterende del af medarbejderne placeret sammen med den resterende del af medarbejderne i det nuværende Juridisk sekretariat, herunder patientvejlederfunktionen i et nyt Administrativt sekretariat.

Formands- og direktionssekretariatet ser med stor bekymring på denne opdeling af den nuværende enheds organisering, idet der er et meget tæt samarbejde og overlap i opgaveløsningen. En adskillelse vurderes at kunne resultere i tab af informationer og medføre uklare reference- og ledelsesforhold, som fremadrettet vil vanskeliggøre muligheden for i fællesskab at løfte ansvaret for opgaveløsningen.

Alle sekretærer bidrager i dag til betjening af de særlige udvalg og har dermed tætte samarbejdsrelationer til det nuværende Råds- og udvalgssekretariat. Herudover sker

der en koordinering mellem direktører, regionsrådsformand og Råds- og udvalgssekretariatet i forbindelse med forretningsudvalgs- og regionsrådsmøder.

Juridisk sekretariat

Der er ikke modtaget skriftligt hørings svar fra Juridisk sekretariat. Det Juridiske sekretariat i KSE skal ifølge forslaget indgå i et kommende administrativt sekretariat sammen med patientvejlederfunktionen. De øvrige juridiske opgaver, dvs. Videnskabsetisk Komitesekretariat, forsikringsområdet samt opgaver på abortsamrådsområdet er ifølge forslaget placeret i det nye KHR, hvor der etableres en ny juridisk enhed.

Det fremgår af forslaget, at det kommende administrative sekretariat bl.a. får ansvaret for koncernbetjening og besvarelse af principielle juridiske spørgsmål. Formuleringen må forstås sådan, at det administrative sekretariat i vidt omfang skal varetage de samme juridiske opgaver som i dag, bl.a. omkring rådgivning af den øverste politiske/administrative ledelse inden for det sundhedsjuridiske område, behandling af klager til formand, KD m.v., og der således også fremadrettet reelt vil være tale om et juridisk sekretariat.

En forudsætning for at kunne levere juridisk bistand i høj faglig standard inden for en snæver tidsramme er, at de nødvendige juridiske kompetencer er til stede i et sådant sekretariat. Juridisk Sekretariat appellerer derfor til, at det årsværk, der i dag primært varetager det privatretlige område, kontraktindgåelse, køb og salg af fast ejendom bibeholdes i det nye Koncern Sekretariat og Kommunikation.

Forsikringsområdet

Der er fine perspektiver i en ny placering i et nyt KHR med mulighed for et øget samarbejde med medarbejdere, der arbejder med tilgrænsende områder (bl.a. arbejdsskader og vurdering af evt. forsikringsdækning ved personalesager)

Der skal tages stilling til, hvordan arbejdet med økonomistyring, bogføring samt journalisering skal varetages på kort og på længere sigt, idet disse funktioner ikke indgår i de overflyttede årsværk.

Videnskabsetisk komitesekretariat

Der er fine perspektiver i en ny placering i et nyt KHR. Der skal tages stilling til, hvordan arbejdet med komiteernes budget, fakturering af gebyrindtægter, honorarbetalinger til speciallægekonsulenter og til- og afmelding af komite-medlemmer til lønsystemet skal løses på kort og på længere sigt, idet disse funktioner ikke indgår i de overflyttede årsværk.

Abortsamrådssekretariatet

Arbejdsopgaverne i Abortsamrådssekretariatet kommer i en ujævn og uforudsigelig strøm. Det er derfor et sårbart område med kun to ansatte. Medarbejdere i primært Juridisk sekretariat har fungeret som suppleant for socialrådgiveren, ligesom der er hentet sekretærbistand i juridisk sekretariat i forbindelse med ferie og andet fravær.

De sager, der behandles i Abortsekretariatet, er altid af hastende karakter. Det er derfor vigtigt, at der er nem og umiddelbar adgang til juridisk assistance og sparring på det sundhedsretlige område. Abortsekretariatets medarbejdere ønsker derfor at forblive i såvel fysisk som organisatorisk tæt tilknytning til det nuværende Juridisk sekretariats medarbejdere.

Intern Service

Der er ikke modtaget skriftligt høringssvar fra Intern service. Der er mundtligt på KSE MEDmøde givet udtryk for, at Intern Service accepterer en evt. flytning til anden stab. I lighed med flere andre enheder, skal der tages højde for administrative støtteopgaver, der i dag varetages af medarbejdere, der forbliver i KSE.

Administrativ service

Det er vigtigt for Administrativ services løsning af arbejdsopgaverne at forblive i de nuværende lokaler tæt på postsorteringen. Endvidere er det vigtigt at kunne fortsætte sparring og samarbejdet med medarbejdere i KSE vedr. Captia – drift – udvikling og økonomi.

Informations- og rådgivningsenheden

Der er ikke modtaget skriftlig høringssvar fra Informations- og rådgivningsenheden. Der er mundtligt på KSE MEDmødet givet udtryk for, at Informations- og Rådgivningsenheden er positivt indstillet overfor den nye organisation, men der gives udtryk for bekymring om, at komme længere væk fra de politiske beslutninger og ”fingeren på pulsen”. Desuden understreges at det er vigtigt med et fortsat tæt samarbejde med sundhedsjuristerne om konkrete patientsager og sundhedslovgivningen.

Generelt

Som nævnt under flere af de enkelte områder, er der i opgavevaretagelsen i KSE støtte og sparring, der ligger udenfor de områder der foreslås flyttet. Der skal således tages hånd om løsningen ift. de arbejdsopgaver, der flytter uden øremærkede ressourcer, samt de medarbejdere der forbliver i KSE, hvor dele af opgaveporteføljen flytter.

Alle skriftlige høringssvar vedlægges.

Med venlig hilsen
på vegne af KSE MEDudvalg

Lars Tanderup
Formand

Camilla Lindholm Hammer
Næstformand

UDKAST

Ledelsesprincipper og overordnet administrativ organisering i Region Hovedstaden

1. Indledning

"Ledelsesprincipper og overordnet administrativ organisering i Region Hovedstaden" erstatter de tidligere beslutninger vedr. "Overordnet administrativ organisation i Region Hovedstaden" som forberedelsesudvalget traf i juni 2006, og "Strukturplan for ledelsen i Region Hovedstadens virksomheder", som regionsrådet godkendte i juni 2007.

Nærværende ledelsesgrundlag trækker på de erfaringer, som er indhentet i regionens første leveår omkring styring og ledelse, og udgør et fremadrettet ledelsesgrundlag for Region Hovedstaden, der nu er i fuld drift, men samtidig fortsat under udvikling som koncern.

De overordnede rammer for regionens virke og udgangspunktet for det ny dokument er det tidligere politiske arbejde med og vedtagelse af det overordnede styringsgrundlag, herunder mission, vision og værdier suppleret med vedtagne politikker og strategier. Arbejdet med videreudvikling af regionens hospitals- og psykiatriplan fra 2007 - HOPP2020 – udgør en væsentlig hjørnesteen heri.

Hovedstaden er og skal være lokomotiv for resten af Danmark. Regionen er nu i en fase, hvor den skal udvikles og konsolideres som aktør – regionalt som en stærk politisk partner i Øresundsregionen og nationalt i samspillet til stat og kommuner. Der skal bl.a. øget fokus på regionens samspil og indflydelsesmuligheder i forhold til Vækstforum Hovedstaden, samt Øresundskomiteen og andre aktører, offentlige som private, herunder også fokus på den Regionale Udviklingsplan og regionens delstrategier om uddannelse, erhverv, trafik og infrastruktur, miljø, forskning, mv.

Region Hovedstaden er en stor, robust sammenhængende organisation, som har behov for et øget fokus på organisationens kapacitet til koordination og helhedsorienteret indsats.

Region Hovedstaden prioriterer åbenhed, kommunikation og dialog med borgerne højt. Regionsrådet ønsker et levende regionalt demokrati og går gerne nye veje i dialogen mellem borgere, brugere og folkevalgte mhp. at inddrage og benytte gode råd og synspunkter til en endnu bedre regional opgaveløsning. Det betyder også, at regionsrådet har været og er optaget af at afprøve moderne måder og nye metoder til borger- og brugerinddragelse.

Den rigtige organisationsmodel er den, der på ethvert tidspunkt sikrer at der indenfor den overordnede ramme leveres en service af højst mulig kvalitet gennem effektiv ressourceudnyttelse. Med "Ledelsesprincipper og overordnet administrativ organisering i Region Hovedstaden" gennemføres en række ændringer omkring styring, ledelse og sammenhæng i koncernen Region Hovedstaden, som bl.a. handler om hospitalernes og virksomhedernes organisering og ledelse, ansvar og position i den samlede koncern samt om samspillene mellem hospitaler og virksomheder, koncerndirektion og koncernstabe.

2. Den politiske styring i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er en politisk ledet organisation. Således træffer regionsrådet alle væsentlige beslutninger vedr. regionens overordnede politikker, strategier, planer mv., samt justeringer af disse. Regionsrådet kan delegerer udvalgte dele til forretningsudvalget, som varetager den løbende tilpasning og forbereder regionsrådsmøderne.

Formanden har ansvaret for den øverste daglige ledelse af regionens administration.

Det er vigtigt med et tæt og konstruktivt samspil mellem det politiske niveau og den øvrige organisation.. Det er væsentligt med en tydelig struktur omkring sager til det politiske arbejde i udvalgene og sager til politisk behandling.. De politiske sager kategoriseres efter politisk tyngde, samt undergår en behandling, der er genkendelig, driftssikker og giver rum til såvel den administrative/faglige forberedelse som til den politiske drøftelse og til evt. høringsprocesser, mv.

Den politiske styring og ledelse sker dels gennem de ovennævnte overordnede beslutninger, konkrete sager samt ved budgetvedtagelsen, dels gennem en løbende og struktureret dialog mellem det politiske niveau og den øvrige organisation. Regionsrådets vedtagne politiske arbejdsplan – årshjulet - er rygraden i rådets politiske arbejde og fremmer overblikket over de samlede politiske opgaver. Den politiske ledelse skal have en tydelig strategisk rolle, hvorfor sager til den politiske ledelse opdeles i tre hovedkategorier:

- Større planer og politikker af principiel karakter,
- Mere konkrete strategiske beslutninger,
- Sager der primært er tilbagemelding eller justering på baggrund af udmøntning/implementering af en tidligere beslutning eller eksisterende handlingsplan.

Den politiske involvering er således, at den politiske ledelse er tættere involveret i den første kategori af sager end i den sidste kategori for at sikre et politisk fokus på de mere betydningsfulde og vidtrækkende sager for regionen.

Regionsrådet kan nedsætte særlige udvalg til varetagelse af bestemte hverv og til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for regionsrådet eller forretningsudvalget, jf. lov om kommunernes styrelse § 17, stk. 4. De særlige udvalg, som kan vederlægges, kan nedsættes for en to-årig periode og arbejder på grundlag af kommissorier, der er vedtaget af regionsrådet.

De særlige politiske udvalg har en koncerndirektør som ansvarlig for den politiske betjening.. Udvalgene kan kun beskæftige sig med sager, der fremgår af udvalgenes kommissorier. Hvert andet år tages der stilling til mål og idé med udvalgenes arbejde og kommissoriet fastlægges. Dette afstemmes i samarbejde mellem udvalgsformændene og regionsrådsformanden for at sikre en koordinering mellem udvalgenes og regionsrådets arbejde. Regionsrådet kan beslutte at tilføje nye opgaver i løbet af den to-årige periode, hvilket beskrives i tillægskommissorier.

Ved udarbejdelsen af udvalgenes kommissorier tages der bl.a. afsæt i de overordnede udviklingsstrategier, således at der skabes en tydelig politisk forankring omkring opfølgningen på disse i de relevante udvalg.

Regionen har driftsansvaret for de offentlige hospitaler i Region Hovedstaden.

Regionen har det overordnede styringsansvar for praksisområdet og samarbejder med kommuner og praktiserende læger om at etablere og koordinere et samlet sundhedstilbud til befolkningen. Dette sker bl.a. via sundhedsplaner og gennem sundhedskoordinationsudvalget og de faglige samarbejdsudvalg, hvortil regionsrådet udpeger repræsentanter.

Regionsrådet varetager den regionale erhvervsudvikling. Der er i Region Hovedstaden i henhold til loven om erhvervsfremme nedsat et regionalt vækstforum, som regionsrådet efter inddragelse af vækstsforums medlemmer udpeger formanden til. Regionsrådet stiller sekretariat til rådighed for vækstforummet. Regionsrådet samarbejder med vækstforum, som afgiver indstilling til regionsrådet om den regionale erhvervsudviklingsstrategi og om anvendelse af midler til regional erhvervsudvikling. Bornholm har eget vækstforum.

Regionen skal på det regionale udviklingsområde ikke varetage egentlige driftsopgaver, men har ansvaret for at udarbejde regionale udviklingsplaner og varetage opgaver til understøttelse af planernes realisering og

regionen skal samarbejde med nabolandes myndigheder i denne forbindelse, bl.a. gennem Øresundssamarbejdet og STRING-samarbejdet med Østersølandene.

Som et led i regionens varetagelse af de regionale udviklingsopgaver skal regionsrådet desuden bidrage til at koordinere indsatsen, kapaciteten og den geografiske placering af ungdomsuddannelser og de almene voksenuddannelser, ligesom regionsrådet på miljøområdet har ansvaret for opgaver vedrørende vandforsyning, indsats overfor forurenede grunde og kortlægning mv. af råstofforekomster.

Hertil kommer, at der er nedsat en række lov- og aftalebestemte udvalg og fora, bl.a. et kommunekontaktudvalg og et sundhedskoordinationsudvalg. Regionsrådet udpeger desuden repræsentanter til flere eksterne fora, bl.a. Øresundskomiteén, Movia, Wonderful Copenhagen og Copenhagen Capacity .

Regionsrådet lægger de overordnede strategier for de udpegede repræsentanternes arbejde. Rådsudnævnte repræsentanter skal have den nødvendige administrative hjælp til at varetage opgaven.

Der er endvidere nedsat en række politiske følgegrupper for de store hospitals- og psykiatribyggerier, der bidrager til at sikre implementeringen af det samlede politiske grundlag i hvert enkelt byggeri.

Region Hovedstaden har ca. 32.000 ansatte (årsværk), der arbejder på en række somatiske hospitaler samt et psykiatrisk hospital med patientbehandling, forskning og uddannelse som deres hovedopgaver. Hertil kommer ca. 1.250 ansatte, der arbejder på en række sociale institutioner og handicapinstitutioner med specialiserede tilbud målrettet til børn og voksne, samt ca. 1.500 ansatte på en række tværgående, koncerndækkende virksomheder, der varetager opgaver/processer af driftsmæssig eller hovedsagelig driftsmæssig karakter, og/eller som fordrer særlig stor grad af helhedsfokus og samspil med den øvrige organisation. Den centrale administration i Region Hovedstaden udgøres af koncerndirektionen, der bistås af otte koncernstabe.

Samarbejdet med kommunerne i Region Hovedstaden sker gennem diverse udvalg og fora. Formelle tværgående samarbejdsaftaler og regionens budget drøftes i kommunekontaktudvalget, der består af de kommunale borgmestre og regionrådsformanden, som er formand for udvalget.

3. Den politiske styring af hospitalerne

Hospitalernes arbejde fokuseres omkring en række politisk fastsatte og prioriterede udviklingsstrategier, og sker konkret ved indgåelse af en dialogbaseret udviklingsaftale, som indgås for en to-årig periode mellem koncerndirektionen og hospitalsdirektionerne – efter forudgående drøftelser mellem forretningsudvalget, koncerndirektionen og hospitalsdirektørerne.

Regionsrådet fastlægger de overordnede og bærende udviklingsstrategier. Forretningsudvalget har efter delegation fra regionsrådet ansvar for en løbende driftsopfølgning.

På dette grundlag indgår forretningsudvalget, koncerndirektionen og hospitalsdirektionerne i en dialog om, hvordan udviklingsstrategierne kan danne afsæt for udviklingsindsats i og mellem regionens hospitaler. Dette sker på et af de årlige møder fastsat i henhold til det politiske årshjul.

Forretningsudvalget sætter med dette afsæt en relevant fælles ramme for hospitalernes arbejde med udviklingsaftalerne, dvs. vælger hovedtemaer, som hospitalerne arbejder med i en kommende to-års periode. På grundlag heraf udarbejder det enkelte hospital oplæg til udviklingsaftale, der beskriver hvordan det pågældende hospital ønsker at arbejde med de udmeldte udviklingstemaer, således at disse understøtter de vilkår og rammer, som er gældende på netop dette hospital. Udviklingsaftalen indgås med koncerndirektionen.

Herefter arbejder hospitalerne hen over ca. 1½ år med aftalerne, idet erfaringerne opsamles og koordineres i en dialog mellem hospitaler, koncernstabe og koncerndirektionen. De indhentede resultater og erfaringer fra

hospitalernes arbejde gøres til genstand for tematiserede opfølgninger i rådet og i de politiske udvalg efter konkrete kommissorier.

Udvalgenes politiske opfølgning på de udmeldte strategier kan herefter danne indspil til det videre politiske arbejde og dermed også afsæt for nye politiske initiativer og prioriteringer, det være på strategi- eller politikniveau eller som indspil til forretningsudvalgets fastlæggelse af rammen omkring de næste to-årige udviklingsaftaler mellem koncerndirektionen og hospitalsdirektionerne.

4. Overordnet administrativ styring

Region Hovedstadens organisatoriske opbygning tager udgangspunkt i en grundlæggende styring, hvor

- Alle hospitaler og virksomheder indgår i et samlet fællesskab.
- Den overordnede koordinering og styring sker i et tæt samarbejde mellem koncerndirektionen og hospitals- og virksomhedsdirektionerne med det formål at skabe kvalitet, sammenhæng og ejerskab til regionens overordnede strategier og politikker.
- Alle ledere og medarbejdere i Region Hovedstaden skal fokusere på kvalitet, effektiv ressourceanvendelse, udvikling og dokumentation, ligesom alle ledere og medarbejdere skal bidrage aktivt til helheden på det lokale niveau og på tværs i regionen.
- MED-systemet medinddrages i arbejdet med strategier, politikker og organisationsændringer.

Region Hovedstaden har følgende ledelsesstruktur- og organisation:

- **Koncerndirektion med regionsdirektøren som øverste ansvarlige.**
- **Hospitalsdirektioner**
 - Rigshospitalet
 - Fælles ledelse af Hillerød Hospital, Frederikssund Hospital og Helsingør Hospital
 - Fælles ledelse af Bispebjerg Hospital og Frederiksberg Hospital
 - Herlev Hospital
 - Fælles ledelse af Hvidovre og Amager Hospital
 - Region Hovedstadens Psykiatri (Psykiatrisk Hospital)
 - Glostrup Hospital
 - Gentofte Hospital
 - Bornholms Hospital
- **Virksomhedsledelser**
 - Region Hovedstadens Apotek
 - Den præhospitale virksomhed
 - Den sociale virksomhed
 - IT, medico og telefonivirksomheden
 - HR- og uddannelsesvirksomheden
- **Koncernstabsledelser**
 - Koncern Sekretariat og Kommunikation (KSK)
 - Koncern Planlægning og Kvalitet (KPK)
 - Koncern Økonomi (KØK)
 - Koncern Regional Udvikling (KRU)
 - Koncern Miljø (KMI)
 - Koncern Praksis (KPR)
 - Koncern Organisation og Personale (KOP)
 - Koncern Byggestyring (KBY)

Organiseringen af regionens hospitaler skal sikre synergi i den samlede ledelse og opgaveløsning. Fælles ledelser mellem hospitaler har til formål at skabe hensigtsmæssige rammer for ledelsesmæssige integrationsprocesser og anvendes efter regionsrådets konkrete beslutning.

Der kan oprettes midlertidige koncernstabe i forbindelse med særlige opgaver.

4.1. Koncerndirektion

Koncerndirektionen bistår regionsrådets formand, forretningsudvalget og regionsrådet med regionens ledelse.

Koncerndirektionen varetager inden for de politisk fastsatte rammer flg. hovedopgaver

- Styrker fællesskabet i Region Hovedstaden.
- Har ansvaret for den politiske betjening.
- Er strategiskabende og rådgiver i forhold til den overordnede mål- og politikfastsættelse og den overordnede prioritering samt sikrer at de overordnede politikker, strategier og mål føres ud i livet
- Har det overordnede ansvar for regionens opgavevaretagelse.
- Sikrer koordinering og sammenhæng internt på tværs i regionen via samspillet med hospitalsdirektørerne og direktørerne for de tværgående virksomheder og koncernstabene.
- Sikrer samarbejde og koordinerende funktioner med eksterne parter, såvel internationalt som i forhold til øvrige regioner, kommuner, erhvervsliv, uddannelsesinstitutioner og andre.

Koncerndirektionen består af en regionsdirektør og fire koncerndirektører, der fordeler direktionsopgaverne mellem sig. Ansvarsområderne kan skifte over tid og direktørerne har ret og pligt til at blande sig i hinandens ansvarsområder.

Koncerndirektionen består af otte koncernstabe.

Regionsdirektøren og koncerndirektører ansættes og afskediges af regionsrådet.

4.2. Hospitalsdirektioner

- Hospitalerne indgår i realiseringen af Region Hovedstadens overordnede strategier og politikker på deres respektive områder, og er dermed kernen i Region Hovedstadens borger- og patientrettede funktioner.

Hospitalerne ledes af hospitalsdirektører, der har den overordnede ledelse af hospitalerne, for så vidt angår drift og økonomi og ansvaret for at implementere retningslinjer og strategier lagt af regionsråd og koncerndirektion.

Hospitalsdirektører ansættes og afskediges af forretningsudvalget.

Hospitalerne har opgaver, der relaterer sig til henholdsvis det regionale, det hospitalsplansområdemæssige og det lokale niveau, herunder at

- Indgå som en konstruktiv og aktiv samarbejdspartner i løsningen af fælles ledelsesopgaver i Region Hovedstaden i samspil med koncerndirektionen og som deltager i diverse råd og udvalg mv., herunder medvirke aktivt i profileringen af hospitalet og regionen.
- Sikre, at hospitalets opgaveløsning indgår aktivt og konstruktivt i realiseringen af både regionens og hospitalets visioner, mål og værdier og den samlede hospitals- og psykiatriplanlægning for Region Hovedstaden
- Tage medansvar for at sikre forsknings- og innovative aktiviteter, der kan bidrage til regionens vækst.
- Udvikle, holde fast i og samle organisationen om hospitalets strategiske ledelsesgrundlag med vision, mål og strategier i overensstemmelse med hovedlinjerne for regionens hospitals- og psykiatriplan 2020

- Koordinere den samlede ledelsesfunktion, således at hospitalets samlede opgavevaretagelse varetages optimalt indenfor de afstukne rammer
- Holde ledelsesmæssigt fokus på de tværgående styringsopgaver
- Sikre initiativ til en løbende udvikling af hospitalet – herunder kvaliteten af ydelserne - til gavn for patienterne.
- Sikre personalets inddragelse og involvering - med fokus på trivsel og udvikling af alle arbejdspladser.
- Deltage i og udvikle regionens uddannelsesmæssige forpligtelser.
- Samarbejde omkring og sikre udefunktioner både som leverandør og modtager.
- Udvikle samspillet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren indenfor planlægningsområdet, til gavn for patienter og den samlede samfundsøkonomi
- Indgå konstruktivt i udarbejdelse af sundhedsaftaler.

4.3. Virksomhedsledelser

- Virksomhederne varetager en række tværgående opgaver/processer af driftsmæssig eller hovedsagelig driftsmæssig karakter.
- Virksomhederne ledes af direktører, der har den overordnede ledelse af virksomhederne og ansvaret for at implementere retningslinjer og strategier lagt af regionsråd og koncerndirektion.

Virksomhederne skal i et regionalt og lokalt perspektiv endvidere,

- Sikre koncernperspektiv, helhedsfokus og samspil med den øvrige organisation.
- Varetage drifts- og serviceopgaver for den øvrige organisation med hovedvægt på høj kvalitet i service, rådgivning og udviklingsopgaver
- Sikre effektiv ressourceanvendelse ved aktiv udnyttelse af stordriftsfordele i regionen.

Virksomhedsdirektører ansættes og afskediges af koncerndirektionen.

4.4. Koncernstabsledelser

- Koncernstabsledelserne har generelle og koordinerende, strategiske opgaver vedr. udvikling, styring, opfølgning, kontrol og støtte til den øverste politiske og administrative ledelse og til regionens hospitaler og virksomheder
- Koncernstabene indgår som sparringspartnere i koncerndirektionens strategiske arbejde
- Koncernstabene er forpligtede på et helhedssyn og på at være initiativtagende til indbyrdes koordination og relevant samarbejde
- Koncernstabene arbejder på tværs af hovedopgaver, hospitaler og virksomheder
- Koncernstabene bidrager til, at koncerndirektionen kan rådgive regionens politikere
- Koncernstabene bidrager via projekter og andre tværgående funktioner til løsning af administrative opgaver på tværs af regionen
- Koncernstabene bistår og understøtter hospitaler og virksomheder mhp. at de kan levere god og effektiv service overfor brugerne

Stabsdirektører ansættes og afskediges af koncerndirektionen.

4.5. Sundhedsfaglig rådgivning

Region Hovedstaden har nedsat en række sundhedsfaglige råd og komiteer. Rådene og komiteernes opgave er at rådgive regionens direktion og øvrige ledelse i sundhedsfaglige spørgsmål, og de indgår i regionens kvalitetsorganisation.

Der findes tre typer af råd og komiteer:

- Specialespecifikke sundhedsfaglige råd, som vedrører ét lægefagligt speciale
- Tværgående sundhedsfaglige råd, der vedrører et eller flere specifikke sygdomsområder
- Sundhedsfaglige komiteer, der beskæftiger sig med tværgående sundhedsfaglige temaer

Hovedopgaverne for de sundhedsfaglige råd og komiteer er:

- Sundhedsfaglig rådgivning og formidling
- Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed
- Klinisk vejledning og patientforløbsbeskrivelser
- Faglig rådgivning i øvrigt

De tværgående sundhedsfaglige råd vedrører et eller flere specifikke sygdomsområder, der ikke dækkes af et specialespecifikt sundhedsfagligt råd som fx demens eller palliativ behandling.

De sundhedsfaglige komiteer varetager opgaver vedr. tværgående sundhedsfaglige temaer som fx lægemidler og hygiejne.

4.6. Inddragelse af medarbejdere

God ledelse og et godt samarbejde er afgørende for at være en velfungerende region. Kvaliteten af regionens arbejde bygger på at medarbejderne er regionens vigtigste ressource.

Region Hovedstadens personalepolitik, arbejdsmiljøpolitik, ledelsespolitik og andre delpolitikker udgør fundamentet for en aktiv og forudseende inddragelse af medarbejdere og ledere.

Regionens medarbejdere inddrages i beslutnings- og implementeringsprocesser i henhold til gældende regler i overenskomster og aftaler, herunder aftalerne om medindflydelse og medbestemmelse. Der er specielt fokus på, at regionens medarbejdere inddrages i sager af arbejdsmiljømæssig, uddannelsespolitisk og personalepolitisk karakter.

Regionens personalepolitiske principper for gennemførelse af større organisationsforandringer bidrager til at sikre en smidig og veltilrettelagt gennemførelse af løbende omstillings- og forandringsprocesser indenfor og på tværs af de enkelte hospitaler og virksomheder.

4.7. Ansættelsesområde

Med virkning fra den 1. januar 2013 er Region Hovedstaden ét ansættelsesområde.

5. Ledelsesstrukturen lokalt

5.1. Generelt

Ledelsesstrukturen skal afspejle de enkelte hospitaler og virksomheders opgaver og størrelse, således som det fremgår af plangrundlaget.

Det er væsentligt, at ledelsesstrukturen på alle organisatoriske niveauer er indrettet med henblik på at fremme effektive beslutningsprocesser, på grundlag af professionel faglig rådgivning og med inddragelsen af medarbejdernes synspunkter.

De enkelte hospitalsdirektioner består af en hospitalsdirektør og et antal vicedirektører. Hospitalsdirektøren refererer til regionsdirektøren.

- Hospitalsdirektøren har overfor koncerndirektionen det overordnede administrative ansvar for hospitalets drift og udvikling, herunder de samlede opgaver, den økonomiske styring og personaleledelsen.
- Hospitalets samlede direktion skal besidde de nødvendige faglige kompetencer. Direktionen har - udover ledelsesfaglige kompetencer - komplementære faglige profiler. Antallet af medlemmer i de enkelte direktioner afspejler hospitalets opgaver og størrelse.

De enkelte virksomhedsledelser består af en virksomhedsdirektør og et antal enhedschefer. Virksomhedsdirektøren refererer til et medlem af koncerndirektionen.

- Virksomhedsdirektøren har overfor koncerndirektionen det overordnede administrative ansvar for virksomhedens drift og udvikling, herunder de samlede opgaver, den økonomiske styring og personaleledelsen.
- Virksomhedens samlede ledelse skal besidde de nødvendige faglige kompetencer. Antallet af medlemmer i de enkelte ledelser afspejler virksomhedens opgaver og størrelse.

De enkelte koncerntabsledelser består af en stabsdirektør og et antal enhedschefer. Stabsdirektøren refererer til et medlem af koncerndirektionen.

- Stabsdirektøren har overfor koncerndirektionen det overordnede administrative ansvar for koncerntabens drift og udvikling, herunder de samlede opgaver, den økonomiske styring og personaleledelsen.
- Koncerntabens samlede ledelse skal besidde de nødvendige faglige kompetencer. Antallet af medlemmer i de enkelte ledelser afspejler koncerntabens opgaver og størrelse.

Kompetencen til at afskedige tjenestemænd, jf. tjenstemandsregulativet, varetages af koncerndirektionen.

Hospitaler og virksomheders organisatoriske struktur består af institutioner, centre, klinikker, enheder og afdelinger. Hospitals-/virksomhedsdirektøren fastsætter nærmere retningslinjer for deres arbejde og sammensætning.

5.2. Særligt vedr. Rigshospitalet

Rigshospitalet er opbygget med en centerstruktur, hvor hvert center har et antal klinikker, der ikke nødvendigvis relaterer sig til et enkelt lægefagligt speciale, men kan omfatte flere specialer eller dele af et speciale. Centerstrukturen begrundes i hospitalets størrelse og det store antal kliniske enheder.

Det enkelte center ledes af en centerdirektør og en leder, der har en komplementær faglig profil til centerdirektøren. Centerdirektøren har det overordnede ansvar for centrets drift og udvikling og refererer til hospitalsdirektionen.

Den enkelte klinik ledes af en klinikchef. Der vil sædvanligvis være en klinikledelse, der ud over klinikchefen består af en faglig leder med komplementær faglig profil til klinikchefen. F.eks. en klinikchefsygeplejerske.

5.3. Særligt vedr. øvrige hospitaler

Alle hospitaler med undtagelse af Rigshospitalet og Region Hovedstadens Psykiatri er opbygget med afdelinger.

På kliniske og tværgående afdelinger består afdelingsledelsen som hovedregel af 2 personer. Afhængig af specialets karakter kan afdelingsledelsen dog bestå af 1-3 personer med fælles ledelsesansvar. Ledelsen udøves i et ligeværdigt forpligtende samarbejde, hvor beslutningerne tilstræbes truffet i enighed. I tilfælde af uenighed i afdelingsledelsen, forelægges sagen for hospitalsdirektionen. I sager af uopsættelig karakter har den ledende overlæge kompetence og pligt til at disponere på afdelingsledelsens vegne. Hospitalsdirektionen orienteres efterfølgende.

De enkelte medlemmer af ledelsen skal kunne fungere selvstændigt på vegne af afdelingsledelsen.

Afdelingsledelsens sundhedsfaglige ansvar er uanset bestemmelserne i dette regulativ reguleret af den til enhver tid gældende lovgivning vedr. sundhedspersonalets forhold.

5.4 Særligt vedr. Region Hovedstadens Psykiatri (Psykiatrisk Hospital)

Region Hovedstadens Psykiatri er opbygget med en centerstruktur, hvor hvert center har et antal klinikker, der alle har sengeafsnit, ambulatorier, distriktpsychiatri og opsøgende funktioner. Dette gælder både voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Centerstrukturen begrundes i hospitalets størrelse og den store geografiske spredning.

Det enkelte center ledes af en centerchef, som har det overordnede ansvar for centrets drift og udvikling og refererer til psykiatridirektøren (hospitalsdirektøren).

Den enkelte klinik ledes af en klinikchef og en udviklingschef. Klinikchefen er speciallæge i psykiatri, mens udviklingschefen som hovedregel er sygeplejerske, men kan dog have en anden faglig profil. Enkelte mindre centre består kun af én klinik, hvorfor der kun findes én klinikchef og én udviklingschef. På de børne- og ungdomspsykiatriske centre fungerer centerchefen også som klinikchef, hvis denne er speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Centerledelsen udgøres af centerchefen og klinikledelserne.

5.5. Matrikelledelse

Region Hovedstaden anvender fælles ledelser på hospitaler, hvor det er hensigtsmæssigt for at fremme ledelsesmæssige integrationsprocesser. Gennem et fælles ansvar for den samlede opgave sikres samme høje kvalitetsniveau på de matrikler, der omfattes af den fælles ledelse. Den fysiske afstand mellem matriklerne kan dog være et problem i forhold til den oplevede daglige drift- og personaleledelse. Det er vigtigt, at hospitalsdirektionen sikrer en god sammenhæng og en levende kontakt mellem alle dele af hospitalet. Der er et særligt behov for synlig ledelse på den enkelte matrikel, konkret ved lokal tilstedeværelse af et direktionsmedlem.

Matrikelledelse udføres efter følgende principper:

- Matrikellederen er en vicedirektør fra hospitalsdirektionen
- Matrikellederen har opgaver der relaterer sig til såvel matriklen som det samlede hospital
- Matrikellederen har ansvar for den daglige drift og personaleledelse på matriklen
- Matrikellederen repræsenterer den samlede hospitalsdirektion i forhold til opgaveløsningen
- Matrikellederen har sin arbejdsplads på matriklen

5.6. Ledelsesstrukturen på hospitalerne

Rigshospitalet

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 2 vicedirektører

Centerstruktur med centerledelser bestående af:

- Centerdirektøren
- En leder med en komplementær faglig profil

Gentofte Hospital

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 2 vicedirektører

Glostrup Hospital

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 2 vicedirektører

Herlev Hospital

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 4 vicedirektører

Planlægningsområde Nord

Ledelserne på **Frederikssund Hospital**, **Helsingør Hospital** og **Hillerød Hospital** samles i fusions- og byggeperioden i en fælles ledelse. Der skal i perioden fortsat være matrikelledelse.

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 5 vicedirektører

Planlægningsområde Byen

Ledelserne på **Bispebjerg Hospital** og **Frederiksberg Hospital** samles i en fælles ledelse i fusions- og byggeperioden. Der skal i perioden fortsat være matrikelledelse.

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 4 vicedirektører

Planlægningsområde Syd

Amager Hospitals fremtidige ledelsesforhold skal afklares nærmere, bl.a. i lyset af den vedtagne vurdering af en option i Ørestaden i forhold til befolkningsudviklingen. Indtil en afklaring foreligger samles ledelserne på **Hvidovre Hospital** og **Amager Hospital** i en fælles ledelse. Der skal fortsat være matrikelledelse.

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 4 vicedirektører

Bornholms Hospital

Direktionen består af:

- Hospitalsdirektøren
- 1 vicedirektør

Region Hovedstadens Psykiatri (Psykiatrisk Hospital)

Direktionen består af:

- Psykiatridirektøren
- 2 vicedirektører

Centerstruktur med centerledelser bestående af:

- Centerchefen
- Klinikchef
- Udviklingschef

Da der er betydelig forskel på centrenes størrelse kan centerledelsens størrelse variere.

5.7. Ledelsesstrukturen i virksomhederne

Den sociale virksomhed

Ledelsen består af:

- Virksomhedsdirektøren

- Et antal enhedschefer

Den Præhospitale virksomhed

Ledelsen består af:

- Virksomhedsdirektøren
- Et antal enhedschefer

Region Hovedstadens Apotek

Ledelsen består af:

- Regionsapotekeren
- 3 Farmaceutiske chefer

IT-, medico- og telefonivirksomheden

Ledelsen består af:

- Virksomhedsdirektøren
- Et antal enhedschefer

HR- og uddannelsesvirksomheden

Ledelsen består af:

- Virksomhedsdirektøren
- Et antal enhedschefer

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Sag nr. 5

Emne: Udkast til årsberetning for personale- og arbejdsmiljøområdet 2010/2011

2 bilag (Bilag 2 kan rekvireres i Råds- og udvalgssekretariatet)

Årsberetning for personale- og arbejdsmiljøområdet 2010/2011

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Indledning og læsevejledning	5
2. Regionens vilkår og udfordringer	7
2.1. Personalereduktioner – udvikling i antallet af ansættelser	7
2.2. Tryghedsordningen	9
2.3. Lundgaardanalyse	9
2.4. Projekt administrativ organisering	12
2.5. Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007	13
2.6. Akkrediteringsbesøg	13
3. Trivsel, sygefravær og tværgående indsatser på arbejdsmiljøområdet	19
3.1. TrivselOP – koncept for trivselsmåling og arbejdspladsvurdering i Region Hovedstaden	19
3.2. Sygefravær	25
3.3. Tværgående indsatser på arbejdsmiljøområdet ...	30
4. Uddannelse, opgaveforskydning, kompetence- og lederudvikling	35
4.1. Intern uddannelsespolitik	35
4.2. Nye uddannelser og opgaveforskydning	36
4.3. Trepartsmidler, MED-uddannelsen og arbejdsmiljøuddannelsen	42
4.4. Region Hovedstadens lederudviklingsprogram ...	45
5. Personalestatistik	49
5.1. Ansatte i Region Hovedstaden	50
5.2. Ligestilling set i forhold til kønsfordeling	54
5.3. Ledige stillinger	56
5.4. Personaleomsætning	58
5.5. Job på særlige vilkår og servicejob	58
5.6. Seniorordninger	59
5.7. Løntilskudspladser	60
5.8. Praktikpladser	62
5.9. Arbejdsulykker	63
5.10. Afgørelser (påbud) fra arbejdstilsynet	64

Forord

Forordet sættes ind, når beretningen er godkendt



1. Indledning og læsevejledning

Årsberetning for personale- og arbejdsmiljøområdet beskriver de tværgående aktiviteter, der i det seneste år har haft særlig bevågenhed i regionen. Der er tale om aktiviteter med en fremadrettet karakter, der på forskellig vis optager regionens politikere, MED-organisationen og personale- og arbejdsmiljøfolk. Personale- og arbejdsmiljøområdet skal her ses i det brede perspektiv.

Årsberetningen består af bidrag fra virksomheder og koncernstabe. Beretningsformen er hovedsagelig redegørende, med supplement af artikler fra et udpluk af afdelinger på regionens virksomheder. For at tilgodese forskellige læserinteresser, er der til årsberetningen udarbejdet en bilagsrapport med uddybende personalestatistik samt resuméer af virksomhedernes arbejdsmiljøindsats.

Bilagsrapporten til beretningen kan findes på www.regionh.dk og regionens intranet, Regi under "Personale".

På REGI under "Personale" og "HR-statistik" er der endvidere en række personalestatistik tilgængelig i elektronisk form.

Opbygning

Årsberetningen indledes med et kapitel om regionens vilkår og udfordringer i 2010/2011.

Kapitel 2

Her gøres der status på:

- Personalereduktioner
- Tryghedsordningen med status på Jobbørs, Resursebank samt vejlednings- og uddannelsesstilbuddene,
- Lundgaard-analysen, der har stillet skarpt på politisk betjening og styring,
- Projekt Administrativ Organisering, der har identificeret rationaliseringspotentialer på det administrative område,
- Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 med sine omfattende omlægninger,
- Akkrediteringsbesøg, der er gennemført i foråret 2011.

Kapitel 3

Her beskrives de tværgående aktiviteter på personale- og arbejdsmiljøområdet, der har sit udspring i Overenskomst 2008-2011. Således gøres der status på:

- Forløb og hovedresultater i forbindelse med TrivselOP,
- Regionens sygefravær og aktiviteter i forhold til nedbringelse af sygefraværet til det fastsatte mål på højst 5 %,
- Tværgående indsatser på arbejdsmiljøområdet, herunder retningslinjer for sygefravær, stress, vold, mobning, chikane og sundhedsfremme. Der redegøres endvidere for de puljemidler, der er til rådighed på personale- og arbejdsmiljøområdet.

Kapitel 4

Dette kapitel fremhæver nogle af de igangværende, tværgående aktiviteter på uddannelsesområdet – i bred forstand:

- En intern uddannelsespolitik,
- Implementeringsfasen af arbejdet med nye uddannelser og opgaveforskydning,
- Udmøntning af Trepartsmidler til kompetenceudvikling samt videreudvikling af regionens MED- og arbejdsmiljøuddannelse,
- Status på aktiviteterne i det regionale lederudviklingsprogram.

Kapitel 5

Dette kapitel er et opslagsværk med en samling af relevante data.



2. Regionens vilkår og udfordringer

Besparelser, effektiviseringer og afskedigelser har fyldt meget i regionen i 2010 og 2011 og er blevet en del af det, at være ansat i regionen.

Lundgaardanalysen har i denne beretningsperiode sat strategisk ledelse, styring og politisk betjening under lup, og "Projekt Administrativ Organisering" har undersøgt metoder til at rationalisere og omlægge på det administrative område.

Samtidig med ovenstående, har regionens ledere og medarbejdere håndteret omfattende omlægninger og omstruktureringer, som følge af Hospitalsplanen og Psykiatriplanen. Foråret 2011 har endvidere budt på akkrediteringsbesøg på hospitalerne og i psykiatrien.

2.1. Personalereduktioner – udvikling i antallet af ansættelser

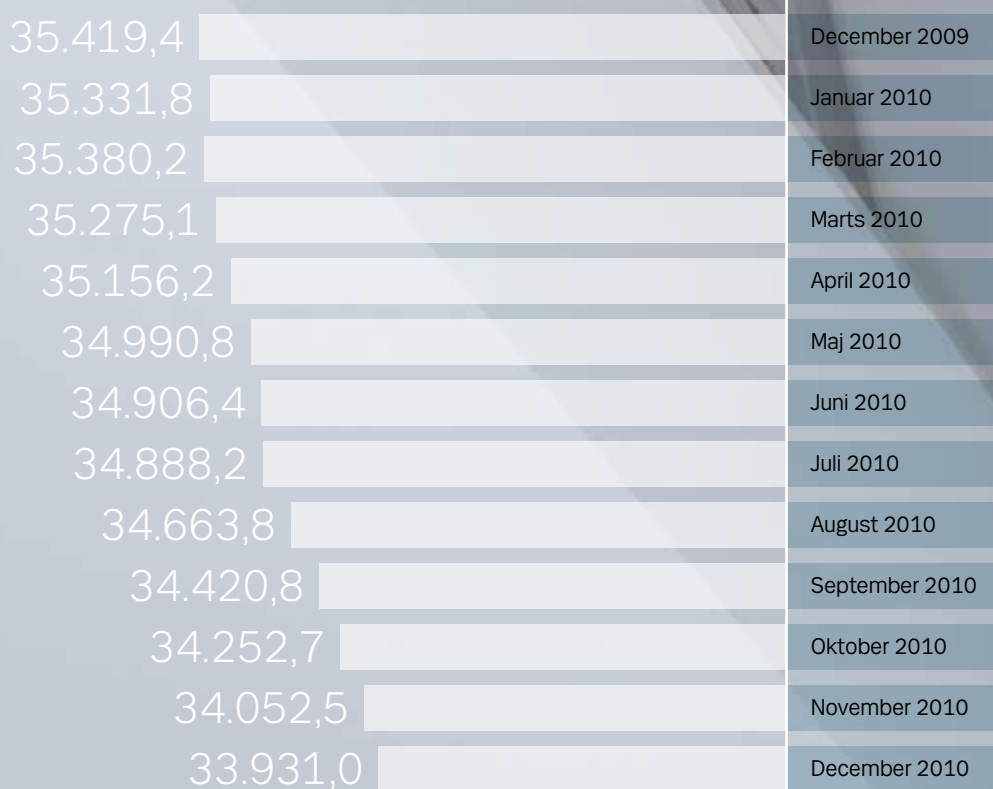
Afskedigelsesrunderne i regionen har været mange og omfattende, og effekten kan nu ses i personalestatistikken. Antallet af fuldtidsstillinger i regionen blev reduceret med 1.488 fra december 2009 til december 2010. Der er her ikke tale om, hvor mange medarbejdere der er blevet afskediget, men hvordan antallet af fuldtidsstillinger har udviklet sig over et år, hvor der er sket mange afskedigelser i regionen.

Når udviklingen i fuldtidsstillinger i 2010 følges måned for måned, er effekten af afskedigelserne mest tydelig.

Faldet i beskæftigelsen/årsværk, slår mest igennem i slutningen af 2010. Forklaringen er, at der her er gået et antal måneder fra selve opsigelsestidspunktet til, at

Figur 2.1.1

Månedlig udvikling i antal ansættelser og fuldtidsstillinger i 2010 i Region Hovedstaden



medarbejderne fratræder og derved også træder ud af statistikken. Tabel 2.1.2. er ligesom tabel 2.1.1. opgjort på månedsbasis, og viser ændringen i stillinger opgjort på faggrupper fra december 2009 til december 2010. Der er her nogen variation, hvilket viser, at nogle faggrupper har oplevet flere afskedigelser end andre faggrupper. Antallet af lægestillinger faldt eksempelvis med 0,8 % mens antallet af stillinger i kategorien SOSU-personale faldt med 12,2 %.

Sundhedsstyrelsen udarbejder en opgørelse, der viser beskæftigelsen alene på hospitalerne i de fem regioner.

I denne opgørelse, ses en samlet nedadgående tendens på landsplan i antallet af social- og sundhedspersonale.

Beskæftigelsesudviklingen mellem personalegrupper, afspejler således en national udvikling i sundhedsvæsenet med kortere indlæggelsesforløb og flere ambulante besøg, samtidig med at sundhedsvæsenet til stadighed bliver mere teknologi- og behandlingstungt. Beskæftigelsen af især social- og sundhedspersonale har i de seneste år fulgt nedgangen i liggetiden på hospitalerne. Det afspejler formentlig et skift i organisering af behandling, pleje og rehabilitering.

Tabel 2.1.2 Udvikling i fuldtidsstillinger fra december 2009 til december 2010 opgjort på faggrupper

Hovedstillingsgruppe	Fagstillingsgruppe	Måned	Antal fuldtidsstillinger		Ændring i procent
			2009	2010	
Læge- og tandlægepersonale (9001)	Lægepersonale (9011)	December	4.980,2	4.938,6	-0,8
	Tandlægepersonale (9012)	December	26,0	26,2	0,8
Læge- og tandlægepersonale (9001)	Total		5.006,2	4.964,7	-0,8
Plejepersonale (9002)	Sygeplejerskepersonale (9021)	December	10.636,9	10.390,6	-2,3
	Radiografpersonale (9023)	December	531,5	535,3	0,7
	SOSU-personale (9025)	December	3.506,2	3.078,1	-12,2
	Vikarpersonale (9029)	December	0,8	0,8	0,0
Plejepersonale (9002)	Total		14.675,4	14.004,8	-4,6
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	Fysioterapeutpersonale (9032)	December	608,6	585,3	-3,8
	Ergoterapeutpersonale (9033)	December	364,3	346,8	-4,8
	Jordemoderpersonale (9034)	December	452,1	434,6	-3,9
	Bioanalytikerpersonale (9035)	December	1.676,9	1.612,3	-3,9
	Sundhedsfagligt AC-personale (9037)	December	585,2	613,4	4,8
	Andet sundhedspersonale (9038)	December	310,2	314,4	1,3
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	Total		3.997,4	3.906,9	-2,3
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	Pædagogisk personale (9041)	December	1.269,9	1.187,0	-6,5
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	Total		1.269,9	1.187,0	-6,5
Service- og teknisk personale (9005)	Servicepersonale (9051)	December	1.661,3	1.534,3	-7,6
	Rengøringspersonale (9052)*	December	302,1	287,1	-5,0
	Portørpersonale (9053)	December	1.215,8	1.138,4	-6,4
	Køkkenpersonale (9054)	December	455,7	439,7	-3,5
	Teknisk personale (9055)	December	673,0	632,7	-6,0
Service- og teknisk personale (9005)	Total		4.307,9	4.032,2	-6,4
Administrativt personale (9006)	Kontor- og IT-personale (9061)	December	2.219,7	2.059,6	-7,2
	Administrativt AC-personale (9062)	December	1.282,3	1.182,5	-7,8
	Vagtcentralpersonale (9063)	December	---	34,6	---
	Lægesekretærpersonale (9064)	December	2.431,4	2.350,0	-3,3
	Socialrådgiverpersonale (9065)	December	229,2	208,8	-8,9
Administrativt personale (9006)	Total		6.162,6	5.835,4	-5,3
Regionen total			35.419,4	33.931,0	-4,2

* Det er det overordnede indtryk, at rengøringsområdet ikke har været fritaget for besparelser. Der er dog fortsat fokus på bedre rengøring. Der blev i 2010 afsat 18,1 mio. kr. til rengøringsområdet for at skabe forbedringer på en række fokusområder som bl.a. uddannelse og implementering af vejledning om rengøring af medicoteknisk udstyr. Pengene er fordelt til virksomhederne og er eksempelvis brugt til en betydelig udvikling i tilbud om sprogscreening og sprogundervisning. Flere virksomheder har renoveret og udskiftet materiel, købt nye rengøringsystemer og ændret procedure for rengøring af medicoteknisk udstyr osv.

2.2. Tryghedsordningen

Forretningsudvalget vedtog den 26. januar 2010 at etablere en Tryghedsordning, som består af en række tilbud og initiativer i Region Hovedstaden, med henblik på intern jobformidling.

Formålet med ordningen er, at medarbejdere der står foran en afskedigelse eller er afskediget, har mulighed for at bevare tilknytningen til regionen.

Tryghedsordningen omfatter:

- Tilbud om individuel rådgivning og uddannelse,
- En jobbørs, hvor afskedigede medarbejdere får fortrinsret til at søge ledige stillinger,
- En resursebank, hvor medarbejderne får mulighed for at lægge deres cv, således at virksomhederne kan kontakte dem.

For at drage nytte af Tryghedsordningens tilbud, skal opsagte medarbejdere tilmelde sig ordningen. Primo april 2011 var der i alt 151 tilmeldte i Tryghedsordningen. Til sammenligning var der på samme tidspunkt året før i alt 191 tilmeldte.

Primo april 2011, havde i alt 195 opsagte medarbejdere lagt deres CV i Resursebanken. Medarbejdere kan være i Resursebanken indtil et år efter fratrædelse.

Vejlednings- og uddannelsesaktiviteter

Arbejdsmarkedsafdelingen¹ koordinerer Tryghedsordningens tilbud om vejledning og uddannelse. Opsagte medarbejdere kan, så vidt det er muligt, deltage i uddannelse og kurser i opsigelsesperioden. Uddannelses- og kurstiltag aftales mellem medarbejder og nærmeste leder.

Der tilbydes jobsøgningskurser for de medarbejdere, der gerne vil forbedre deres kompetencer inden for jobsøgning. Kurserne omfatter undervisning og værksted i skrivning af ansøgning samt i jobsamtalen.

I begyndelsen af 2011 havde i alt 226 opsagte medarbejdere deltaget i et jobsøgningskursus. Kurserne er, ifølge Arbejdsmarkedsafdelingen, blevet tilfredsstillende evalueret. Det er erfaringen, at en større del af de opsagte medarbejdere har begrænset erfaring med brug af PC. Derfor tilbydes de opsagte nu også et grundkursus i Word.

I januar 2011 havde 173 opsagte medarbejdere taget imod tilbuddet om individuel vejledning. Vejledningssamtalerne tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker, behov og ressourcer.

Fagspecifikke forløb tilbydes i samarbejde med en uddannelsesinstitution. Det betyder som hovedregel

dels at kursusantallet skal være over 18, og at der kan søges VEU (Erhvervsrettet voksen og efteruddannelsesgodtgørelse) - eller SVU godtgørelse (Statens uddannelsesgodtgørelse). Godtgørelsen hjemtager Arbejdsmarkedsafdelingen på vegne af Tryghedsordningen, og bruges til at betale kursusafgiften til institutionen. Den sikrer samtidigt, at forløbene kan tilbydes til alle i den pågældende faggruppe uanset uddannelsesniveau, alder mv., idet ikke alle er berettigede til godtgørelse. Efteruddannelsesforløb for opsagte SOSU-assistenten, har været populært blandt de opsagte medarbejdere og i FOA.

I de tilfælde, hvor en opsagt medarbejder ønsker at deltage i et kursus/uddannelse, hvor der ikke kan søges godtgørelse eller hvor godtgørelse er for lav, kan vedkommende søge midler i uddannelsespuljen under Tryghedsordningen til at betale hele eller dele af kursusafgiften.

2.3. Lundgaardanalyse

I denne beretningsperiode har den politiske betjening og administrationen været sat under lup. I det følgende afsnit beskrives indholdet i den såkaldte Lundgaard-analyse.

Analysen fra Lundgaard Konsulenterne skulle først og fremmest belyse og finde forslag til, hvordan den administrative organisation bedst muligt kunne understøtte den politiske styring, ledelse og udvikling. Analysen blev bestilt af regionsrådet og det er direktionen, der har fastlagt processen. Analysen gik i gang i august 2010. Den første rapport blev præsenteret på forretningsudvalgsmødet i november 2010. Anden delrapport, herunder den samlede afrapportering fra Lundgaard Konsulenterne, blev behandlet af forretningsudvalget i april 2011.

Forretningsudvalget har derudover besluttet, at der skal udarbejdes en tredje delanalyse vedrørende regionens rolle, opgaver, udfordringer og muligheder som regionalpolitisk aktør.

Delanalyse 1 og 2 har tre fokuseringer:

- Region Hovedstaden som politisk ledet organisation
- Organisationens kapacitet til koordination og helhedsorienteret indsats
- Styring, ledelse og sammenhæng i koncernen.

På baggrund af 2. delrapport har forretningsudvalget indstillet, at der fra 1. januar 2012 skal etableres fælles ledelse i fusions- og byggeperioden for:

- Hillerød, Helsingør og Frederikssund,
- Bispebjerg og Frederiksberg,
- Hvidovre og Amager.

¹ Arbejdsmarkedsafdelingen er organisatorisk placeret som en del af Glostrup Hospital. Afdelingen har til formål at understøtte beskæftigelsesrettede tiltag i regionen, og bidrage til rekruttering, udvikling og fastholdelse af regionens ansatte.

Tillid er det vigtigste redskab

Alle hospitaler i Region Hovedstaden, blev i 2010 ramt af krav om ekstraordinære besparelser. Flere steder faldt det oven i igangværende fusioner og rokader som følge af Hospitalsplanen – således også på Lunge- og infektionsmedicinsk Afdeling på Hillerød Hospital, hvor ledelsen valgte dialogen og medarbejderinddragelsen som vejen frem.

2010 har i vid udstrækning stået i økonomiens tegn for både medarbejdere og ledelse på Hillerød Hospitals Lunge- og infektionsmedicinske Afdeling. Afdelingen opstod i 2009, som et resultat af Region Hovedstadens overordnede hospitalsplan, hvor Helsingør Hospitals infektionsmedicinske afdeling blev flyttet til Hillerød Hospital og fusionerede med den eksisterende Lungemedicinske Afdeling. Den endelige flytning af det infektionsmedicinske speciale skete i 2009.

"Der følger næsten altid nogle økonomiske udfordringer i kølvandet på større fusioner i sundhedsvæsenet. Måske fordi virkeligheden er mere kompleks, end man helt kan planlægge sig ud af. Og oven i afdelingens i forvejen trængte økonomi, kom så de meget store regionale besparelser, der blev meldt ud i 2010. Det betød, at vi stod i en situation, hvor vi forventede at skulle afskedige fem medarbejdere i vores nyfusionerede afdeling", forklarer ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard, som endte med at afskedige to medarbejdere, mens de øvrige selv fandt et nyt job.

Personalet informerer personalet

"Derfor besluttede vi meget tidligt i forløbet, at vi ville involvere medarbejderne, mest og tidligst muligt i processen. Det er meget vigtigt for arbejdsklimaet, at medarbejderne ved, hvorfor vi er havnet i den ubehagelige situation – og hvad der bliver gjort fremad-

rettet", fortæller Britt Holmgaard videre.

Som et led i arbejdet med at inddrage medarbejderne i hele processen, besluttede man i afdelingens MED-udvalg, at det skulle være medarbejderne der informerede deres kolleger om den seneste udvikling, og de nyeste beslutninger. *"Det var medarbejdernes eget ønske, at kommunikere budskaberne direkte til hinanden. Og det er klart, at det kræver stor ledelsesopbakning, så det ikke bare bliver en ubehagelig opgave, der er tørret af på nogle andre. Det fungerede rigtig godt, og den tillid til hinanden der blev opbygget i afdelingen, var næsten det vigtigste redskab i hele processen",* siger Britt Holmgaard.

Endte som en god proces

I kølvandet på en større sparerunde, som den der ramte hele regionen i 2010, følger automatisk ny prioritering af opgaverne. Og også her gælder princippet om medarbejderinddragelse, fortæller Britt Holmgaard:

"Opgaveprioritering er helt klart en ledelsesopgave – men det bør ikke ske uden at høre medarbejdernes input. Vi har arbejdet ud fra et princip om, at prioritering er kontekstafhængig, og at konteksten kan ændre sig fra vagt til vagt. Derfor taler vi ikke om prioriteringer på et generelt niveau, men forholder os til det i situationen."

"Hvis der fx har været en meget travl nattevagt med mange opgaver, så taler vi om den efterfølgende: Kunne vi have grebet det anderledes an? Kunne man på forhånd have prioriteret anderledes – var der opgaver, som det ville være i orden for vagten at udskyde til næste vagttag? Det lyder måske meget enkelt, men det er faktisk meget komplekst: Vi kan ikke sige, at der er nogle typer opgaver, som vi ikke længere har tid til, fordi arbejdsbelastningen svinger fra dag til dag", fortsætter Britt Holmgaard.

Hun understreger, at processen – selvom det var en barsk omgang – endte med at være positiv. Og det skyldes netop den



Vi har arbejdet ud fra et princip om, at prioritering er kontekstafhængig, og at konteksten kan ændre sig fra vagt til vagt.

Britt Holmgaard, ledende oversygeplejerske, Lunge- og infektionsmedicinsk Afdeling, Hillerød Hospital.

store grad af medarbejderinvolvering:

"Vi havde et fælles mål, og en vej derhen, som vi fulgte i fællesskab. Vi har fået taget afsked med de medarbejdere, som ikke længere skulle være hos os, og alle har bevaret deres motivation og gejst. Og nu er der igen plads til noget andet end økonomien i hverdagen".

Lunge- og infektionsmedicinsk Afdeling på Hillerød Hospital opstod i 2009 som en fusion af Infektionsmedicinsk Afdeling på Helsingør Hospital og Lungemedicinsk Afdeling på Hillerød Hospital. I samme rokade afgav afdelingen allergi-udredning til Gentofte Hospital, og modtog seks senge fra Onkologisk Afdeling i Hillerød. I dag har afdelingen cirka 100 medarbejdere.



Bornholms Hospital løser de ledelsesmæssige bånd til Rigshospitalet, og bliver 1. januar 2012 en selvstændig virksomhed med egen ledelse.

Nye tværgående virksomheder

Forretningsudvalget har endvidere indstillet, at der bliver etableret tværgående virksomheder:

- Apoteket,
- Den præhospitale virksomhed (bl.a. den akutte medicinske koordinationsfunktion og den fælles vagtcentral),
- Den sociale virksomhed (samle bo- og aktivitetstilbud, krise- forsorgs- og misbrugstilbud fra Region Hovedstaden - Handicap og Region Hovedstadens Psykiatri).

De nye tværgående virksomheder skal varetage særlige serviceopgaver og støttefunktioner af faglig eller administrativ karakter, som bistand til den øvrige regionale organisation, og evt. også til andre aktører.

Forslagene blev i foråret 2011 sendt i høring i MED-organisationen, hvorefter endelig beslutning kan træffes.

Opfølgningen på analyserne fra Lundgaard Konsulenterne, skal ses i tæt sammenhæng med det interne, administrative effektiviseringsprojekt "Projekt Administrativ Organisering".

2.4. Projekt Administrativ Organisering

Konsulentfirmaet Implement Consulting Group gennemførte i foråret 2010, en kortlægning af den administrative organisering, og det administrative ressourceforbrug på hospitalerne i regionen samt beskrev snitfladen i forhold til koncernstabene. Kortlægningen var en foranalyse, som skulle danne baggrund for efterfølgende vurderinger af, om der var produktivitet- og/eller effektiviserings-potentialer på det administrative område på regionens hospitaler.

Konklusionerne af analysen var centreret om to hovedområder: En reduktion af det administrative ressourceforbrug samt mere fælles "fodslag" på tværs af koncernen og mere "vi-tænkning."

Af temaer til forbedringsinitiativer nævntes bl.a., en tydelig rolle- og ansvarsfordeling på tværs af koncernen, samling af opgaveløsninger samt fælles arbejds-gange, fælles løsninger samt standardisering i forhold til metodevalg.

Beslutninger

På baggrund af afrapporteringerne fra "Projekt Administrativ Organisering" udarbejdede koncerndirektionen et samlet forslag til beslutning vedrørende gennemførelse af forslag i projektet. Efter beslutnings-

forslaget havde været sendt i høring i MED-organisationen, blev det tiltrådt af regionsrådet i april 2011.

Beslutningsforslaget indeholdt bl.a. forslag om, at der etableres to nye tværgående virksomheder. Disse er på linje med de tre tværgående virksomheder, der blev foreslået i Lundgaard-analysen.

Den ene nye virksomhed etableres inden for HR- og uddannelsesområdet. Virksomhedens opgaver vil betyde en samling af løn- og personaleadministrative opgaver samt samling af uddannelsesopgaver. På uddannelsesområdet samles opgaver i relation til grunduddannelser, specialuddannelser, specialrettet og generel efteruddannelse samt lederudviklingsprogrammet. Det forventes, at der kan spares 41,7 årsværk i 2012 og yderligere 3,3 årsværk i 2013 ved etableringen af den fælles virksomhed. Den nye virksomhed forventes at få 218 årsværk.

Den anden nye virksomhed etableres inden for IT-området, hvor der vil ske en samling af regionens opgaver inden for IT, medicoteknik og telefoni i en enhedsorganisation. Den nye virksomhed organiseres således, at der fortsat vil være IT-support og medicoteknisk support fysisk til stede på hospitalerne til at yde den nødvendige service, men der vil være en entydig reference i forhold til den nye virksomhedsledelse.

På det medicotekniske område, vil forslaget endvidere betyde en styrkelse i form af bedre koordinering og standardisering på tværs af hospitalerne. Der er i dag ca. 640 årsværk beskæftiget inden for IT-, medico- og telefoniområdet. Det forventes, at der i løbet af en to-treårig periode kan spares ca. 75 årsværk ved etableringen af den fælles virksomhed.

For hver af de nye virksomheder er der i april 2011 nedsat en implementeringsorganisation, og der etableres et midlertidigt MED-udvalg.

Øvrige forslag var:

- At regionen bliver ét ansættelsesområde,
- At der sker en afdækning af, om der kan hjemtages opgaver på arbejdsmiljøområdet,
- At det gøres obligatorisk, at anvende regionens grafiske enhed ved mere krævende layoutopgaver,
- At der foretages en samlet outsourcing af regionens kopi/printopgaver,
- At det gøres obligatorisk, at bruge publiceringsværktøjet XMedia ved produktion af mindre trykte materialer,
- At der etableres et formaliseret netværkssamarbejde inden for det juridiske område,
- At der indføres tiltag til mindske af forgæves kørsler inden for siddende patientbefordring og IT-understøttelse af visitationsopgaven,

- At der stilles krav om anvendelse af fremmødeplaner på hospitaler og i psykiatrien samt systemunderstøttelse heraf,
- At de trykte personaleblade nedlægges, og at der til gengæld sker en opprioritering af den elektroniske kommunikation,
- At der sker en mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af samarbejdsrelationer mellem koncernstabe og virksomheder.

Reduktioner i administrationen

På baggrund af Implements foranalyse, blev der i april 2010 formuleret et sparemål på 125 årsværk i administrationen.

I budget 2011 blev 50 årsværk indarbejdet som en besparelse. Forslagene fra koncerndirektionens beslutningsoplæg vedrørende "Projekt Administrativ Organisering", indeholder samlet set et yderligere besparelsespotentiale på 120 årsværk over en 3-årig periode.

Derudover er det vurderingen, at der er nedlagt 20 årsværk i virksomhedernes administration i perioden fra Implements foranalyse i foråret 2010, og frem til dataindsamlingen i forbindelse med "Projekt Administrativ Organisering" i efteråret 2010.

Siden Implements foranalyse i april 2010 er der således truffet beslutning om, at der i alt spares 190 årsværk i administrationen.

2.5. Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007

Implementering af regionens Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007, har i 2010 fortsat medført en række organisatoriske og ledelsesmæssige forandringer i Region Hovedstaden. De to planer har i 2010 samlet en række behandlingstilbud på færre enheder, der er foretaget ledelsesmæssige ændringer, og der er flyttet optageområder. Alle ændringer er foretaget for at skabe et bedre grundlag og gode rammer, for et fremtidssikret og bæredygtigt hospitals- og psykiatrivejen, der kan levere behandling af høj kvalitet til regionens borgere.

Hele implementeringen har krævet stor og vedholdende opmærksomhed hos både ledere og medarbejdere. Det har ligeledes krævet tilpasningsdygtighed at gennemføre forandringerne samtidig med, at behandlingsaktiviteten er opretholdt.

Ved udgangen af år 2010, var hovedparten af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 implementeret. De ændringer, der udstød ved årsskiftet, kræver større ny- og ombygning, og der er en stor intern afhængighed mellem mulighederne for at flytte funktionerne.

Større ny- og ombygning af regionens hospitaler

De 4 byggeprojekter, som i 2009 fik forhåndstilsagn om finansiering fra statens kvalitetsfond, har i 2010 været i gang med den videre planlægning. Det drejer sig om udbygning af Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Ekspertpanelet meddelte regionen i 2009, at yderligere tilsagn om finansiering til hospitalsbygning forudsatte, at hospitalsstrukturen og dermed antallet af matrikler blev revurderet. På den baggrund blev der i maj 2010, indgået en ny politisk aftale om den fremtidige hospitalsstruktur i regionen, som bl.a. indebærer, at hospitalerne i planlægningsområde Nord fusioneres i ét nybygget hospital ved Hillerød, og at Frederiksberg Hospital og Bispebjerg Hospital i planlægningsområde Byen, fusioneres i et nybygget hospital på Bispebjerg Bakke.

På baggrund af den politiske aftale fra maj, ansøgte regionen ekspertpanelet om forhåndstilsagn til yderligere to projekter: Nyt Hospital Nordsjælland og Nyt Hospital Bispebjerg. I november 2010 modtog regionen forhåndstilsagn til de to projekter. Det samlede forhåndstilsagn til de 6 projekter er 12,85 mia. kr.

Aftale om Hospitals- og Psykiatriplan 2020 for Region Hovedstaden

I aftalen fastlægges de overordnede rammer for udarbejdelsen af en ny visionær hospitals- og psykiatriplan (Hospitals- og Psykiatriplan 2020), som samtidig i vid udstrækning er en naturlig videreførelse af de overordnede linjer, der er lagt med Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007.

Aftalen fra maj 2010 understøtter, at der fastholdes fokus på at udvikle bedre sammenhængende patientbehandling, at strukturen i regionens hospitalsvæsen fortsat skal understøtte udvikling af stærke og toneangivende faglige miljøer, hvor patienten er i fokus og målet er øget kvalitet, og som samtidig bidrager til at skabe et attraktivt og dynamisk arbejdsmiljø for medarbejderne. Målet er, at regionens hospitaler skal være det foretrukne valg for både patienter og medarbejdere. En ny hospitals- og psykiatriplan udarbejdes i 2011 på baggrund af den politiske aftale fra maj 2010.

2.6. Akkrediteringsbesøg

I foråret 2011 har regionens hospitaler og psykiatri haft akkrediteringsbesøg af Joint Commission International (JCI). Region Hovedstaden er de eneste i Skandinavien som har ladet sig undersøge af internationale surveyore for at få undersøgt om deres arbejdsgange lever op til krav i internationale akkrediteringsstandarder.

11 ud af regionens 13 hospitaler – 10 somatiske og Region Hovedstadens Psykiatri – har allerede nu

opnået det internationale kvalitetsstempel. To hospitaler, Helsingør og Herlev Hospital, skal have et genbesøg senere i 2011 for at vise JCI, at de lever op til standarderne. På Helsingør Hospital mangler man bl.a. at gennemføre en beredskabsøvelse. På Herlev skal man bl.a. blive bedre til at vurdere og journalføre patienters smerter.

Akkrediteringsaktiviteterne i foråret 2011 har generelt vist, at der er kommet godt styr på personalesager og uddannelses- og introduktionsprogrammer.

Akkreditering ved JCI omhandler alle hospitalets ydelser og personalegrupper. Der er indenfor HR området fokus på:

- ❶ Personalestyring,
- ❷ Forhold der betyder noget for personalets sikkerhed.

Standarderne i forbindelse med personalestyring, indebærer etablering og understøttelse af systemer til personalehåndtering, der bl.a. inkluderer:

- Oprettelse og vedligeholdelse af personalesager for alle ansatte,
- Stillingsbeskrivelser for alle,
- Dokumentation af verifikation af autorisation og grunduddannelse ved original kilde,
- Bemyndigelse til specifikke opgaver for personale med ret til selvstændigt virke
- Dokumenteret evaluering inden for prøvetidsperioden,
- Afholdelse og dokumentation for deltagelse i introduktion samt obligatoriske kurser (hygiejne, hjertestop, brand), og regelmæssig gentagelse heraf
- Dokumentation af årlig MUS,
- Dokumentation i personalesagen for personale, som har fået delegeret særlige opgaver/ansvar.
- Løbende evaluering af klinikere med ret til selvstændigt virke med afsæt i individspecifikke data

I regi af regionens personalechefer, er der udfærdiget en række regionale vejledninger, der skal medvirke til en ensartet praksis og opfyldelse af standarderne. Implementering heraf har været et omfattende arbejde, der stadig pågår.

Desuden er der indgået et meget omfattende antal aftaler/kontrakter mellem hospitaler, hvis klinikere går på tværs og yder klinisk patientbehandling på andre end eget hospital og mellem ude-samarbejdsfunktioner og værtshospitaler.

I forhold til standarderne om personalets sikkerhed, er der fokus på APV, på kemikaliehåndtering, værnemidler, beskyttelse mod infektioner, kemikalie og arbejds-skader (fx stikskader) såvel i den enkelte afdeling som på tværs af hospitalet. Der lægges vægt på brandøvelser og beredskabsøvelser, der skal sikre at personalet i en sådan situation er uddannet til at handle på en hensigtsmæssig måde ved eksempelvis brand. Standarderne indeholder endvidere et fokus på et vaccinationsprogram for personale.

Alle hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri skal i foråret 2012 gennemgå akkrediteringsbesøg ved danske surveyore i henhold til standarder i den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Der skal derfor i efteråret 2012 tages stilling til, hvilken akkrediteringsstrategi, der herefter skal gælde i Region Hovedstaden. Der påbegyndes derfor i efteråret 2011 en evaluering af effekt og oplevelser knyttet til det internationale besøg i indeværende år og samme undersøgelse planlægges udført efter akkrediteringsrunden ved JCI i 2012. Resultatet af disse undersøgelser vil blive inddraget i drøftelser og beslutningsprocesser vedr. den fremadrettede akkrediteringsstrategi.

Ændringer gennemført i 2010 affødt af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007

I 2010 er bl.a. gennemført følgende hospitalsplans og psykiatriplans ændringer:

- Konsolidering af den reumatologiske profil på Glostrup Hospital. Det har bl.a. betydet, at reumatologisk aktivitet fra Amager Hospital og Hvidovre Hospital er flyttet til Glostrup Hospital,
- Implementering af planændringer inden for intern medicin. Det har bl.a. betydet, at der er flyttet optageområder fra Hillerød Hospital til Gentofte Hospital og Herlev Hospital, samt flyttet optageområder fra Gentofte Hospital til Bispebjerg Hospital,
- Den urologiske kapacitet er samlet på færre bæredygtige funktioner, idet aktiviteten på Amager Hospital er flyttet til Frederiksberg Hospital,
- Etableringen af akutmodtagelser er påbegyndt ved en række hospitaler, idet skadestuer er blevet sammenlagt med akut modtageafsnit,
- Kirurgien er samlet i planlægningsområde Syd på Hvidovre Hospital,
- Neurokirurgien er samlet i regionen. Kraniekirurgien på Rigshospitalet, og den øvrige neurokirurgi på Glostrup Hospital i regi af Center for Rygmarvsskade,
- PC Rigshospitalet og PC Bispebjerg er ledelsesmæssigt fusioneret.

”Mellemlederne er ekstremt vigtige”

Først den ene vej – og så den anden. Medarbejderne på Gentofte Hospitals Kirurgiske Afdeling, som tager sig af planlagte operationer, har været gennem et heftigt år i 2010 og de første måneder af 2011: Først måtte man i tre omgange afskedige medarbejdere i afdelingen, siden blev den fusioneret med en lignende afdeling fra Hørsholm.

Kirurgisk Afdeling på Gentofte Hospital, har været gennem et turbulent år; først måtte man gennem tre hårde spare- og tilpasningsrunder, hvor der i alt blev opsagt 26 medarbejdere – både blandt plejepersonale og ledere. Siden fusionerede afdelingen med en tilsvarende afdeling på Hørsholm Hospital – og modtog i den anledning 40 nye medarbejdere og en ny ledende overlæge.

”Det har været lidt af en opgave”, indleder ledende over-sygeplejerske Lotte Adsbøl og fortsætter:

”Alle ansatte i afdelingen, hele vores organisation var grundigt procestrætte til sidst. Vi havde været igennem den helt store vridemaskine med tre sparerunder på under et år – og så kommer fusionen. Men jeg vil sige, at medarbejderne har tacklet det flot. De har set på de muligheder, der er blevet skabt af fusionen: Nu har vi fået chancen for endelig at være den afdeling, vi er planlagt til at skulle være”.

De bedste forberedelser

Som led i forberedelserne til fusionen har der hen over vinteren været nedsat ikke mindre end 11 arbejdsgrupper, der gennemgik alle aspekter i opbygningen af en ny afdeling. Lige fra hvordan de nye medarbejdere skal modtages på Gentofte Hospital, over afdelingens fysiske udformning til en beskrivelse af forskningsaktiviteterne i den nye afdeling.

”Vi forsøgte at være på forkant med situationen og være så velforberedte som muligt – og det betød blandt andet, at vi lavede særskilte introduktionsforløb for de nye medarbejdere, afhængig af deres funktion”, forklarer Lotte Adsbøl.

Alligevel har det taget tid at finde et fælles fodslag efter fusionen. Det hænger blandt andet sammen med, at det var to meget selvstændigt fungerende huse, med hver deres traditioner for den planlagte kirurgi, der fusionerede.

En del af det skyldes også, at der ikke fulgte nogen mellemledere med medarbejderne fra Hørsholm Hospital til afdelingen på Gentofte Hospital. Det var således de eksisterende mellemledere på Gentofte Hospital, der skulle samle både funktionerne og medarbejderne. Oveni fusionen kom en større fysisk rocade, hvor alle afsnit i Kirurgisk Afdeling på nær et enkelt, flyttede rundt på Gentofte Hospital i løbet af den første måned efter fusionen.

Glasset er halvt fyldt

”Hvis der er noget der står helt klart efter fusionen, er det, at mellemlederne er ekstremt vigtige for en sådan proces – både for planlægningen af fusionen og selve fusionen. De er med til at bære budskaberne ud til medarbejderne og retur til ledelsen. Og de kan præcisere alt fra arbejdsgangene i hverdagen til der hvor ”skoen trykker”, uddyber Lotte Adsbøl.

Efter det første kvartal lyder den forsigtige status, at *”glasset er halvt fuldt – ikke halvt tomt”*. Forstået på den måde, at processen indtil nu er forløbet som forventet: *”Der er stadig mange ting, vi skal blive bedre til. Det tager sin tid at finde en fælles ånd og få bygget et nyt fundament under en afdeling. Tømmefingerreglen siger,*



Mellemlederne er ekstremt vigtige både for forberedelserne til fusionen og selve fusionen: De er med til at bære budskaberne ud til medarbejderne og retur til ledelsen
Lotte Adsbøl, oversygeplejerske, Kirurgisk Afdeling, Gentofte Hospital



at der går et år før alting er på plads, og det tror jeg holder stik. Men jeg er fuld af fortrøstning fordi medarbejderne har det mod, det engagement og det drive, der skal til", slutter Lotte Adsbøl.



Kirurgisk Afdeling på Gentofte Hospital har i alt 130 fuldtidsstillinger. Afdelingen tager sig af alle former for planlagt kirurgi, og består af et sengeafsnit samt et ambulatorium for hofte- og knæproteser, et ortopædkirurgisk ambulatorium med idræts- og håndkirurgi og endelig et sengeafsnit for mave-tarm kirurgi og dagkirurgiske operationer samt et ambulatorium for mave-tarm operationer.

I maj måned 2010 fusionerede to sengeafsnit til et enkelt på Gentofte Hospital som en del af en besparelse – det medførte afskedigelser af 18 fuldtidsstillinger, både blandt medarbejdere og ledere.

I september samme år blev yderligere to medarbejdere afskediget som led i den fælles regionale sparerunde – og endelig blev seks medarbejdere fra afdelingen afskediget i januar 2011 som en del af forberedelserne til fusionen med afdelingen fra Hørsholm, der blev gennemført den 1. februar 2011.



3. Trivsel, sygefravær og tværgående indsatser på arbejdsmiljøområdet

Overenskomsten fra 2008 satte en lang række aktiviteter i gang i regionerne på personale- og arbejdsmiljøområdet. I Region Hovedstaden har overenskomstbestemmelserne fra 2008 bl.a. resulteret i gennemførelse af TrivselOP, og udarbejdelse af retningslinjer for arbejdsbetinget stress, vold, mobning og chikane samt sundhedsfremme. Der er også sat et øget fokus på nedbringelse af sygefravær.

3.1. TrivselOP – koncept for trivselsmåling og arbejdspladsvurdering i Region Hovedstaden

I 2009 godkendte RegionH MED-udvalget et nyt fælles koncept for trivselsmåling i Region Hovedstaden, under navnet TrivselOP. TrivselOP omfatter både det psykiske og det fysiske arbejdsmiljø, og er dermed også en arbejdspladsvurdering (APV).

Det overordnede formålet med TrivselOP er, at fremme sunde og attraktive arbejdspladser i Region Hovedstaden, herunder at fremme en positiv udvikling i arbejdsmiljøet.

TrivselOP sikrer en standardisering af en del af regionens arbejde med trivsel og arbejdsmiljø. TrivselOP giver en fælles rytme, en fælles metode og et fælles system, der kan understøtte videndeling om gode trivselstiltag, samt give mulighed for udvikling af det strategiske arbejde omkring trivsel i regionen.

Forløbet for TrivselOP

TrivselOP gennemføres som udgangspunkt hvert 3. år. Kortlægningen sker via et spørgeskema til alle regionens ansatte, og den første måling blev gennemført 12. januar – 9. februar 2011.

Succeskriterier for TrivselOP

- Der etableres et fleksibelt værktøj og en sammenhængende proces til prioritering og videreudvikling af indsatserne omkring trivsel på arbejdspladserne.
- Topledelsens engagement omkring TrivselOP er tydelig for alle.
- MED-udvalg og lokale ledelser er klædt på til at sikre en positiv og fremadrettet håndtering af resultater og dialog.
- Forløbet omkring TrivselOP er klart for de ansatte, og prioriteringer i forbindelse med resultater fra kortlægningen er synlige.
- Der sikres et regionalt grundlag, for at styrke den strategiske indsats omkring medarbejdertrivsel.

Svarprocent – 81 %

29.004 ansatte i regionen valgte at besvare TrivselOP-spørgeskemaet. Dette gav en svarprocent på 81 % i alt, hvilket er meget tilfredsstillende.

Resultaterne af målingen for 2011 blev distribueret i rapportform til organisationen i løbet af marts måned, og der er dannet rapporter på alle niveauer i regionen. Det vil sige fra alle enheder med minimum 5 besvarelser til regionsniveauet.

Dialogprocesser i hele organisationen

I konceptet for TrivselOP er det fastlagt, at rapporterne skal danne udgangspunkt for dialogprocesser på

Tidsplan 2011



forskellige niveauer i organisationen. Disse dialogprocesser, hvor medarbejdere og ledere deltager, skal sikre kvalificering af data og prioritering af indsatser.

Fælles handleplan-system

For at sikre, at der skabes en reel værdi med TrivselOP er det vigtigt, at der er højt fokus på, at der handles på de resultater der kommer ud af dialogprocesserne. Et af redskaberne til at sikre fokus på handlinger, er det fælles elektroniske handleplan-system IPL (Identifikation, Prioritering, Løsning). I IPL, skal alle virksomheder udarbejde handleplaner for de områder, der prioriteres i TrivselOP. Det fælles system gør det muligt at arbejde med handleplaner på tværs i organisationen.

Indsatsområder

Den enkelte virksomhed i regionen, skal med udgangspunkt i virksomhedens handleplaner udvælge 1 - 3

indsatsområder, som er særligt prioriteret på den pågældende virksomhed. RegionH MED-udvalget vil drøfte disse indsatsområder i slutningen af 2011. Drøftelsen skal bidrage til udvælgelsen af de fælles regionale indsatser, der fremover skal arbejdes med inden for personale- og arbejdsmiljøområdet.

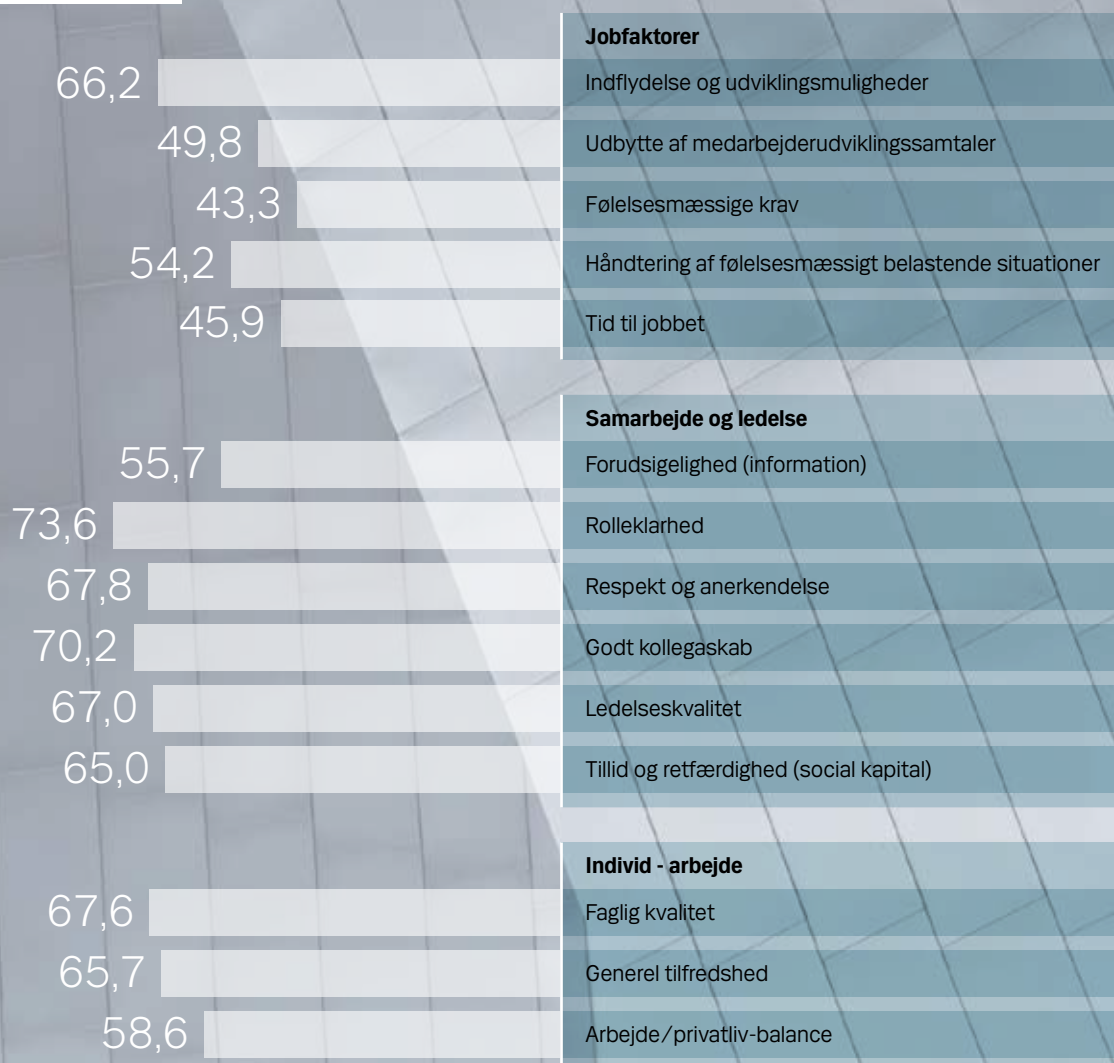
Resultater - psykisk arbejdsmiljø

- høj rolleklarhed og godt kollegaskab, men manglende tid til jobbet

I TrivselOP er der målt på 14 temaer inden for det psykiske arbejdsmiljø. I gennemsnit scorer regionen højest på temaet "rolleklarhed". Rolleklarhed handler om, at medarbejderne kender deres ansvarsområder, og at de ved hvad der forventes af dem i arbejdet. Regionen scorer 73,6 point ud af 100 mulige på rolleklarhed.

Figur 3.1.1

TrivselOP temaer i det psykiske arbejdsmiljø



Fakta om handleplan-systemet IPL

Formålet med IPL er, at registrere forhold i arbejdsmiljøet der opleves som problematiske, eller forhold som ønskes udviklet.

I september 2010 blev det besluttet, at IPL skulle være et fælles handleplanssystem for alle regionens virksomheder, og at der skulle udvikles en fælles brugerflade. En del af regionens virksomheder havde i en årrække anvendt IPL, mens det var nyt for andre.

IPL indeholder status på handleplaner på alle organisatoriske niveauer og har en statistik-funktion, der fx løbende kan give information om, hvilke problemtyper der arbejdes med i regionen.

Godt kollegaskab siger noget om, hvorvidt medarbejderne oplever at de får hjælp og støtte fra kolleger, når der er brug for det. Det siger også noget om, hvorvidt det opleves, at man i kollegaflokken tager medansvar for god stemning og omgangstone.

Det tema der ligger lavest inden for det psykiske arbejdsmiljø er "tid til jobbet", hvor der scores 45,9 point ud af 100 mulige. Temaet handler bl.a. om omfanget af generende afbrydelser, og mulighederne for at nå at holde pauser i løbet af arbejdsdagen.

Resultater - fysisk arbejdsmiljø

– hudbelastninger og biologisk smitterisiko

Inden for det fysiske arbejdsmiljø er der sat fokus på 10 belastningstemaer og 2 indsattstemaer. Hudbelastninger og biologisk smitterisiko scorer højest i regionen, med henholdsvis 40 og 37,5 point ud af 100 mulige. I en belastningssammenhæng er høj score negativ.

Særlige belastningsfaktorer

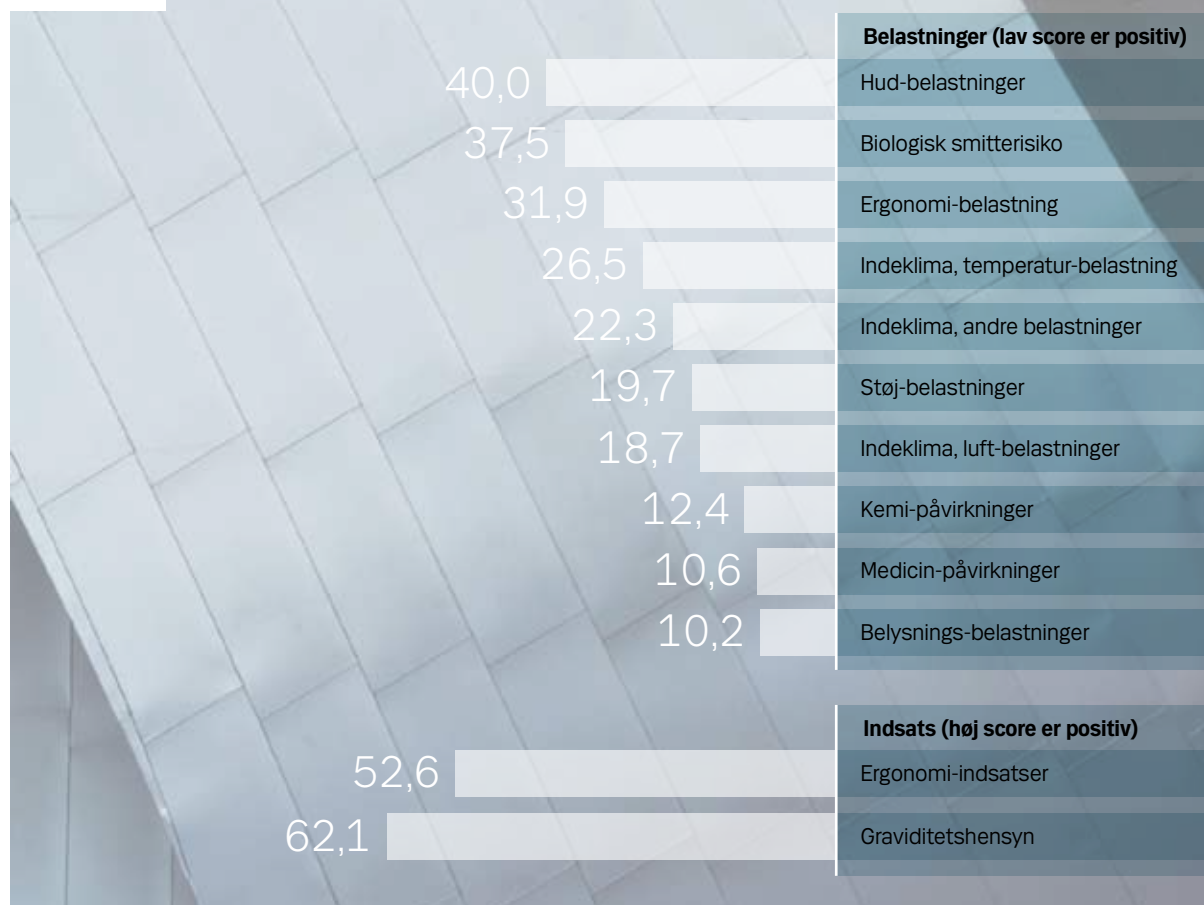
I TrivselOP er der, ud over overstående temaer, fokus på nogle særlige arbejdsmiljømæssige belastningsfaktorer. Det drejer sig om: Stress, udbrændthed, sygefravær, ulykker og krænkende adfærd.

Stress og udbrændthed

30 % af medarbejderne har svaret, at de i høj grad eller meget høj grad har følt sig stressede inden for det seneste halve år. Det tilsvarende tal for udbrændthed er 17 %.

Figur 3.1.2

TrivselOP temaer i det fysiske arbejdsmiljø



Faggrupperne i regionen ligger nogenlunde ens på oplevelsen af stress, mens udsvingene på oplevelsen af udbændthed er højere. Service/teknisk personale oplever sig mest udbændt, mens psykologer oplever sig mindst udbændt.

I TrivselOP spørges der endvidere til medarbejdernes oplevelse af, om arbejdspladsen har tilstrækkelig fokus på både at forebygge stress, og at hjælpe ansatte der har problemer med stress.

Både forebyggelse og hjælp til de stressramte, scorer relativt lavt i regionen. Stressforebyggelse scorer 37,9

point ud af 100 mulige, mens stresshåndtering scorer 45,7 point ud af 100 mulige – høj score er positiv.

Krænkende adfærd – herunder mobning

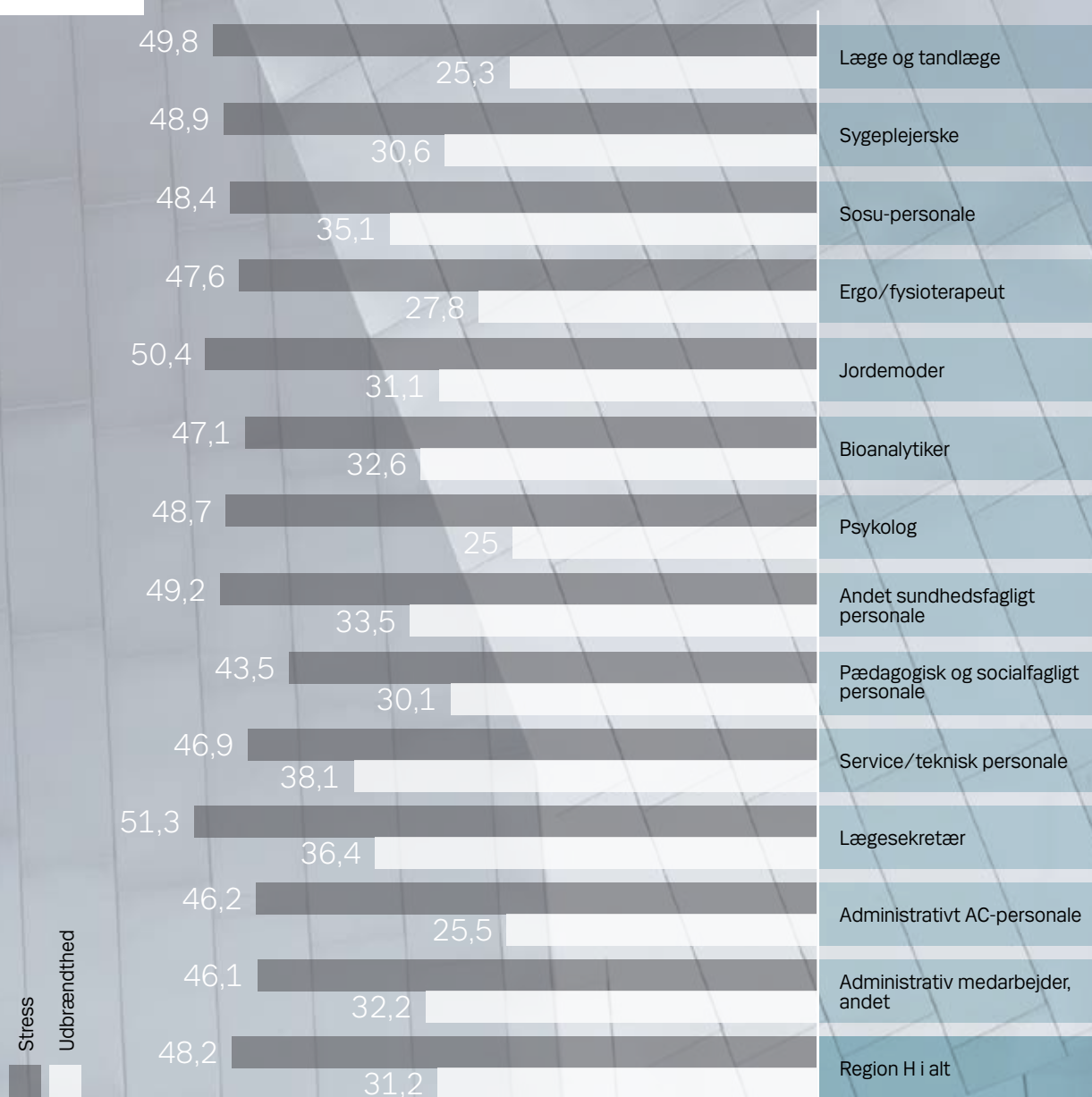
Fire former for krænkende adfærd måles i TrivselOP.

De overordnede resultater for regionen er:

- 13 % af medarbejderne oplever trusler om vold,
- 6 % af medarbejderne oplever fysisk vold,
- 13 % af medarbejderne oplever mobning,
- 5 % af medarbejderne oplever uønsket seksuel opmærksomhed.

Figur 3.1.3

Stress og udbændthed i forhold til faggrupper



Figur 3.1.4
Mobning fordelt på virksomheder (%)


Mobning er en problematik, der gælder alle regionens virksomheder. 10-16 % af de ansatte på alle virksomheder oplever mobning. De andre typer krænkelse har større udsving virksomhederne imellem. Det er fx tydeligt, at en virksomheds "kunde-gruppe" kan være afgørende for omfanget af trusler om vold, fysisk vold og uønsket seksuel opmærksomhed.

Medarbejderne er også blevet spurgt om, hvem de er blevet mobbet af. I gennemsnit i regionen fordeler svarene sig således:

- 1 % er patienter / pårørende / brugere / eksterne samarbejdspartnere,
- 9 % er kolleger,
- 4 % er en leder,
- 1 % er en underordnede.

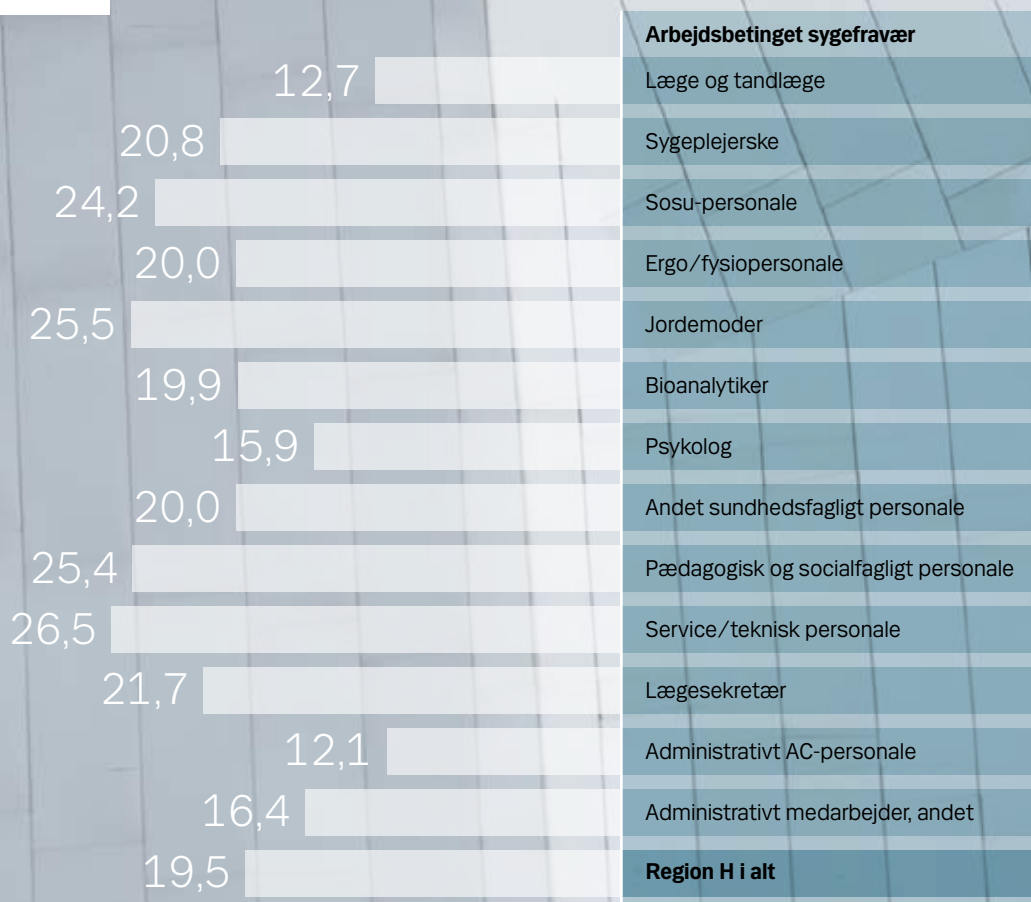
Arbejdsbetinget sygefravær

I TrivselOP spørges der til, i hvilken grad det opleves, at eget sygefravær inden for det seneste år skyldes forhold i arbejdsmiljøet. Ud af de medarbejdere der har haft sygefravær, oplever 9 % af medarbejderne, at deres sygefravær i høj grad eller meget høj grad skyldes arbejdsmiljøet. 58 % angiver, at deres sygefravær ikke skyldes forhold i arbejdsmiljøet.

Fordelt på faggrupper ses det, at service/teknisk personale er den faggruppe, der i højeste grad oplever, at sygefraværet skyldes forhold i arbejdsmiljøet. De scorer 26,5 point ud af 100 mulige, hvor lav værdi er positiv. Administrativt AC-personale er den faggruppe, der i ringeste grad oplever, at deres sygefravær skyldes arbejdsmiljøet. De scorer 12,1 point ud af 100 mulige.

Figur 3.1.5

Arbejdsbetinget sygefravær i forhold til faggrupper (0-100 point)



Figur 3.1.6

Årsager til arbejdsbetinget sygefravær



Medarbejderne er herefter spurgt om, hvilke arbejdsmæssige forhold, der opleves at have haft betydning for deres sygefravær. 21 % af de medarbejdere, der har haft sygefravær, oplever at forhold i det psykiske arbejdsmiljø har betydning for fraværet. Indeklima og støj samt ergonomiske forhold, har også en relativt stor betydning for regionens sygefravær.

3.2. Sygefravær

I Region Hovedstadens budgetaftale for 2008 blev der sat et mål om, at alle regionens virksomheder skulle nedbringe sygefraværsniveauet til højst 5 %. Denne målsætning er blevet understreget i regionsrådets budgetaftale for 2011.

Det fremgår af budgetaftalen, at *"arbejdet med nedbringelse af sygefraværet intensiveres på alle virksomheder og særligt de virksomheder, der har det højeste sygefravær. Sygefraværet skal i 2011 nedbringes til det fastsatte mål på 5 %."*

Med udgangspunkt i det politiske mål samt lokale udfordringer, har regionens virksomheder de seneste år haft et betydeligt fokus på fravær via en mangfoldighed af arbejdsmiljømæssige og personalepolitiske aktiviteter og strategier. Fraværet har dog indtil 2010 ligget konstant på 5,4 %.

Status på regionens sygefravær

De fleste virksomheder i regionen, har reduceret deres sygefravær fra 2009 til 2010. Det gennemsnitlige sygefravær i 2010 er 5,1 %. Dette er et fald, sammenlignet med henholdsvis 2008 og 2009, hvor sygefraværsprocenten begge år var 5,4 %. I alt har fem virksomheder i 2010 et sygefravær, der ligger under 5 %.

Det bør bemærkes, at sygefraværsprocenten fra 2008 og 2009 i tabellerne afviger fra de værdier, der er publiceret i de sidste årsberetninger. Her var fraværsprocenten for begge år 5,4 % og ikke 5,3 % som angivet i tabellerne. Dette skyldes, at data er *dynamiske*, og derfor kan have ændret sig – fx på grund af sene indberetninger, ændringer i normtimer eller flytning af afdelinger eller afsnit, hvor data flyttes med. I benchmarkøjemed fastholdes de *historiske* data, da disse opgøres på samme tidspunkt hvert år.

Region Hovedstaden – Handicap, Region Hovedstadens Apotek og Helsingør Hospital har alle et sygefravær på over 6 %. For de to sidstnævnte er der sket en stigning fra 2009 til 2010 på henholdsvis 0,4 og 0,3 procentpoint. Derimod er det for tredje år i træk lykkedes Region Hovedstaden – Handicap, at nedbringe sygefraværet

fra 7,2 % i 2008 til 6,9 % i 2009 og 6,5 % i 2010.

Sygefraværet for stillingsgrupper viser, at pædagogisk personale m.fl. og service- og teknisk personale har det højeste sygefravær, mens læge- og tandplejepersonale har det laveste sygefravær. De fleste stillingsgrupper har haft et fald i deres sygefravær fra 2009 til 2010. Gruppen med servicepersonale har haft den største reduktion i sygefraværet – fra 7,9 % i 2009 til 7,2 % i 2010.

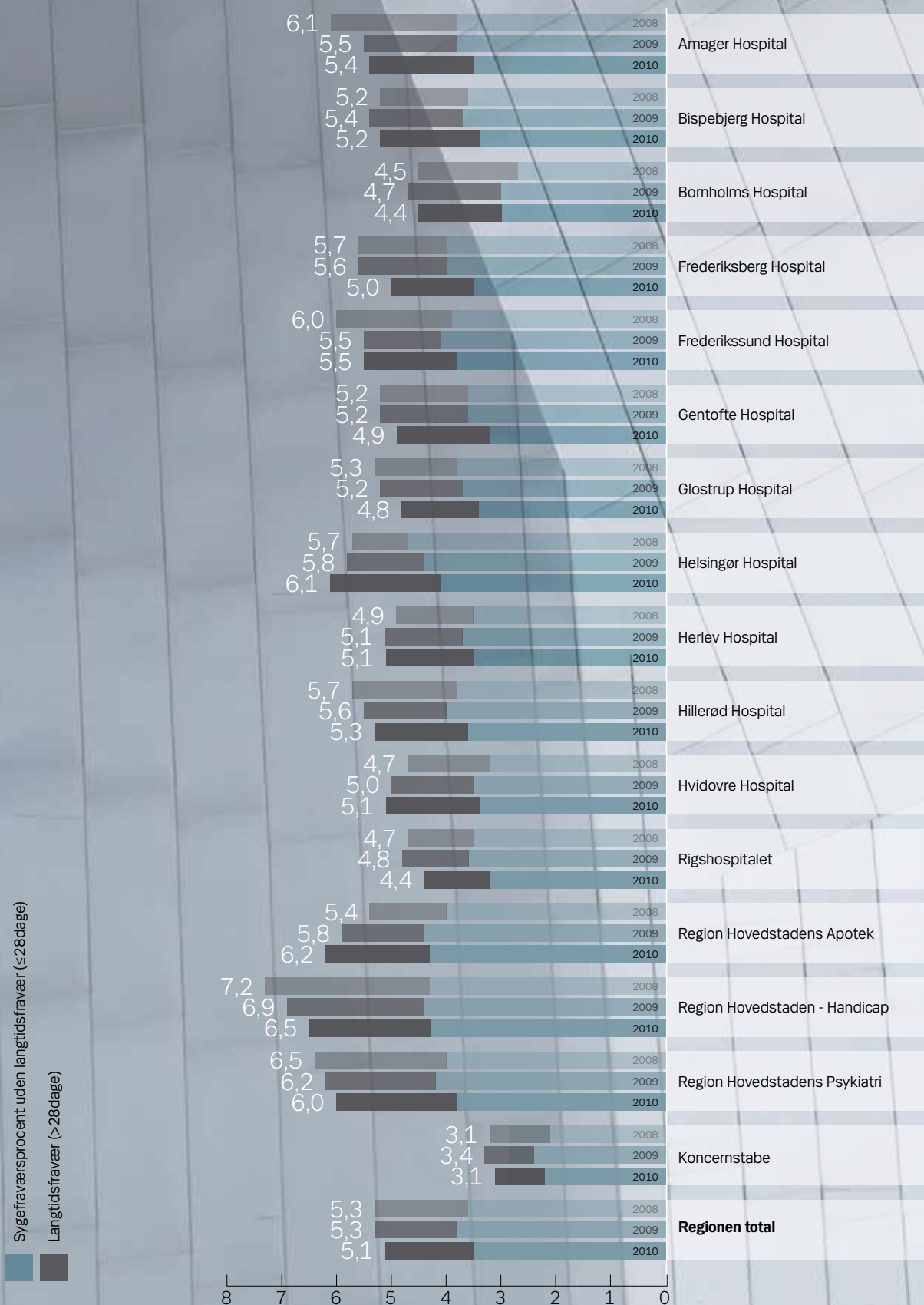
Sygefraværet er ujævnt fordelt på personalegrupperne i regionen. En stor personalegruppe på omkring ¼ af de ansatte, har et ganske lavt fravær på 2 – 3 %, mens en stor personalegruppe ligeledes på omkring godt ¼ af de ansatte, har fravær på omkring 7 – 8 % årligt. Personalegrupper med et lavt fravær vil vanskeligt kunne bidrage til en samlet regional reduktion.

Personalegrupper, som har et arbejde med høje fysiske eller psykiske krav, har oftere en højere forekomst af sygefravær. Dette gælder også for ansatte i regionen, hvor SOSU-personalet med 8,1 % er blandt de stillingsgrupper, der har den højeste forekomst af sygefravær i regionen. Øvrige stillingsgrupper der ligger højt, er service-, portør, og vagtcentralpersonale.

Det er ofte hensigtsmæssigt, at opdele sygefravær i kort- og langtidssygefravær, da få personer med mange sygedage kan skævvride fraværsbilledet på en virksomhed eller afdeling. I tabel 3.2.3. ses der en tendens til, at det korte sygefravær (< 28 dage) er faldet fra 2009 til 2010, mens langtidssygefraværet er steget en anelse.

Figur 3.2.1

Sygefravær i procent på Region Hovedstadens virksomheder 2008, 2009 og 2010



Tabel 3.2.2

Sygefravær i Region Hovedstaden i 2009 og 2010 opdelt på stillingsgrupper

Stillingsgruppe	Sygefraværs-procent		Sygefraværs-procent uden langtids-sygefravær (<28 dage)		Langtids-sygefravær (>28 dage)		Seviceretab	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Læge- og tandlægepersonale (9001)								
Lægepersonale (9011)	2,4	2,4	1,9	1,9	0,5	0,5	121	119
Tandlægepersonale (9012)	0,9	1,5	0,9	0,9	0,0	0,6	0	0
Total	2,4	2,4	1,9	1,8	0,5	0,5	121	120
Plejepersonale (9002)								
Sygeplejerskepersonale (9021)	5,3	5,0	4,0	3,6	1,4	1,4	557	525
Radiografpersonale (9023)	5,0	4,6	3,9	3,5	1,1	1,1	26	25
SOSU-personale (9025)	8,3	8,1	5,4	5,0	2,9	3,1	293	269
Vikarpersonale (9029)	---	---	---	---	---	---	---	---
Total	6,1	5,7	4,3	3,9	1,7	1,8	876	819
Øvrigt sundhedspersonale (9003)								
Fysioterapeutpersonale (9032)	3,9	3,8	3,2	3,1	0,7	0,7	24	22
Ergoterapeutpersonale (9033)	5,0	4,6	4,0	3,6	1,0	1,0	19	16
Jordemoderpersonale (9034)	5,0	5,2	3,2	3,2	1,8	2,0	22	23
Bioanalytikerpersonale (9035)	5,3	5,1	4,1	3,9	1,1	1,2	88	84
Sundhedsfagligt AC-personale (9037)	3,2	2,8	2,4	2,1	0,8	0,7	18	17
Andet sundhedspersonale (9038)	5,2	6,2	4,0	4,0	1,2	2,2	16	20
Total	4,7	4,6	3,6	3,4	1,1	1,2	187	183
Pædagogisk personale m.fl. (9004)								
Pædagogisk personale (9041)	7,2	6,9	4,6	4,4	2,6	2,5	92	84
Total	7,2	6,9	4,6	4,4	2,6	2,5	92	84
Service- og teknisk personale (9005)								
Servicepersonale (9051)	7,9	7,2	4,8	4,1	3,1	3,1	132	115
Rengøringspersonale (9052)	6,8	6,8	3,7	3,3	3,1	3,5	20	21
Portørpersonale (9053)	7,6	7,2	4,6	4,0	2,9	3,2	93	84
Køkkenpersonale (9054)	5,7	5,2	3,6	3,0	2,1	2,2	26	23
Teknisk personale (9055)	5,2	5,3	3,7	3,5	1,5	1,8	34	35
Total	7,1	6,7	4,4	3,8	2,7	2,9	306	277
Administrativt personale (9006)								
Kontor- og IT-personale (9061)	5,1	5,2	3,7	3,6	1,4	1,6	112	111
Administrativt AC-personale (9062)	2,5	2,4	2,0	1,7	0,5	0,7	31	29
Vagtcentralpersonale (9063)	---	7,5	---	6,0	---	1,5	---	2
Lægesekretærpersonale (9064)	5,3	5,7	3,9	3,8	1,4	1,8	126	136
Socialrådgiverpersonale (9065)	4,9	4,5	3,9	3,4	1,0	1,2	11	10
Total	4,7	4,8	3,4	3,3	1,2	1,5	280	287
Regionen total	5,3	5,1	3,8	3,5	1,5	1,6	1.862	1.771

Tabel 3.2.3
Fordelingen af alle sygefraværsperioder pr. virksomhedsområde for 2009 og 2010

Virksomhed	1 dag		2-3 dage		4-14 dage		15-28 dage		>28 dage	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Amager Hospital	10%	9%	22%	19%	31%	29%	6%	8%	31%	36%
Bispebjerg Hospital	10%	11%	20%	20%	30%	27%	7%	7%	32%	35%
Bornholms Hospital	11%	12%	23%	21%	24%	22%	6%	12%	36%	33%
Frederiksberg Hospital	11%	10%	22%	23%	31%	28%	8%	8%	28%	31%
Frederikssund Hospital	10%	11%	21%	22%	32%	28%	11%	8%	26%	31%
Gentofte Hospital	11%	11%	23%	22%	28%	25%	7%	7%	30%	34%
Glostrup Hospital	10%	11%	23%	24%	31%	28%	7%	7%	28%	29%
Helsingør Hospital	15%	12%	24%	24%	29%	21%	8%	10%	24%	33%
Herlev Hospital	12%	12%	24%	22%	30%	27%	7%	7%	28%	32%
Hillerød Hospital	12%	12%	22%	22%	30%	25%	8%	9%	27%	32%
Hvidovre Hospital	12%	12%	24%	22%	28%	25%	7%	7%	29%	33%
Rigshospitalet	14%	14%	25%	26%	29%	27%	6%	7%	26%	27%
Region Hovedstadens Apotek	12%	14%	21%	19%	35%	28%	6%	8%	26%	31%
Region Hovedstaden - Handicap	9%	9%	18%	19%	29%	29%	8%	9%	36%	34%
Region Hovedstadens Psykiatri	10%	10%	21%	21%	30%	25%	7%	7%	32%	36%
Koncernstabe	14%	14%	23%	24%	27%	24%	8%	8%	28%	29%
Regionen total	11%	12%	23%	22%	30%	26%	7%	7%	29%	32%

Ny regional strategi over for fravær

RegionH MED-udvalget har godkendt en flerstrengt strategi for, at nedbringe fraværet i regionen. Strategien ligger i forlængelse af den hidtidige fraværsindsats i regionen. Der indgår otte initiativer i strategien. Nogle initiativer er nye og andre initiativer er allerede sat i værk. Tidshorizonten for strategien forventes at være to år.

Initiativer i den regionale strategi over for fravær

- 1 En målrettet og systematisk indsats over for arbejdspladser og faggrupper med særligt højt fravær,
- 2 Et øget ledelsesmæssigt fokus på fravær og nærvær i lighed med den såkaldte "Frederiksberg-model",
- 3 En fortsættelse af indsatsen "fra fravær til nærvær" under de tværgående indsatsområder på arbejdsmiljøområdet,
- 4 TrivselOP som værktøj til at målrette og systematisere indsatsen i forhold til sygefravær,
- 5 Sygefraværsanalyser i kombination med TrivselOP,
- 6 Anvendelse af fraværspgnose – et nyt HR-redskab til monitorering af udviklingstendenser,
- 7 Uddannelsestiltag: Supplerende arbejdsmiljøuddannelse om TrivselOP mv.,
- 8 Lederuddannelse: Masterclass under Region H's lederudviklingsprogram.

Den målrettede og systematiske indsats over for arbejdspladser og faggrupper med særligt højt fravær, er hovedinitiativet i strategien. Med initiativet sigtes der på, at arbejde organisatorisk med sygefravær på en ny og energifyldt måde.

Indsatsen vil være baseret på frivillighed, og vil tage udgangspunkt i en ny arbejdspladsliste, som Koncern HR har udarbejdet på baggrund af regionens HR-statistik og i et samarbejde med den enkelte virksomheds direktion. På listen figurerer de arbejdspladser i Region Hovedstaden, som har et særligt højt fravær, i forhold til regionens mål samt i forhold til brancheområderne.

Opgørelse af højt fravær på arbejdspladslisten
Alle Region Hovedstadens virksomheder, Koncernstabene undtaget:

Sygefravær for faggrupper i afdelinger med over 25 fuldtidsstillinger og med samlet sygefravær på over 6 % i de seneste 12 måneder.

Koncernstabene:

Sygefravær for faggrupper i afdelinger med over 25 fuldtidsstillinger og med samlet sygefravær på over 4 % i de seneste 12 måneder.

Med arbejdspladslisten som ramme, forventes indsatsen at udspringe af arbejdspladsernes lokale udfordringer og sammenhæng. Fokus kan generelt være på arbejdspladsens indretning og trivsel i bred forstand – og hermed nærværet på arbejdspladsen.

Indsatsen vil være båret af en bottom-up proces, som skal fremme, at de involverede arbejdspladser får ejerskab til den indsats, som skal iværksættes. På den enkelte virksomhed, skal de involverede arbejdspladser sikre en orientering til VirksomhedsMED-udvalget, om de projekter som iværksættes. Indsatsen forankres i Koncern HR.

Fra fravær til nærvær – nedbringelse af sygefraværet

RegionH MED-udvalget har fastlagt tværgående indsatsområder via årsberetningen for 2009 - 2010. "Fra fravær til nærvær" er en af de fælles regionale indsatser, som alle virksomheder er forpligtiget til at arbejde med.

De 15 virksomheder har forskellige indsatser, der direkte fokuserer på at nedbringe fraværet eller fremme nærværet. Der er store forskelle i indsatserne, både i forhold til indhold og organisering. Nogle indsatser omfatter hele virksomheden, mens andre fokuserer på enkelte afdelinger eller grupper.

Et udpluk over virksomhedernes mangfoldighed i indsatser knyttet til øget nærvær:

- Måltrettet indsats om sygefraværssamtaler (Amager Hospital),
- Kursus for alle ledere i bl.a. omsorgssamtaler og den gode samtale (Region Hovedstadens Apotek),
- Fokus på langtidsfriske (Bispebjerg Hospital),
- Deltagelse i projekt "Fra fravær til nærvær" (Bornholms Hospital),
- Ledelsesfokus på fravær (Frederiksberg Hospital),
- Dynamisk nærværspolitik (Frederikssund Hospital),
- Implementering af sygefraværspolitik (Gentofte Hospital),
- Tværfaglige sygefraværsteam (Glostrup Hospital),
- Filmprojekt om voldsforebyggelse (Region Hovedstaden – Handicap),
- Deltagelse i TILPAS – projekt med fokus på SOSU's trivsel (Helsingør Hospital),
- Aktiv brug af sygefraværstatistik (Herlev Hospital),
- Udarbejdelse af sygefraværskatalog (Hillerød Hospital),
- Arbejde med lokale værktøjer for at fremme nærvær og trivsel (Hvidovre Hospital),
- Projekt med fokus på individuel og arbejdspladsrelateret forebyggelse og håndtering af fravær (Region Hovedstadens Psykiatri),
- Fokus på nærvær og langtidsfriske (Rigshospitalet),
- Lokal sygefraværspolitik (Koncernstabene).

Fire virksomheder har i perioden arbejdet systematisk med sygefraværssamtaler, og fem virksomheder er med i projektet "5 i 12 – bedre trivsel og arbejdsmiljø i Region Hovedstaden," som omtales andetsteds i afsnittet.

Fraværsprognose – et nyt HR-redskab

I februar 2011 blev "Fraværsprognosen" lanceret. Prognosen er et netbaseret og handlingsorienteret værktøj, som giver et bedre og mere vidensbaseret grundlag, for hurtig handling overfor sygefravær end de hidtidige statistikker.

Med fraværsprognosen kan man se, om der er nogle generelle tendenser i sygefraværet, som afspejles på tværs af organisationsniveauer eller stillingsgrupper, og om der er ændringer i fraværsmønstret hen over tid på den enkelte virksomhed eller afdeling.

Baggrund

Traditionelt er nøgletal på sygefravær blevet opgjort på årsbasis. Med den nye fraværsprognose med sygefravær opgjort på månedsbasis, er der lagt en statistisk model ind over data, som vurderer om en ændring i sygefravær – positiv som negativ – er et udtryk for den periode man befinder sig i, eller om det er en reel ændring i sygefraværet man kan observere.

Tolkning

En af modellens styrker er, at enhederne sammenlignes med sig selv og deres egen sygefraværshistorie. Dermed kan fraværsmodellen også bruges til at vurdere, om konkrete tiltag, eller ændrede vilkår, har haft effekt på sygefraværet ved at sammenligne med sammenlignelige enheder, hvor dette ikke har været gældende. Fraværsprognosen giver også et bud på sygefraværet de næste 3 måneder, forudsat fraværet følger den trend der er i data.

Kommunikation

Selvom der ligger tung statistik bag modellen, er resultaterne forsøgt formidlet så brugervenligt og handlingsorienteret som muligt, med grønne farvekoder for positive ændringer i sygefraværsmønstret og røde farvekoder for negative ændringer. Alle tabeller kan hentes ned i pdf og Excel versioner – afhængigt af, om behovet er formidling eller yderligere bearbejdning.

Hvem indgår?

For at indgå i tendens- og prognoseanalyserne, skal der være en sygefraværshistorik, der går mere end 37 måneder tilbage. Yderligere skal der have været mere end 20 ansatte i de enkelte måneder. Disse krav er nødvendige for at statistikken er pålidelig. Fraværsprocenter vises for alle enheder, uanset om de opfylder kravene til tendens- og prognoseberegningerne.

Hvor ligger den?

Fraværsprognosen er udviklet i Koncern HR, i samarbejde

med Rambøll Management Consulting, og ligger på REGI under "Personale" og "HR-statistik" og opdateres hver måned med nyeste personaledata.

På REGI findes også yderligere dokumentation vedrørende Fraværsprognosen, samt et faktaark i en printvenlig udgave. Faktaarket ligger også i bilaget til Årsberetning for personale- og arbejdsmiljøområdet 2010/2011.

Nye funktioner på trapperne

Der er en ny version under udarbejdelse, hvor der også vil optræde en samlet 12 måneders prognose, som man kan benchmarke sit aktuelle årsgennemsnit op i mod. Yderligere vil det være muligt at få en graf ud på de sidste 3 års data, hvilket er vældig illustrativt når der skal kommunikeres sygefravær.

3.3. Tværgående indsatser på arbejdsmiljøområdet

Med afsæt i Region Hovedstadens arbejdsmiljøpolitik, har regionens virksomheder siden 2008 arbejdet med tværgående indsatsområder. Formålet er at fremme sunde og attraktive arbejdspladser, som er en væsentlig forudsætning for at nå regionens mål.

For perioden 2010 - 2011 har RegionH MED-udvalget godkendt tre tværgående indsatsområder:

- ❶ Trivsel og arbejdsglæde,
- ❷ Systematisk arbejdsmiljøarbejde,
- ❸ Arbejdsmiljø i byggeri.

Indsatsområderne "Trivsel og arbejdsglæde" og "Systematisk arbejdsmiljøarbejde" er i samarbejde med regionsforum for arbejdsmiljø (virksomhedernes arbejdsmiljøchefer-/og koordinatore) blevet omsat i tre fælles indsatser. Disse indsatser tager udgangspunkt i nogle af de aktiviteter, som regionens virksomheder er forpligtigede til at arbejde med via overenskomsten fra 2008, samt regionsrådets budgetaftale for 2011. Indsatserne er:

- ❶ Udarbejdelse og implementering af de regionale retningslinjer for arbejdsbetinget stress, vold, mobning og chikane samt sundhedsfremme,
- ❷ Fra fravær til nærvær,
- ❸ TrivselOP.

Regionens virksomheder er forpligtigede til at arbejde med disse indsatser, indtil der er valgt nye indsatsområder i regi af TrivselOP i 4. kvartal 2011.

Virksomhedernes udmøntning af de tre indsatser bliver beskrevet nærmere i dette kapitels delafsnit.

Arbejdsmiljø i byggeri

Nybyggeri og renovering er sat på regionens dagsorden, som følge af Hospitals- og Psykiatriplan 2007. Derfor er indsatsområdet "Arbejdsmiljø i byggeri" igangsat. Det sætter fokus på arbejdsmiljøets inddragelse i de igangværende og kommende byggeprojekter, gerne så tidligt i byggeprocessen som muligt. Formålet er, at få skabt gode arbejdspladser, der understøtter et effektivt arbejde med minimal nedslidning, god trivsel og et minimum af arbejdsulykker. Indsatsområdet er centralt forankret i Koncern HR.

I det seneste år er der udviklet og afholdt testkurser om brugerinddragelse for kommende brugere af nye eller renoverede bygninger, samt for fagprofessionelle inden for hygiejne, patientsikkerhed, medicoteknik, drift, byggeri og arbejdsmiljø.

Der er også gennemført en kortlægning af virksomhedernes arbejde med brugerinddragelse og arbejdsmiljø i byggeri, samt en afdækning af virksomhedernes ønsker til fremtidige indsatser. Kortlægningen viser, at der er så mange aktører involveret i byggeri, at indsatser fremadrettet, med fordel, skal tænkes i en bredere organisatorisk ramme end den nuværende.

Retningslinjer for arbejdsbetinget stress, vold, mobning og chikane samt sundhedsfremme

"Aftale om trivsel og sundhed" i overenskomsten fra 2008, forpligtede regionens øverste MED udvalg, RegionH MED-udvalget, til at udarbejde retningslinjer for:

- Arbejdsbetinget stress,
- Vold, mobning og chikane,
- Sundhedsfremme.

I juni 2010 vedtog RegionH MED-udvalget de overordnede regionale retningslinjer. Retningslinjerne udgør en fælles regional ramme for de konkrete retningslinjer og indsatser, som skal udfyldes af de lokale MED-udvalg samt udmøntes og forankres lokalt på den enkelte virksomhed.

I januar 2011 fulgte RegionH MED-udvalget op på, om virksomhederne var startet på at udarbejde de lokale retningslinjer.

Status på retningslinjerne

Status er, at alle virksomheder har eller er i gang med at implementere retningslinjerne. Alle virksomheder har sat fokus på arbejdet med at forebygge mobning og stress – det kan være gennem selvstændige retningslinjer, vejledninger eller som en integreret del af arbejdsmiljøpolitikken.

En enkelt virksomhed har ikke udarbejdet materiale til forebyggelse af vold, idet arbejdet hverken indebærer kontakt med patienter eller pårørende.

Otte virksomheder har ikke udarbejdet en selvstændig retningslinje for sundhedsfremme, men flere af disse har nedsat udvalg, der kigger på området eller har iværksat specifikke sundhedstiltag, uden at disse dog er forankret i en decideret retningslinje eller politik. På en række af virksomhederne er virksomhedens vejledning eller retningslinjer suppleret med tilbud om kurser og uddannelse, ligesom der flere steder er udarbejdet lokale instrukser for den enkelte afdeling.

Det generelle indtryk er, at hovedparten af virksomhederne er i gang, og de resterende planlægger konkrete initiativer i løbet af 2011. Resultaterne af TrivselOP viser, at der på mange virksomheder er udfordringer i forhold til stress, vold og mobning, og en indsats på disse områder hænger således fint i tråd med det arbejde, der er igangsat på foranledning af arbejdet med retningslinjerne.

Der har i samtlige VirksomhedsMED-udvalg og mange lokale MED-udvalg været arbejdet med den lokale implementering af de regionale retningslinjer i form af politikker, værktøjskasser og lokale vejledninger. Herigennem må det konstateres, at de overordnede retningslinjer har haft en effekt, idet de har været med til at temasætte områderne, og sat gang i lokale processer i arbejdet med at forebygge stress, vold og mobning og sat fokus på sundhedsfremme, på flere niveauer i regionen.

Puljemidler til personale- og arbejdsmiljøområdet

Regionens politikere har via budgettet, afsat en pulje til personale- og arbejdsmiljøområdet. I 2010 var der i alt 14,9 mio. kr. i puljen.

- I alt 6,4 mio. kr. til personaleområdet,
- I alt 8,5 mio. kr. til arbejdsmiljøområdet.

Anvendelsen af midlerne inden for begge hovedområder, er delvis bundet af en række beslutninger og aktiviteter iværksat i forlængelse af politikker og programmer tiltrådt af forretningsudvalget, koncernledelsen og/eller RegionH MED-udvalget i de tidligere år. Det gælder eksempelvis implementering af nye uddannelser og opgaveforskydning, TrivselOP, Tryghedsordningen, kemikaliesamarbejde, A-skade og lovpligtige arbejdsmiljøbidrag mv.

Som følge af tidsmæssige forskydninger af aktiviteter, blev der overført puljemidler fra 2010 til 2011. De overførte midler støtter primært aktiviteterne i forhold til TrivselOP og sygefravær.

I 2011 er der i alt 18,6 mio. kr. til personale- og arbejdsmiljøområdet:

- I alt 12,45 mio. kr. til områderne arbejdsmiljø,

sygefravær samt opfølgning på TrivselOP,

- I alt 6,15 mio. kr. til personalepolitiske aktiviteter.
- Der anvendes 4,825 mio. kr. til forskellige koncernaktiviteter og udgifter,
- Der fordeles 13,775 mio. kr. til virksomhederne til arbejdet med:
 - Regionale retningslinjer for arbejdsbetinget stress, vold, mobning og chikane samt sundhedsfremme,
 - Fra fravær til nærvær,
 - TrivselOP.

Overenskomst 2011

Overenskomstforliget for den næste to-årige periode, indeholder ikke, i samme omfang som sin forgænger (OK 08), omfattende forpligtelser om aktiviteter på personale- og arbejdsmiljøområdet. Det betyder, at der i de næste år kan arbejdes videre med de aktiviteter, der er beskrevet i dette kapitel. Det vil sige opfølgning på TrivselOP, retningslinjerne for vold, mobning og chikane, nedbringelse af sygefraværet og alle de aktiviteter, der i øvrigt er på området.

En markant ændring i OK 11 er, at MED-udvalgene får færre centralt aftalte forpligtelser og større lokalt råderum.

Muligheder i stedet for begrænsninger

Medarbejdernes arbejdsmiljø er en ledelsesopgave, som kun vanskeligt kan betragtes isoleret. Dét er konklusionen på afsnit H1 på Frederiksberg Hospital, hvor man griber alle chancer for at gøre arbejdet til en lille hverdagsfest for både personale og patienter.

På Frederiksberg Hospitals apopleksiafsnit, er arbejdet for yderligere at fremme et velfungerende arbejdsmiljø, en fuldkommen naturlig integreret del af den daglige drift og ledelse. I en sådan grad, at det er vanskeligt for afdelingssygeplejerske Hanne Keller at konkretisere, hvordan man i ledelsen angriber arbejdsmiljøområdet:

"Jeg synes, det er svært at skille arbejdsmiljøtiltag ud fra den almindelige, daglige ledelse. De to ting hænger tæt og uløseligt sammen; vil man være en god og nærværende leder i praksis, så bliver man nødt til at tænke arbejdsmiljøet ind i stort set alle aspekter i hverdagen".

Diademmet med på arbejde

Det gode arbejdsmiljø starter i høj grad oppe i hovedet på medarbejderne, forklarer Hanne Keller: De skal have lyst til at gå på arbejde og tage ansvar – både for patienterne, for dem selv og deres kolleger.

"Vi skal tage vare på, og omsorg for hinanden. Derfor er det også en helt naturlig del af mit ledelsesansvar, at spørge til medarbejdernes ve og vel. Det er helt i orden at melde tilbage, at børnene fx har været vågne hele natten, og overskuddet denne dag derfor måske ikke er det største. Så tilrettelægger vi dagens opgaver ud fra det", siger Hanne Keller.

På apopleksiafsnittet gør både hun og medarbejderne meget ud af, at skabe små oaser i hverdagen, hvor arbejdet bliver en lille fest i sig selv. Ved den seneste barkedåb i kongehuset startede man eksempelvis dagen før med at bage kage med nogle af patienterne, og på selve

dåbsdagen var der dækket op med kongebålsduge, personalet gik med diademer – og dagen blev til en hyggelig fest mellem personale og patienter.

"Det er klart, at vi har nogle flere muligheder for den slags, fordi vores patienter er indlagt i et længere genoptræningsforløb. Men overordnet handler det om at prioritere de her små afbræk i hverdagen højt – særligt i nedskæringsstider. Så må man løbe lidt hurtigere de andre dage – og det gør medarbejderne gerne, fordi det bliver sjovere at gå på arbejde. Set fra et ledelsesmæssigt synspunkt, handler det om at se muligheder i stedet for begrænsninger", understreger Hanne Keller.

De fysiske rammer er en forudsætning

Det gode psykiske arbejdsmiljø kan altså give en mere effektiv hverdag – og på den måde giver det også god mening som et ledelsesmæssigt værktøj. Men det er en forudsætning, at de fysiske rammer er på plads.

Hanne Keller påpeger, at den generelle "støj" fx i form af uorden og rod på gangene skal ryddes af vejen. På et apopleksiafsnit, hvor patienterne typisk har to – tre hjælpemidler pr. person, kan der meget hurtigt blive trangt med plads.

"Det er vigtigt, at vi på daglig basis minder hinanden om, hvor ting, der står og flyder, hører til. Forholdene skal være forsvarlige for både patienter og personale. Igen hænger ledelsesaspektet uløseligt sammen med arbejdsmiljøet, for det handler både om at arbejde effektivt og om at sikkerheden skal være i orden. Hvis du først skal flytte tre ting, for at kunne komme til ude i skyllerummet, så arbejder du ikke effektivt – og samtidig kan medarbejderne komme til skade, fordi forholdene er risikable", slutter Hanne Keller.



Vil man være en god og nærværende leder i praksis, så bliver man nødt til at tænke arbejdsmiljøet ind i stort set alle aspekter i hverdagen.

*Hanne Keller, afdelingssygeplejerske,
Apopleksiafsnit H1, Frederiksberg Hospital*





4. Uddannelse, opgaveforskydning, kompetence- og lederudvikling

Sundhedsvæsenet er under omstilling, og det stiller nye krav til medarbejdernes kompetencer og uddannelsesniveau. Tendensen går imod mere specialisering, og patientforløbene bliver mere komplekse.

Samfundsudviklingen indebærer, at medarbejderne i stigende grad skal løse opgaverne på en anden måde - eller løse helt andre opgaver - end tidligere. Innovation og fokus på kernekompetencerne, får derved en mere fremtrædende plads i den daglige ledelse og arbejdstilrettelæggelse.

Efterspørgslen efter sundhedsydelser forventes ikke at blive mindre. Forventningerne til sundhedsydelserne vokser bl.a., fordi de medicinske og tekniske muligheder hele tiden forbedres. Meget peger på, at der i fremtiden vil være et betydeligt efterspørgselspres på sundhedsvæsenet. Det er der flere årsager til:

- De store efterkrigsårgange er i disse år på vej på pension, og befolkningens alderssammensætning ændrer sig. Der vil således være flere ældre, der vil efterspørge sundhedsydelser end yngre,
- Selv om sundhedstilstanden blandt de ældre bliver bedre, vil de ældre trække på sundhedsydelserne i længere tid end tidligere,
- Aktivitetsniveauet i sundhedsvæsenet forventes som nævnt at stige pga. flere ældre i samfundet, men udviklingen går i retning af flere og kortere behandlingsforløb.

Flere taler om der er en risiko for mangel på arbejdskraft om nogle år. Beskæftigelsesregion Hovedstaden og Sjælland forventer først en mangelsituation fra 2015 og frem afhængig af nedgangen i ledigheden. Samtidig skønnes det, at der vil være mange ledige, der fremover ikke har de rette kompetencer.

I beretningsperioden er der udarbejdet en intern uddannelsespolitik. Arbejdet med nye uddannelser og opgaveforskydning, som blev igangsat i 2009, kører videre i en implementeringsfase. De såkaldte "Trepartsmidler til kompetenceudvikling" er udmøntet, og en række MED- og arbejdsmiljørepræsentanter har i beretningsperioden fulgt regionens MED- og arbejdsmiljøud-

dannelse. Der gøres sidst i kapitlet status på regionens lederudviklingsprogram.

4.1. Intern uddannelsespolitik

Regionen har sat fokus på uddannelse med udarbejdelsen af en intern uddannelsespolitik for regionens virksomheder.

Sigtet med den interne uddannelsespolitik er at skabe en ramme for regionens uddannelsesindsats. Den er et redskab i arbejdet med uddannelse både lokalt og på tværs af virksomheder. En ramme, der kan bruges som afsæt for dialog med eksterne samarbejdspartnere om løsninger på uddannelsespolitiske udfordringer.

Ambitionerne er at skabe de bedste forudsætninger for højt specialiseret og sikker behandling, der sætter patienten i centrum.

Regionens politikere har fokus på, at finde løsninger på regionens og de nationale uddannelsespolitiske udfordringer. Hovedstadsområdet skal, som stor arbejdsgiver, bidrage til at indfri det nationale mål om, at 95 % af en ungdomsårgang får en ungdomsuddannelse og det regionale mål om, at 60 % får en videregående uddannelse.

Politik, strategi og handleplan

Hvert år uddanner hospitalerne og psykiatrivirksomheden flere tusind elever, studerende og læger, der er i klinisk ophold. Dertil kommer de mange medarbejdere, der er i gang med et kompetenceudviklingsforløb af kortere eller længere varighed.

Uddannelsespolitikken skaber en ramme dels for uddannelsesaktiviteter, der foregår i regi af det formaliserede uddannelsessystem (grunduddannelser og videreuddannelser), dels efteruddannelsesaktiviteter og kompetenceudviklingsforløb (korte kurser og den læring, der sker på arbejdspladsen).

Den interne uddannelsespolitik styrker muligheden for, at skabe et fælles kompetenceløft på tværs af organisationen, og den skaber gennemsigtighed i organisationen samt mulighed for harmonisering af uddannelsesindsatsen.

I sommeren 2011, vedtager regionsrådet vision og mål for den interne uddannelsespolitik, og i foråret 2012 følger strategi og handleplan. I arbejde med at lægge retningen for uddannelsesarbejdet og redskaber til konkrete tiltag inddrages et bredt udsnit af interessenter.

Målgruppe

Den interne uddannelsespolitik retter sig dels indad i forhold til uddannelsesindsatsen i regionen, dels udad, i forhold til at bidrage til at løfte uddannelsespolitiske udfordringer i regionen.

Med den interne uddannelsespolitik, får virksomhedsledelserne og de ansvarlige for uddannelse, et redskab til at arbejde og prioritere lokalt ud fra en fælles regional ramme.

Den interne uddannelsespolitik understøtter, at elever, studerende og læger i klinisk ophold og personale i kompetenceudviklingsforløb får en uddannelse.

Den interne uddannelsespolitik synliggør regionens uddannelsesopgave og regionens egne forventninger til, hvordan opgaven løses. Politikken skaber en ramme for dialog med regionens samarbejdspartnere, det vil sige det regionale erhvervsliv, uddannelsesinstitutioner, faglige organisationer mv., om regionens rolle som uddannelsessted.

4.2. Nye uddannelser og opgaveforskydning

Siden "Handlingsplan for Rekruttering og Personaleudvikling" for alvor satte opgaveforskydning på dagsordenen, ud fra en vanskelig rekrutteringssituation i 2008-2009, har der været et særligt ledelsesfokus på tværgående projekter og initiativer, som løbende vurderes og evalueres i samarbejde med faglige eksperter, ledelser og de faglige organisationer.

Arbejdet er forankret i den tværgående styregruppe for implementering af nye uddannelser og opgaveforskydning. Væsentligste fokus er, at organisationen selv i krisetider, får indsamlet data og viden samt får skabt mulighed for fortsat udvikling, implementering og vidensspredning simpelthen for at støtte en forandringskultur der er kommet for at blive, og som skal sikre at vi kan imødekomme fremtidens krav.

Indsatsen er en del af det fokus, som i den kommende tid bliver styrket af uddannelsespolitiske erklæringer om ikke kun at udvikle de kompetencer vi har i dag – men også altid overveje nye muligheder, for også at få et bredere rekrutteringsgrundlag og nye faggrupper ind, der hvor det giver kvalitet for patienterne og gerne også lavere omkostninger.

Kulturbygning i en opbrudstid

Herlev Hospitals Afdeling O gennemgår en større intern rokade – samtidig med, at de tester en ny model for arbejdsdeling mellem plejepersonalet. Og det er en rigtig god løsning, fordi de to projekter understøtter hinanden.

Set udefra, ligner det mest af alt en lidt uheldig timing: Medicinsk Afdeling O på Herlev Hospital, starter et stort projekt omkring faglig begrundet arbejdsdeling mellem sygeplejersker og assistenter, på nøjagtig samme tid som de gennemfører en tilsvarende stor intern rokade i afdelingen.

Men nej, lyder svaret fra ledende oversygeplejerske Flemming Olsen: *"Projektet omkring Faglig begrundet arbejdsdeling er i høj grad også et kulturprojekt, som kan være med til at bygge bro og cementere nogle gode arbejdsgange og samarbejdsformer. Der er ingen tvivl om, at projektet i virkeligheden understøtter den sammenlægning af kulturer, der skal finde sted, før man kan kalde vores afsnitsrokade for en succes".*

Refleksionsrum bygger bro

I korte træk handler projektet om en bedre arbejdsdeling og om at skabe klare retningslinjer for, hvem der har ansvaret for patienten på et givet tidspunkt i behandlingsforløbet. Det er sat i værk i et samarbejde mellem Koncern HR samt de faglige organisationer DSR og FOA, og er knyttet op på en regional styregruppe. Målet med projektet er, at sikre endnu bedre patientforløb, effektiv ressourceudnyttelse – og højne arbejdsglæde og den faglige stolthed hos personalet.

"Et af de centrale elementer i projektet er mono- og tværfaglige refleksionsrum, hvor sygeplejerskerne sætter sig sammen med deres nærmeste leder og projektlederen, for at diskutere erfaringer omkring arbejds-



De, der er involveret i projektet "Faglig begrundet arbejdsdeling", har hurtigere fundet nye ben at gå på.
Flemming Olsen, ledende oversygeplejerske, Medicinsk Afdeling O, Herlev Hospital

deling og det generelle samarbejde osv. Assisterne gør det samme – og indimellem afholdes der også refleksionsmøder på tværs af faggrupperne", forklarer Flemming Olsen og fortsætter:

"Heri ligger der en brobygning, og man får opbygget en fælles tilgang til, hvordan der skal arbejdes i afdelingen. Og det har helt sikkert en understøttende effekt, i forhold til at få udviklet en ny fælles identitet i det opbrud der skabes, når man flytter rundt på medarbejderne".

Understøtter ny kulturdannelse

Effekten kommer bl.a. til udtryk i, at afdelingen, som er spredt på flere etager på Herlev Hospital, hurtigt har fundet sig til rette i sin nye form på den etage, der er involveret i projektet "Faglig begrundet arbejdsdeling".
"Der er en forskel mellem etagerne, og jeg er ikke i tvivl om, at projektet er med til at understøtte den nye kulturdannelse. De, der er involveret i projektet, har været hurtigere til at finde nye ben at gå på", siger Flemming Olsen.

På Herlev Hospitals Afdeling O, afprøver man projektet i resten af 2011, hvorefter det, efter planen, skulle være integreret som en del af den almindelige drift i afdelingen. Det skal desuden udmønte sig i et koncept, der relativt enkelt kan anvendes af andre afdelinger i regionen.

Medicinsk Afdeling O består af i alt 320 årsværk. Afdelingen rummer i alt fire lægelige specialer; lungemedicin og infektionsmedicin er samlet på én etage, geriatri og endokrinologi er samlet på en anden – og på en tredje etage et medicinsk korttidsafsnit, som også er en del af afdelingen. Det er etagen med geriatri og endokrinologi med i alt cirka 40 årsværk i plejen, der er involveret i projektet omkring fagligt begrundet arbejdsdeling. Projektet er forankret i den tværgående styregruppe for implementering af nye uddannelser og opgaveforskydning.



"Sundheds- servicesekretærene passer perfekt til os"

Helle Madsen (forrest) er den ene af to nyansatte sundhedsservicesekretærer på Hvidovre Hospitals børneafdeling. De to sekretærer har, ifølge ledende oversygeplejerske Stine Fjølstervang (i midten), og afdelingssygeplejerske Kirsten Langhans (bagest), skabt mere ro og overblik på afdelingen.

To sundhedsservicesekretærer i aftenvagt, har skabt ro og bedre overblik på Hvidovre Hospitals børneafdeling. Det gavner både patienter og personale, siger ledende oversygeplejerske der dog undrer sig over dele af den nye uddannelses indhold.

I gamle dage – det vil sige før 1. april 2011 – kunne arbejdsdagen være noget af en prøvelse for en visiterende sygeplejerske på Hvidovre Hospitals børneafdeling. "Der kunne stå fem familier og vente på hende samtidig med, at lægen bad om bestilling af blodprøver og røntgen osv. Det var et meget hektisk arbejdsmiljø", siger ledende oversygeplejerske, Stine Fjølstervang.

Men det var dengang. I dag har to sundhedsservicesekretærer overtaget en del af den visiterende sygeplejerskes opgaver i aften timerne. Når forældre og børn ankommer i børnemodtagelsen, er det sundhedsservicesekretær Helle Madsen, eller hendes kollega der tager imod dem, og skriver dem ind i systemet. På samme måde tager de hånd om en række andre administrative opgaver ved skærmen - heriblandt bestilling af blodprøver og røntgen - så den visiterende sygeplejerske kan koncentrere sig om patienterne.

Ro og bedre overblik

"De passer perfekt til en afdeling som vores, hvor der er flere og flere administrative opgaver der skal løses, og hvor læger og plejepersonale selv skriver deres notater ind i den elektroniske patientjournal", forklarer Stine Fjølstervang. Hun peger på ro og bedre overblik som to af de største gevinster.

"Deres tilstedeværelse betyder blandt andet, at der er frigjort mere tid til at informere patienterne - og til at vi kan sikre os, at patienterne har forstået informationen. I

sidste ende tror jeg også, det betyder noget for patienten og de pårørendes tryghed og tilfredshed", lyder det.

Mindre stress - og større sikkerhed

Afdelingssygeplejerske Kirsten Langhans er enig:

"Jeg synes, det er en kæmpe gevinst. Det hele er kommet lidt ned i tempo, hvilket gør, at vi kan levere en bedre kvalitet overfor patienterne. Jeg kan heller ikke forestille mig andet, end at det på sigt må resultere i færre fejl og en større patientsikkerhed".

Hun tilføjer, at den nye arbejdsdeling også har givet mere tilfredse medarbejdere. Både fordi arbejdsdagen er mindre stressende, men også fordi det giver sygeplejerskerne lov til at fokusere på det, de er bedst til; patientkontakten.

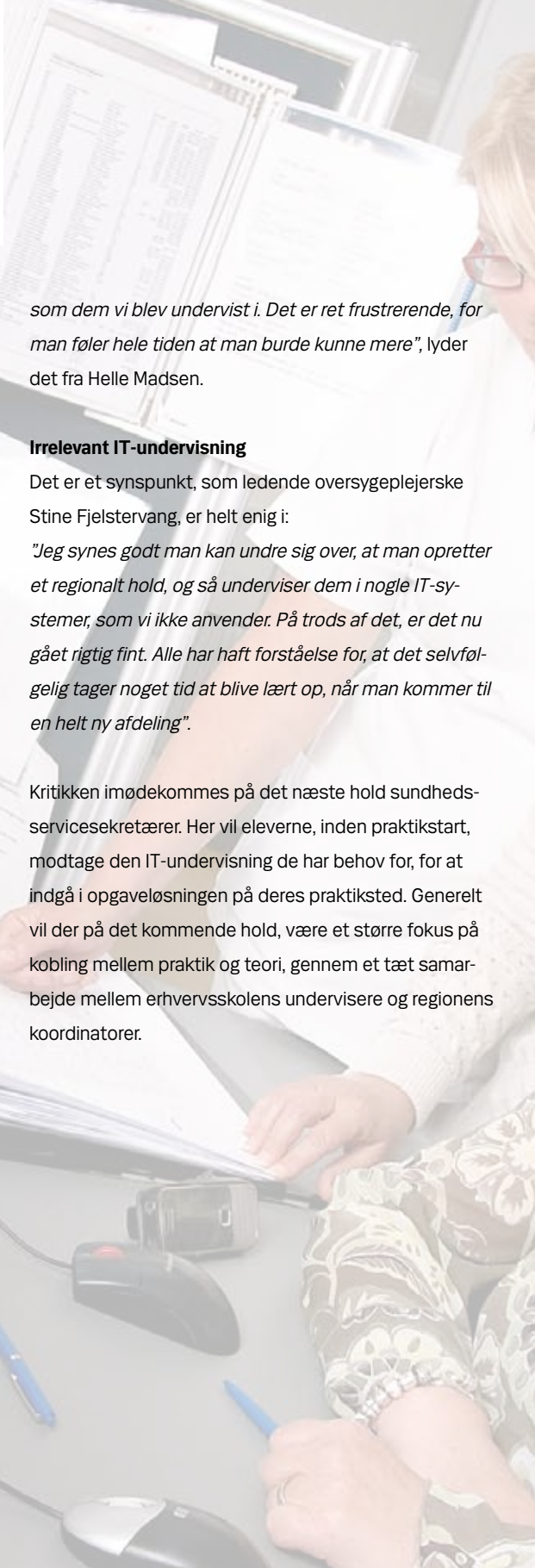
Godt tilfreds – og lidt frustreret

Bag glaslugen, og midt i orkanens øje, sidder sundhedsservicesekretær Helle Madsen. Selvom der er mange bolde i luften i hendes nye job, har hun ikke fortrudt sit valg. Dog håber hun på, at jobbet med tiden kommer til at indebære mere patientkontakt, end det gør i dag.

"Jeg føler mig rigtig godt tilpas her på afdelingen. Der er aldrig to dage der er ens, og alle er altid villige til at hjælpe og svare på spørgsmål", fortæller hun.

Og netop det med kollegernes hjælpsomhed - det har der været behov for. Ligesom det 14 dages introduktionsforløb var helt uundværligt.

"Jeg må sige, at jeg blev noget overrasket, da jeg startede. Kollegerne tror generelt, at vi kan mere, end vi rent faktisk kan. Jeg tror, jeg havde været bedre rustet, hvis man fra skolens side havde fokuseret bredere. Eksempelvis bruger man slet ikke de samme IT-systemer her,



som dem vi blev undervist i. Det er ret frustrerende, for man føler hele tiden at man burde kunne mere”, lyder det fra Helle Madsen.

Irrelevant IT-undervisning

Det er et synspunkt, som ledende oversygeplejerske Stine Fjølstervang, er helt enig i:

”Jeg synes godt man kan undre sig over, at man opretter et regionalt hold, og så underviser dem i nogle IT-systemer, som vi ikke anvender. På trods af det, er det nu gået rigtig fint. Alle har haft forståelse for, at det selvfølgelig tager noget tid at blive lært op, når man kommer til en helt ny afdeling”.

Kritikken imødekommes på det næste hold sundhedsservicesekretærer. Her vil eleverne, inden praktikstart, modtage den IT-undervisning de har behov for, for at indgå i opgaveløsningen på deres praktiksted. Generelt vil der på det kommende hold, være et større fokus på kobling mellem praktik og teori, gennem et tæt samarbejde mellem erhvervsskolens undervisere og regionens koordinatore.



Radiolog og ledende overlæge:

"Beskrivende radiografer reducerer ventetiden"

Kortere ventetid for patienterne, er en af de fordele der er forbundet med at have beskrivende radiografer i medarbejderstaben. Det siger radiolog og ledende overlæge på Bispebjerg Hospital, Vagn Hennild. Anita Holm, der er en af hospitalets to beskrivende radiografer forklarer, at kollegerne i dag bruger hende som sparringspartner, hvilket har været med til at løfte billedkvaliteten.



Højere kvalitet, kortere ventetid og sikring af fremtidig arbejdskraft. Det er blot nogle af de fordele, der er forbundet med at have beskrivende radiografer i medarbejderstaben, siger radiolog og ledende overlæge på Bispebjerg Hospital, Vagn Hennild.

Det handlede først og fremmest om at sikre kvaliteten og den fremtidige arbejdskraft, da Bispebjerg Hospital lod et par af sine radiografer uddanne sig til beskrivende radiografer. Rationalet var, at de beskrivende radiografer med tiden vil opnå en større rutine i billedbeskrivelse end de yngre læger – eftersom disse kun beskæftiger sig med området i en kortere periode.

Dertil kom, at en radiograf med indsigt i billedbeskrivelse, også kunne forventes at tage bedre billeder. Og endelig ville flere medarbejdere, med ekspertise udi billedbeskrivelse, kunne servicere Skadestuen og dens patienter på et langt højere niveau – og langt hurtigere. Det ville kort sagt være et solidt bidrag til målsætningen om det sammenhængende patientforløb.

Jo klogere jo bedre

Når radiolog og ledende overlæge på Bispebjerg Hospital, Vagn Hennild, ser tilbage, er han ikke i tvivl om, at man dengang traf den rigtige beslutning.

"Min holdning har hele tiden været, at jo klogere en afdeling er, jo bedre kan den servicere patienterne. Med

de erfaringer vi har gjort os indtil videre, synes jeg, vi har fået bekræftet tesen".

En hjælp til Skadestuen

Anita Holm er en af de to beskrivende radiografer på Bispebjerg Hospital. De to fik deres uddannelser i hus for godt et halvt år siden, men det var først fra 1. april 2011, at de for alvor gjorde en forskel.

Før den dato var det nemlig kun de yngre læger, der stod for den umiddelbare billedbeskrivelse på Bispebjerg Hospital. Og når de overgik til andre funktioner klokken 14.30, ja så måtte de læger, der bemandede skadestuen, selv kikke på røntgenbillederne og vurdere, hvad der skulle gøres.

Reducerer risikoen for fejl

I dag er det anderledes. Når de yngre læger overgår til andre funktioner, tager Anita Holm eller hendes kollega over. Resultatet er, at billederne nu bliver beskrevet umiddelbart efter de er taget - i alle ugens hverdage fra 07.30 - 22.00.

"Der er flere fordele i det", siger Vagn Hennild. "Dels er det med til at reducere ventetiden i Skadestuen, og dels er det en stor hjælp til skadestuelægen, der ofte arbejder i et meget stressende miljø. Nu behøver han bare at læse den skadeseddel, Anita har leveret til ham. I sidste ende er det også med til at reducere risikoen for, at patienter skal genindkaldes, fordi vi på den efterfølgende konference opdager, at lægen har overset noget".

Sparer på lægernes ressourcer

Anita Holm er enig.

"I visse tilfælde kan jeg og behandlersygeplejersken fra Skadestuen selv tage hånd om patienten, uden vi behøver at involvere lægen. Hvis jeg ud fra røntgenbilledet kan se, at der ikke er noget galt, så er der ingen grund til, at lægen skal bruge ressourcer på det. Det afkorter også ventetiden for patienten", forklarer hun og tilføjer:

Bedre billeder

"Det, at vi nu er to radiografer, der kan beskrive, har også løftet den faglige kvalitet hos de øvrige radiografer. De bruger os som sparringspartnere, og vi har blandt andet

instrueret dem i at tage skråbilleder, når patienten har ansamlinger i albuen. Det er en af de store gevinster, at vi nu ved lidt mere om, hvilken type billede der er behov for, for at kunne lave en god beskrivelse".

Dobbeltgranskning

På falderebet har Vagn Hennild en sidste pointe, han godt vil have med: Tidligere var det ikke muligt at dobbeltgranske de røntgenbilleder, der blev taget på Frederiksberg Hospital. Det er der nu lavet om på, efter at tre af hospitalets radiografer har været en tur på skolebænken.

"Efter at skadestuerne på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er lagt sammen, er det naturligvis noget, jeg er rigtig glad for. Jo flere øjne der kikker på billederne, jo bedre bliver kvaliteten".



Konkret har indsatsen været at bane vejen for:

- Operationsteknikere, der er ved at blive uddannet, og som er klar til ansættelse primo 2012,
- Sundhedsservicesekretærer, der har gennemgået en uddannelse målrettet hospitaler og psykiatri,
- Rekruttering til efteruddannelsen som beskrivende radiografer,
- Ansættelse af farmakonomer på relevante kliniske afdelinger.

Styregruppen for implementering af nye uddannelser og opgaveforskydning har, generelt skulle følge op på udviklingsprojekter og andre strategiske også nationale indsatser. Dialogen med vicedirektørkredsen og andre fora, har især handlet om at sikre at de færdiguddannede får opgaver, der modsvarer de nye kompetencer, som fx. at:

- SOSU'er, der har gennemført praktikvejlederuddannelsen, også tilbydes vejledningsopgaven
- Uddannede beskrivende radiografer også beskriver billeder,
- Operationssygeplejersker får opgaver, der svarer til de nye kompetencer de opnår på de forskellige moduler, der er udviklet og målrettet nye behov.

Derudover har styregruppen lanceret det store regionale kompetenceudviklingsprogram for nyuddannede sygeplejersker. Introduktionsprogrammet "Godt på vej" er gået i luften i begyndelsen af 2011, og bliver også tilbudt sygeplejersker ansat i løntilskud.

Overordnet er styregruppens opgave at følge implementeringen, og understøtte videnspredning på området samt sikre at den viden, der er opbygget, bliver brugt, og kan komme organisationen til gavn både nu og i en ukendt fremtid.

4.3. Trepartsmidler, MED-uddannelsen og arbejdsmiljøuddannelsen

I 2008 etablerede regionen sin egen MED-uddannelse og arbejdsmiljøuddannelse. Samme år blev udmøntningen af Trepartsmidler til kompetenceudvikling aftalt i overenskomsten for perioden 2008-2011.

Trepartsmidler til kompetenceudvikling

Tilbage i 2008 blev der, i forbindelse med overenskomstforhandlingerne, afsat 39,3 millioner til kompetenceudvikling af regionens medarbejdere inden for AC, FTF og LO-området. De såkaldte Trepartsmidler skulle være et supplement til den kompetenceudvikling, som i øvrigt finder sted i regionerne.

Repræsentanter fra hovedorganisationerne (LO, FTF og AC) udarbejdede i samarbejde med et sekretariat i

Koncern HR en model for, hvorledes midlerne skulle anvendes i Region Hovedstaden. Det resulterede i, at der var mulighed for at søge midler til individuel uddannelse, på vegne af en gruppe eller til tværgående aktiviteter – eksempelvis, så en gruppe af sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter kunne komme på kursus sammen.

Der var mulighed for, at søge midler til korte og længerevarende uddannelser på forskellige niveauer. Kravet var, at uddannelsesønsket skulle tage udgangspunkt i arbejdspladsens mål og arbejdsopgaver, og ligge inden for de vejledende kriterier, udarbejdet af hovedorganisationerne AC, FTF og LO.

Særlig pulje til det akutte, medicinske og psykiatriske område

Minimum 10 % af den samlede pulje på 39,3 mio. kr. skulle gå til aktiviteter, som understøtter det akutte, medicinske og psykiatriske område. Dette for at imødekomme nogle af de kendte udfordringer på de navngivne områder, som eksempelvis et hårdt eller belastende fysisk og psykisk arbejdsmiljø og håndtering af meget dårlige patienter.

Midler til tværgående aktiviteter

10 % af den samlede pulje var øremærket aktiviteter, som gik på tværs af personalegrupper inden for de tre hovedorganisationsområder. Formålet var, at styrke det tværgående samarbejde, som dagligt finder sted på regionens virksomheder.

Udvælgelsesprocessen

For at sikre en lige og faglig vurdering af alle ansøgninger, blev der nedsat et indstillings- og beslutningsudvalg, bestående af repræsentanter fra de tre hovedorganisationsområder samt repræsentanter fra regionens virksomheder. Indstillingsudvalgene havde til opgave, at indstille alle relevante ansøgninger, og beslutningsudvalgene tog den endelige beslutning om hvilke ansøgninger, der skulle imødekommes.

Der er afholdt 2 ansøgningsrunder, hvoraf den første havde ansøgningsfrist den 7. september 2010 og den anden 1. februar 2011.

I forbindelse med 1. ansøgningsrunde blev der modtaget 1.352 ansøgninger fordelt på de 3 hovedorganisationer AC, FTF og LO samt det tværgående område. Der var i alt 643, som fik tilsagn om trepartsmidler til kompetenceudvikling i første runde. Interessen og kendskabet til trepartsmidler var i 2011 langt større, og i 2. og sidste ansøgningsrunde blev der indsendt 2.465 ansøgninger, hvoraf 1.139 ansøgninger fik tilsagn om trepartsmidler.

Hvad gik pengene til?

I alt 1.782 ansøgninger til trepartspuljen er imødekommet. Der er bevilget midler til mange og meget forskellige aktiviteter.

For at optimere kvaliteten af det tværfaglige samarbejde, gik minimum 10 % af den samlede pulje til uddannelse, som går på tværs af de forskellige faggrupper. Det betyder, at en lang række læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, fysioterapeuter og ergoterapeuter nu skal på uddannelse sammen. Der er bl.a. tildelt midler til uddannelse, som underbygger det tværgående samarbejde inden for psykiatrien, kirurgien og det medicinske område.

Der er eksempelvis bevilget midler til følgende kurser:

- Traume-teamtræning,
- Kræftrehabilitering,
- Psykiatri i bevægelse,
- Kommunikation, formidling og pædagogik,
- Klinisk toksikologi for Læger og Sygeplejersker.

Inden for AC-området, er der bevilget midler til en række meget forskellige faglige og generelle kurser. Der er bl.a. bevilget midler til:

- ALS-kurser², ATLS-kurser³, ALSO-kurser⁴,
- EPLS-kurser⁵,
- Proceskonsulentuddannelsen,
- Projektlederuddannelse,
- Ledelseskurser,
- Kurser i ultralyd og klinisk elektrokardiologi,
- IT- og kommunikationskurser.

På FTF-området er der bevilget midler til mastermoduler i bl.a. sundhedspædagogik og psykologi samt en lang række faglige kurser med forskellige fokus. Der er bl.a. tildelt midler til kurser i:

- Sundhedsfremme og forebyggelse,
- Molekylærgenetik/-biologi,
- Smertebehandling,
- Klinisk fysiologi,
- Gynækologi-obstetrik for sygeplejersker og jordmødre,
- Ortopæd kirurgisk sygepleje,
- ATCN-kurser⁶.

Beslutningsudvalget for LO-området besluttede bl.a., at godt 900.000 kr. af den samlede LO-pulje skulle gå til opkvalificering af social- og sundhedsassistenter inden for administration af medicin, således at de også fremover kan varetage opgaver i forbindelse med

medicinhåndtering. Derudover blev der blandt andet bevilget midler til kurser på akademiuddannelsen og Social og sundhedsuddannelsescenteret samt kurser i:

- Projektledelse,
- Juridisk metode,
- Offentlig forvaltning og administration,
- IT og software,
- Kognitiv adfærdsterapi,
- Coaching,
- Neuropsykologi.

MED-uddannelsen

Regionens MED-uddannelse udbød i 2010 følgende kurser:

- MED - start (2-dags kursus), hvor regionens MED-aftale og ideerne og visionerne bag MED præsenteres,
- MED - i fusionsprocesser (1-dags kursus) om MED-udvalgets opgaver og roller i forandringsprocesserne,
- MED - om arbejdsbetinget stress (1-dags kursus) om at forebygge, identificere og håndtere stress på arbejdspladsen samt inspiration til udarbejdelse af retningslinjer for arbejdspladsens indsats mod arbejdsbetinget stress,
- MED - om sundhedsfremme (1-dags kursus) om, hvad man får ud af at arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen og inspiration til, hvordan vi kommer i gang,
- MED - om arbejdsmiljø (1-dags kursus), hvor målet er at styrke MED-udvalgenes rolle som centrale aktører, i udviklingen af et godt arbejdsmiljø i Region Hovedstaden,
- MED - udviklingskursus (1-2 dages kursus), der tilrettelægges efter det enkelte udvalgs behov og ønsker. Udviklingskurset kan fx gå tæt på samarbejdsrelationer i udvalget, visioner, opgaver mv.

Kurset MED - om arbejdsmiljø var et nyt tilbud i 2010. Kurset blev udviklet på baggrund af et ønske om mere viden og flere værktøjer til MED-udvalgets arbejds miljøarbejde fra bl.a. kursusedtagere og undervisere. Kurset er målrettet MED-udvalgsmedlemmer, der ikke er arbejdsmiljøuddannede.

¹Advanced Life Support ²Advanced Trauma Life Support ³Advanced Life Support in Obstetric ⁴European Paediatric Life Support ⁵Advanced Trauma Care for Nurses

Antal kurser

Der har i 2010 været afholdt 37 kurser med følgende fordeling:

Figur 4.3.1

MED-kurser i 2009 og 2010



Der har været afholdt færre kurser i 2010 end i 2009. Det vurderes, at baggrunden for dette hovedsageligt skal findes i den økonomiske situation præget af besparelser, som mange afdelinger befinder sig i. Dog er der fortsat mange MED-start kurser og nogle udvalg kan også have afventet TrivselOP kurserne, som er udbudt fra 2011 – og som der har været stor efterspørgsel efter.

Deltagerevalueringen af MED-uddannelsen 2010 viser, at uddannelsen lever op til formålet om at sikre, at MED-repræsentanterne erhverver sig den viden, der skal til for at varetage arbejdet i MED-udvalgene. Mere end 90 % af deltagerne vurderer, at undervisernes faglige kompetence og formidlingsevne har været

”Særlig god” eller ”God”. Overordnet kan det siges, at deltagerne har været tilfredse med MED-undervisningen i 2010.

Ny arbejdsmiljøuddannelse i regionen

Der er i 2010 kommet ændrede lovkrav til arbejdsgivers pligt til at udbyde arbejdsmiljøuddannelse til, arbejdsmiljørepræsentanter og arbejdsledere. Siden 4. kvartal 2010 har arbejdsgivere – udover den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse – også skulle udbyde en

supplerende arbejdsmiljøuddannelse. Der er en pligt til at deltage i den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse, mens det er et tilbud at deltage i den supplerende arbejdsmiljøuddannelse.

Lovændringen har medført, at RegionH MED-udvalget har godkendt en samlet model for regionens arbejdsmiljøuddannelse. Modellen går ud på såvel en regional som en lokal forankring af uddannelsen, samt en trinvis opbygning af kompetencer, hvilket er i tråd med modellen for Region Hovedstadens lederudviklingsprogram.

Modellen består af tre uddannelseselementer:

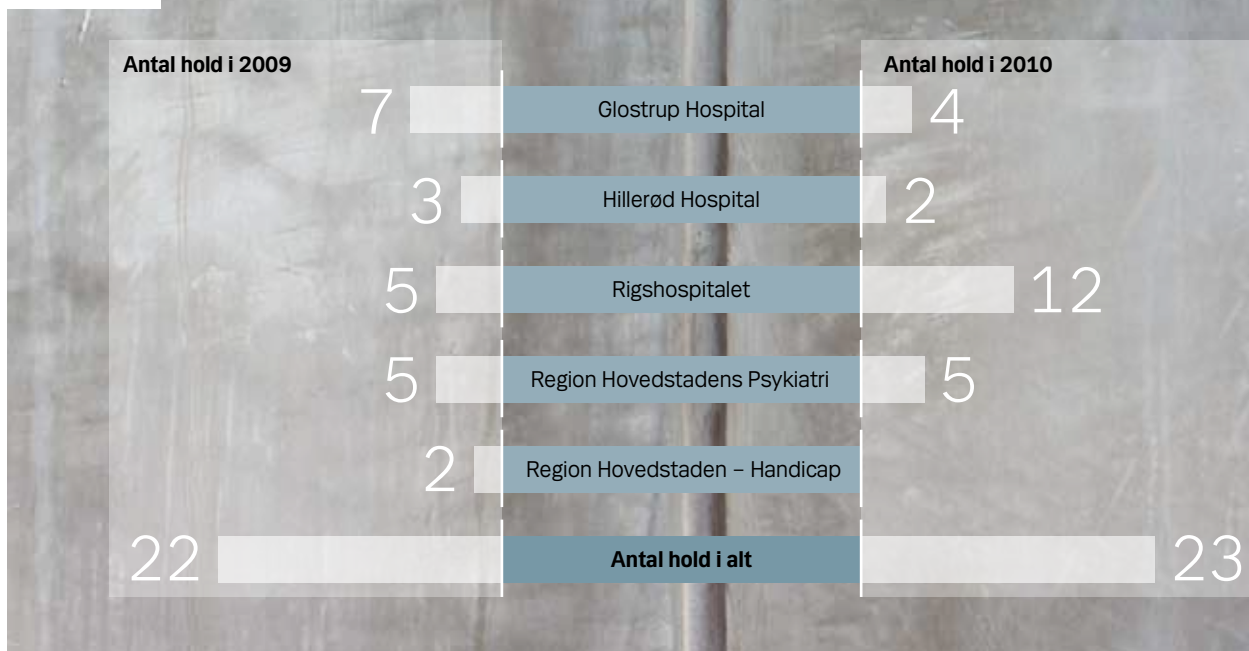
- ❶ Den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse af tre dages varighed i det første funktionsår,
- ❷ Den supplerende arbejdsmiljøuddannelse, svarende til to dages varighed eller 15 timer i det første funktionsår,
- ❸ Den supplerende arbejdsmiljøuddannelse, svarende til 1,5 dages varighed eller 11 timer i hvert af de efterfølgende funktionsår.

Uddannelseselementerne har følgende fokus:

- Den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse skal give generelle basiskompetencer på arbejdsmiljøområdet,

Figur 4.3.2

Antal hold i 2009 og 2010, fordelt på de virksomheder i regionen, som afvikler uddannelsen



- Den supplerende arbejdsmiljøuddannelse i det første funktionsår, skal give basiskompetencer samt et kendskab til det lokale arbejdsmiljøarbejde på egen virksomhed,
- Den supplerende arbejdsmiljøuddannelse i de efterfølgende funktionsår, skal give kompetencer i forhold til regionens indsatsområder og større koncepter samt de lokale behov på virksomhederne.

Som noget nyt, skal regionens virksomheds-MEDudvalg hvert år udarbejde en kompetenceudviklingsplan for den supplerende arbejdsmiljøuddannelse på den enkelte virksomhed. Planen skal tage udgangspunkt i virksomhedens arbejdsmiljøbehov.

Den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse

I 2010 blev der i alt afviklet 23 hold af den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse i Region Hovedstaden, mod 22 hold i 2009.

Fordeling af deltagere

Der deltog i alt 393 ansatte på den obligatoriske arbejdsmiljøuddannelse i 2010 mod 314 i 2009 – svarende til en stigning på 25 %.

De 393 ansatte var fordelt på 264 arbejdsmiljørepræsentanter (67 %) og 129 arbejdsledere (33 %).

Der kan forventes en stigning i antallet af deltagere på uddannelsen i 2011, da flere af regionens virksomheder afholder valg af arbejdsmiljørepræsentanter i 2011. Forklaringen er, at RegionH MED-udvalget har opstartet

en proces, hvor valgprocedurer for arbejdsmiljørepræsentanter i regionens MED-organisation skal søges koordineret. Sigtet er, at valg af arbejdsmiljørepræsentanter sker i ulige år, og at der er en koordinering pr. 1. april 2015.

4.4. Region Hovedstadens lederudviklingsprogram

Regionens Lederudviklingsprogram skal bidrage til at opbygge et organisatorisk fællesskab på tværs af regionens virksomheder samt styrke udviklingen af selvdrivne virksomheder, baseret på høj patienttilfredshed og medarbejdertrivsel.

Region Hovedstaden igangsatte i 2010 et ambitiøst og omfattende Lederudviklingsprogram, som nu er godt i gang. Programmet retter sig mod regionens ca. 2500 ledere, og målet er, at alle ledere i regionen – uanset ledelsesopgave og ansvar – får et ensartet tilbud tilpasset deres dagligdag. Programmet bygger på de erfaringer, der allerede er med lederudvikling på regionens virksomheder, men programmet er samtidig nytænkt, tværorganisatorisk og tværfagligt.

Et af de bærende elementer i programmet er, at deltagerne arbejder med problemstillinger og cases fra deres egen hverdag – før, under og efter modulerne i de enkelte forløb. Ambitionen er, at programmets tætte kobling til dagligdagens udfordringer ruste lederne til at løfte deres ledelsesopgave endnu bedre til gavn for medarbejdere, patienter og brugere.

Figur 4.4.1

Antal deltagere i Lederudviklingsprogrammet 2010 og 2011

Antal deltagere i 2010		Antal deltagere i 2011
80	Ledertalent	160
76	Ledere af patientforløb	144
106	Ledere af medarbejdere	192
90	Ledere af ledere	120
356	Antal deltagere i alt	632

I oktober 2009 besluttede regionsrådet at igangsætte Region Hovedstadens lederudviklingsprogram. I oktober 2010 besluttede regionsrådet at udbygge og videreføre programmet i 2011.

Læs mere om lederudviklingsprogrammet på www.regionh.dk/leder

Ledertalentforløb

Tilbagemeldingerne fra holdene viser, at deltagerne er meget tilfredse med at få skabt klare billeder af, hvad det vil sige at være leder i en af Region Hovedstadens virksomheder, og at det er vigtigt at få arbejdet med de forskellige udfordringer, dilemmaer og glæder, der knytter sig til lederjobbet.

I ledertalentforløbet er det medarbejdere inden for alle faggrupper, der er i fokus. Forløbet er målrettet medarbejdere, som vurderes at have talent og potentiale for ledelse, og har udtrykt ønske om dette gennem MUS. Det er således ikke nok, at medarbejderen ønsker lederrollen. Den ansvarlige leder skal også have identificeret et potentiale for udvikling ind i lederrollen.

Ledelse af medarbejdere

Deltagerne giver udtryk for, at deltagelsen på forløbet er meget relevant og givende for deres daglige ledelsespraksis. Samtidig finder de muligheden for at møde og arbejde sammen med ledere fra andre virksomheder meget givende.

Forløbet "Ledelse af medarbejdere" er for 1. linjeledere. Det er målrettet de mange ledere på virksomhederne, som varetager et ledelsesansvar i hverdagen, enten i form af personaleledelse eller driftsledelse. Forløbet har to spor, hvor det ene retter sig mod "Det personlige Lederskab" og det andet mod forståelse og træning i brugen af styringsværktøjer, inden for bl.a. ressourcestyring og kvalitetsstyring.

Ledelse af ledere

Deltagerne på de første hold har taget godt imod de mange forskelligartede aktiviteter, som forløbet rummer. Da der er mange store og fælles udfordringer for denne ledergruppe, er der basis for at skabe fælles billeder af, hvordan der kan arbejdes med løsningen og samtidig skabe en egentlig fælles ledelseskultur.

Forløbet er målrettet ledere med et direkte linjeledelsesansvar for én eller flere ledere. Det er fælles for disse ledere, at de løser ledelsesopgaven i andet led, og dermed har hovedvægten på strategi udvikling, overordnede personalespørgsmål og styringsbehov, samt ledelse udad og på tværs i organisationen.

Ledelse af patientforløb

Der arbejdes med optimering af, et konkret patientforløb. Samtidig supplerer deltagerne deres ledelsesredskaber, så de kan agere på tværs af organisatoriske,

faglige og sektorielle skel. Deltagerne melder tilbage, at de har stor gavn af at få overblik over deres forløb og de mange opgaver og interesser, samt at de bliver inspirerede af dialogen med de øvrige deltagere. Dertil kommer, at selve forløbet er en anerkendelse af en væsentlig ledelsesopgave, og dette faktum har en effekt i forhold til motivationen for at arbejde målrettet på at forbedre patientforløbene.

Forløbet er primært rettet mod fagprofessionel ledelse, og der tænkes på de ledelsesopgaver, der udføres ved ansvar for fagområder eller specialer. Der arbejdes endvidere med, at skabe sammen hængende patientforløb på tværs af organisation og sektorer.

Masterclasses

I 2011 bliver der afholdt i alt fire masterclasses og to minimastersclasses, der er målrettet ledere på forskellige niveauer af organisationen. Arrangementerne tager fat i aktuelle temaer i regionen, i Danmark eller internationalt, (fx "Kan ledelse kurere sygdom?", "Positiv performance"), og formålet er at give regionens ledere inspiration, vidende og skabe netværk på tværs af ledelsesniveauer og virksomheder.

Topledernetværk

Lederudviklingsprogrammet indeholder også aktiviteter for topledernes – regionens koncerndirektører og virksomhedsdirektører. Der er etableret et netværk for topledernes, med fokus på de strategiske ledelses- og styringsmæssige udfordringer i regionen. Det første møde i topledernetværket handlede om strategisk kommunikation.

Det interne ledelseskonsulentkorps

Korpset består af de interne ledelseskonsulenter fra virksomhederne, der indgår i Lederudviklingsprogrammet sammen med de eksterne konsulenter. Ledelseskonsulentkorpset samles 2 - 3 dage om året, med henblik på fælles kompetenceudvikling og inspiration på ledelsesfeltet:

- Proceskonsultation under titlen "Fearless Consulting",
- Lederudviklingsprogrammer fra NOVO Nordisk og Københavns Kommune,
- Læringsteori som arbejdsredskab for ledelseskonsulenten.

Djævlens Advokater

For at sikre at lederudviklingsprogrammet også lever op til fremtidens krav til ledelse om 2 - 5 år, er forummet "Djævlens Advokater" nedsat. Dette forum har

til formål at se programmet i helikopterperspektiv og komme med forslag til, hvordan version 2.0 af et lederudviklingsprogram i Region Hovedstaden kunne se ud.

Ledelsesevaluering

Ledelsesevalueringen gennemføres i 2011 som en 360-graders evaluering, hvor lederens overordnede, sideordnede og underordnede deltager, og hvor lederen også evaluerer sin egen ledelsespraksis. Ledelsesevaluering er obligatorisk for alle ledere i Region Hovedstadens virksomheder og koncerntabe med formelt ledelsesansvar. Fra september til november 2010 blev proces og systemer testet på udvalgte enheder i regionen.

Formålet med ledelsesevalueringen er at:

- Bidrage til forankring og udvikling af den enkelte leder, i overensstemmelse med regionens strategier og politikker,
- Sætte god ledelse på dagsordenen som middel til at udvikle organisationen til gavn for både ledere, medarbejdere og brugere af regionens ydelser,
- Give den enkelte leder et redskab til at arbejde med egen udvikling ved hjælp af feedback,
- Kvalificere videreudviklingen af Region Hovedstadens ledelsesudviklingsprogram.



5. Personalestatistik

Alle personalestatistikopgørelserne, undtagen vakan- cer/ledige stillinger, løntilskudspladser og arbejdsska- der, bygger på Region Hovedstadens fælles løndata. Løndata modtages fra Silkeborg Data og efterbearbej- des og kvalitetssikres derefter i Koncern HR, i forhold til viden om organisationsændringer og andre forhold med betydning for datastrukturen.

Personaledataene er **dynamiske**, hvilket betyder, at ind- beretningerne hver måned kan have historiske konse- kvenser. Det kan fx være på grund af sene indberetnin- ger, ændringer i normtimer eller flytning af afdelinger eller afsnit, hvor data flyttes med.

Den dynamiske struktur gør det muligt, at sammen- ligne tidligere og nuværende HR-data ud fra nyeste data, uden at skulle tage forbehold for et væld af

ændrede forhold, afhængigt af de perioder man kig- ger på. Til gengæld kan det betyde, at historiske data ændres når der kommer nye data til, hvilket kan forvirre, når data fra eksempelvis to forskellige år sammenlignes. I årsberetningen vil der derfor i nogle tilfælde, optræde historiske data, som afviger fra de værdier som blev publiceret i sidste årsberetning. Det er dog stadig værdierne fra tidligere årsberetninger vi sammenligner og definerer som værdierne for de år, idet de værdier hænger sammen med organisationen, som den så ud på daværende tidspunkt, med de forudsæt- ninger der var for indberetninger på dette tidspunkt.

Tabel 5.1.1 Fuldtidsstillinger og ansættelser pr. virksomhedsområde

Virksomhed	Antal fuldtidsstillinger 2010	Antal ansættelser pr. 31. december 2010
Amager Hospital	550	568
Bispebjerg Hospital	2.864	3.001
Bornholms Hospital	568	617
Frederiksberg Hospital	1.046	1.087
Frederikssund Hospital	393	417
Gentofte Hospital	1.991	2.073
Glostrup Hospital	2.319	2.389
Helsingør Hospital	282	306
Herlev Hospital	4.033	4.260
Hillerød Hospital	3.281	3.471
Hvidovre Hospital	3.062	3.236
Rigshospitalet	7.225	7.555
Region Hovedstadens Apotek	437	458
Region Hovedstaden - Handicap	1.246	1.363
Region Hovedstadens Psykiatri	4.660	4.923
Koncernstabe	811	869
Region Hovedstaden total	34.768	36.593

Antalsopgørelser

I forbindelse med tabeller og opgørelser er der to antalsbegreber, som det er vigtigt at adskille. Antal fuldtidsstillinger er normtimer omregnet til fuldtidsstillinger, og opgøres traditionelt for hele året, undtagen i nogle specialstatistikker. Antal ansættelser er det samlede antal af ansættelsesforhold, hvor en deltids- og fuldtidsansættelse tæller lige meget. Dette opgøres pr. 31. december 2010.

Antal ansættelser bruges i forbindelse med opgørelse af antal eksempelvis seniorordninger, aldersfordeling, deltidsbeskæftigelse mv.

Årsværk bruges ofte i forbindelse med opgørelse af ressourcer.

5.1. Ansatte i Region Hovedstaden

Regionen havde i 2010 et gennemsnitligt forbrug af fuldtidsstillinger på 37.419 på alle ansættelsesformer, hvilket inkluderer ordinært ansatte på tjenstemands- og overenskomstvilkår, aktivitetsordninger, elever, timelønnede, fonds aflønnede samt politiker/honorar aflønnede. Det totale antal ansættelsesforhold pr. 31. december 2010 var 41.781, uanset graden og typen af ansættelsesforhold.

Målgruppen i årsberetningen er de ordinært ansatte på tjenstemands- og overenskomstvilkår, som i 2010 i gennemsnit udgjorde 34.768 fuldtidsstillinger, som pr. 31. december 2010 var fordelt på 36.593 stillinger.

Region Hovedstaden bestod i 2010 af 16 virksomheder, med et stort spænd i antallet af fuldtidsstillinger fra 393 på Frederikssund Hospital op til 7.225 fuldtidsstillinger på Rigshospitalet.

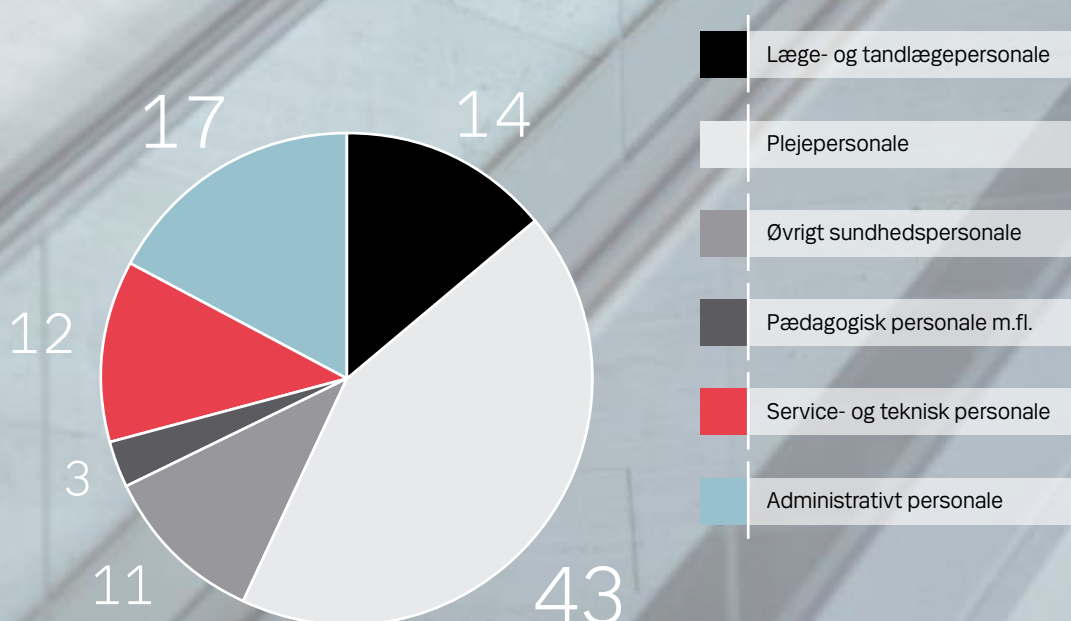
I 2010 udgjorde plejepersonalet i gennemsnit 43 % af det samlede antal fuldtidsstillinger, mens administrativt personale med 17 % var den næststørste personalegruppe. Når gennemsnittet af fuldtidsstillinger i 2010 sammenlignes med gennemsnittet i 2009, er der ingen væsentlige forskelle i personalegrupperingen.

Gennemsnitsalderen for regionens medarbejdere pr. 31. december 2010 var 45,1 år, hvilket er en stigning på et halvt år i sammenligning med samme tidspunkt i 2009. En årsag kan være den generelle demografiske udvikling, med en arbejdspopulation som bliver gradvist ældre.

Variationen i aldersgennemsnittet mellem virksomhederne, viser det et billede hvor Bornholms Hospital og Region Hovedstadens Psykiatri har de ældste medarbejdergrupper, mens Bispebjerg og Hvidovre Hospital har de yngste.

Figur 5.1.2

Personalegruppering (%)



Tabel 5.1.3 Fuldtidsstillinger og ansatte pr. stillingsgruppe i 2010

		Fuldtidsstillinger		Ansættelser pr. 31. december 2010	
Hovedstillingsgruppe	Fagstillingsgruppe	Antal	Procent	Antal	Procent
Læge- og tandlægepersonale (9001)	Lægepersonale (9011)	4.984	14,3	4.987	13,6
	Tandlægepersonale (9012)	26	0,1	34	0,1
Læge- og tandlægepersonale (9001)	Total	5.011	14,4	5.021	13,7
Plejepersonale (9002)	Sygeplejerskepersonale (9021)	10.609	30,5	11.485	31,4
	Radiografpersonale (9023)	537	1,5	564	1,5
	SOSU-personale (9025)	3.305	9,5	3.513	9,6
	Vikarpersonale (9029)	1	0,0	1	0,0
Plejepersonale (9002)	Total	14.452	41,6	15.563	42,5
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	Fysioterapeutpersonale (9032)	596	1,7	630	1,7
	Ergoterapeutpersonale (9033)	354	1,0	374	1,0
	Jordemoderpersonale (9034)	447	1,3	485	1,3
	Bioanalytikerpersonale (9035)	1.654	4,8	1.732	4,7
	Sundhedsfagligt AC-personale (9037)	627	1,8	649	1,8
	Andet sundhedspersonale (9038)	316	0,9	344	0,9
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	Total	3.994	11,5	4.214	11,5
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	Pædagogisk personale (9041)	1.215	3,5	1.278	3,5
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	Total	1.215	3,5	1.278	3,5
Service- og teknisk personale (9005)	Servicepersonale (9051)	1.591	4,6	1.619	4,4
	Rengøringspersonale (9052)	303	0,9	304	0,8
	Portørpersonale (9053)	1.164	3,3	1.152	3,1
	Køkkenpersonale (9054)	454	1,3	467	1,3
	Teknisk personale (9055)	655	1,9	650	1,8
Service- og teknisk personale (9005)	Total	4.166	12,0	4.192	11,5
Administrativt personale (9006)	Kontor- og IT-personale (9061)	2.115	6,1	2.250	6,1
	Administrativt AC-personale (9062)	1.186	3,4	1.213	3,3
	Vagtcentralpersonale (9063)	22	0,1	35	0,1
	Lægesekretærpersonale (9064)	2.392	6,9	2.598	7,1
	Socialrådgiverpersonale (9065)	216	0,6	229	0,6
Administrativt personale (9006)	Total	5.931	17,1	6.325	17,3
Regionen total		34.768	100,0	36.593	100,0

Gennemsnitsalderen er steget i alle stillingsgrupper, så den øgede gennemsnitsalder er en generel tendens for regionens medarbejderstab, og kan ikke tilskrives ændringer i særlige personalegrupper.

Figur 5.1.4

Aldersgennemsnit i virksomhederne



Tabel 5.1.5
Aldersgennemsnit og aldersfordeling på faggrupper

Stillingsgruppe	Alders- gennem- snit pr. 31.12 2010	Aldersfordeling (%)					
		15-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	>=65 år
Læge- og tandlægepersonale (9001)							
Lægepersonale (9011)	45,1	6,5	33,7	23,4	25,2	7,4	3,8
Tandlægepersonale (9012)	48,5	5,9	20,6	35,3	17,6	8,8	11,8
Total	45,1	6,5	33,6	23,5	25,2	7,4	3,9
Plejepersonale (9002)							
Sygeplejerskepersonale (9021)	42,5	14,0	31,1	27,0	22,2	4,9	0,8
Radiografpersonale (9023)	43,0	17,6	22,2	30,1	25,2	4,4	0,5
SOSU-personale (9025)	49,1	5,8	15,3	23,3	44,4	9,2	2,0
Vikarpersonale (9029)	57,0	---	---	---	100,0	---	---
Total	44,0	12,3	27,2	26,3	27,3	5,8	1,0
Øvrigt sundhedspersonale (9003)							
Fysioterapeutpersonale (9032)	42,7	13,8	33,8	22,5	22,2	6,5	1,1
Ergoterapeutpersonale (9033)	41,0	18,2	36,9	20,1	17,4	6,4	1,1
Jordemoderpersonale (9034)	44,4	8,9	33,8	24,3	22,5	8,2	2,3
Bioanalytikerpersonale (9035)	46,1	12,8	22,1	21,2	29,3	12,0	2,6
Sundhedsfagligt AC-personale (9037)	44,1	6,0	37,8	27,4	17,6	7,7	3,5
Andet sundhedspersonale (9038)	46,4	6,4	26,5	24,1	30,5	10,5	2,0
Total	44,7	11,4	29,3	22,9	24,7	9,4	2,3
Pædagogisk personale m.fl. (9004)							
Pædagogisk personale (9041)	45,1	10,8	23,0	28,2	29,4	7,7	0,8
Total	45,1	10,8	23,0	28,2	29,4	7,7	0,8
Service- og teknisk personale (9005)							
Servicepersonale (9051)	45,7	9,5	19,6	31,9	31,1	6,5	1,4
Rengøringspersonale (9052)	47,9	4,3	17,4	32,9	33,6	10,5	1,3
Portørpersonale (9053)	46,3	12,1	14,4	29,7	33,6	9,1	1,1
Køkkenpersonale (9054)	43,9	9,9	27,6	33,2	24,2	4,7	0,4
Teknisk personale (9055)	50,3	3,4	12,3	28,8	36,2	16,6	2,8
Total	46,5	8,9	17,8	31,0	32,0	8,9	1,4
Administrativt personale (9006)							
Kontor- og IT-personale (9061)	46,8	8,3	19,0	30,8	29,2	10,3	2,4
Administrativt AC-personale (9062)	44,5	5,1	34,5	30,3	20,9	6,7	2,6
Vagtcentralpersonale (9063)	41,0	11,4	37,1	40,0	8,6	2,9	---
Lægesekretærpersonale (9064)	47,7	4,1	22,2	32,4	24,7	12,4	4,1
Socialrådgiverpersonale (9065)	49,0	2,6	27,1	16,6	32,3	17,9	3,5
Total	46,8	5,8	23,7	30,9	25,8	10,7	3,1
Regionen total	45,1	9,8	26,5	26,9	27,1	7,7	2,0

5.2. Ligestilling set i forhold til kønsfordeling

Andelen af kvinder ligger, uforandret i forhold til sidste år, på 77 % af arbejdsstyrken opgjort på fuldtidsstillinger. Der er fortsat en ligelig fordeling af kvinder og mænd blandt læge- og tandlægepersonale, mens der er kraftigt overtal af kvinder, blandt plejepersonale og øvrigt sundhedspersonale på henholdsvis 91 % og 87 %.

Region Hovedstaden har en overordnet formuleret ligestillingsmålsætning i personalepolitikken:

"Vi skal indgå ligeværdigt i menneskelige relationer og arbejde for at styrke den respektfulde dialog. I forhold til patienterne og brugerne betyder det, at vi skal møde dem med udgangspunkt i deres behov, ressourcer og situation.

Vi har brug for alle faggrupper og en mangfoldig medarbejderskare, for at nå regionens mål. I det daglige samarbejde skal vi give plads til forskellighed. Ligestilling er en selvfølge, og vi skal arbejde for at finde fælles løsninger".

De enkelte virksomheder og koncernstabe i regionen udarbejder selv personalepolitiske mål vedrørende ligestilling.

Region Hovedstaden arbejder eksempelvis med, at sikre en lige fordeling af kvinder og mænd i råd, nævn og udvalg. I 2011 har regionen 14 råd, nævn og udvalg, hvor der er en ligelig fordeling af kvinder og mænd.

Hvert andet år udarbejder regionen en egentlig ligestillingsredegørelse til Ministeret for Ligestilling. Det er en redegørelse, der giver regionen mulighed for løbende at monitorere udviklingen på området, og sammenligne sig med bl.a. øvrige regioner. Den næste redegørelse udarbejdes i november 2011.

44 % af de kvindelige medarbejdere arbejder på deltid, mens kun 11 % af de mandlige medarbejdere gør det. Dette forhold kunne hænge sammen med den skæve fordeling af køn på faggrupper, hvor der traditionelt er en større andel af plejepersonalet som arbejder på deltid, end eksempelvis det administrative personale. Dette vil alt andet lige resultere i flere kvinder på deltid.

Tabel 5.2.1

Fuldtidsstillinger og ansættelser pr. faggruppe opdelt på køn

Hovedstillingsgruppe	Køn	Fuldtidsstillinger	
		Antal	Procent
Læge- og tandlægepersonale (9001)	Kvinder	2.501	49,9
	Mænd	2.510	50,1
	I alt	5.011	100,0
Plejepersonale (9002)	Kvinder	13.150	91,0
	Mænd	1.302	9,0
	I alt	14.452	100,0
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	Kvinder	3.460	86,6
	Mænd	534	13,4
	I alt	3.994	100,0
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	Kvinder	786	64,7
	Mænd	429	35,3
	I alt	1.215	100,0
Service- og teknisk personale (9005)	Kvinder	1.842	44,2
	Mænd	2.324	55,8
	I alt	4.166	100,0
Administrativt personale (9006)	Kvinder	4.870	82,1
	Mænd	1.060	17,9
	I alt	5.931	100,0
Regionen total	Kvinder	26.610	76,5
	Mænd	8.159	23,5
	I alt	34.768	100,0

Tabel 5.2.2 Fordeling af deltidsansatte på virksomhedsniveau og køn, pr. 31. december 2010

Virksomhed	Antal på deltid			Antal på deltid (%)		
	Kvinder	Mænd	Total	Kvinder	Mænd	Total
Amager Hospital	197	10	207	48	7	37
Bispebjerg Hospital	784	65	849	36	9	29
Bornholms Hospital	264	15	279	52	15	46
Frederiksberg Hospital	297	30	327	38	10	30
Frederikssund Hospital	177	3	180	53	5	45
Gentofte Hospital	599	36	635	43	8	35
Glostrup Hospital	791	49	840	43	10	36
Helsingør Hospital	154	5	159	65	8	53
Herlev Hospital	1.572	52	1.624	47	6	39
Hillerød Hospital	1.469	27	1.496	53	4	44
Hvidovre Hospital	1.103	67	1.170	44	10	37
Rigshospitalet	2.423	155	2.578	42	9	35
Region Hovedstadens Apotek	108	1	109	29	1	24
Region Hovedstaden - Handicap	363	79	442	42	23	36
Region Hovedstadens Psykiatri	1.636	301	1.937	43	28	40
Koncernstabe	90	19	109	18	5	13
Regionen total	12.027	914	12.941	44	11	36

Når man ser på fordelingen af deltidsansatte inden for faggrupperne kan man se, at der er væsentlig flere kvinder på deltid end mænd inden for alle andre faggrupper, end blandt læge- og tandlægepersonale.

den samme på de forskellige ledelsesniveauer, hvor kun 35 % af den samlede koncernledelse er kvinder, mens 71 % af øvrige ledere med personaleansvar er kvinder.

Ledere og køn

Der var 2.461 ledere registreret i lønsystemet den 31. december 2010. 66 % af lederne var kvinder og 34 % var mænd. Andelen af kvindelige ledere er langt fra

Tabel 5.2.3 Fordeling af deltidsansatte på køn og hovedstillingsgruppe pr. 31. december 2010

Fagstillingsgruppe	Antal på deltid			Antal på deltid (%)		
	Kvinder	Mænd	Total	Kvinder	Mænd	Total
Læge- og tandlægepersonale (9001)	114	113	227	5	5	5
Plejepersonale (9002)	7.629	449	8.078	55	34	53
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	1.426	66	1.492	40	13	37
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	246	87	333	34	21	29
Service- og teknisk personale (9005)	512	121	633	28	5	15
Administrativt personale (9006)	2.100	78	2.178	41	7	35
Regionen total	12.027	914	12.941	44	11	36

Tabel 5.2.4
Fordeling af ledere på køn inden for faggrupper, pr. 31. december 2010

Lederniveau	Køn	Ansættelser	
		Antal	Procent
Samlede koncernledelse	Kvinder	22	34,9
	Mænd	41	65,1
	I alt	63	100,0
Øvrige chefer i virksomhederne	Kvinder	263	52,0
	Mænd	243	48,0
	I alt	506	100,0
Øvrige med personaleledelse	Kvinder	1.341	70,9
	Mænd	551	29,1
	I alt	1.892	100,0
Regionen total	Kvinder	1.626	66,1
	Mænd	835	33,9
	I alt	2.461	100,0

5.3. Ledige stillinger

Opgørelsen over ledige stillinger i Region Hovedstaden, er et resultat af en vurdering fra virksomhederne af spørgsmålet: Hvor mange ledige stillinger har I pr. 31. marts 2011? Ledige stillinger skal i denne forbindelse ses som ubesatte stillinger, i forhold til lønbudgettet.

Af tabel 5.3.1 fremgår det, at det samlede antal ledige stillinger i regionen er 424 i 2011. Til sammenligning var der 325 ledige stillinger i 2010, 1.069 i 2009 og 1.727 ledige stillinger i 2008.

Tabel 5.3.1
Antal ledige stillinger pr. 31. marts 2011

Virksomhed	Antal ledige stillinger
	Total
Amager Hospital	14
Bispebjerg Hospital	27
Bornholms Hospital	5
Frederiksberg Hospital	9
Frederikssund Hospital	1
Gentofte Hospital	26
Glostrup Hospital	52
Helsingør Hospital	9
Herlev Hospital	23
Hillerød Hospital	15
Hvidovre Hospital	43
Rigshospitalet	78
Region Hovedstadens Apotek	8
Region Hovedstaden - Handicap	4
Region Hovedstadens Psykiatri	100
Koncernstabe	10
Regionen total	424

I en så stor organisation som Region Hovedstaden, vil der til hver en tid være adskillige rekrutteringsfaser. Målet er derfor ikke, at nedbringe andelen af ledige stillinger til 0, men derimod at minimere det til et stabilt niveau, der matcher et naturligt medarbejderflow.

Regionens virksomheder er i den ganske særlige situation, at de ledige stillinger der måtte være, ikke uden videre kan besættes. Opgørelsen af ledige stillinger i regionen, skal derfor tages med nogle forbehold. De

ledige stillinger skal ses i lyset af ansættelsesstop og besparelser, hvor ledige stillinger ofte enten nedlægges eller besættes i form af interne omplaceringer.

Negativt antal ledige stillinger er i tabellen et udtryk for, at der er flere ansat i den pågældende kategori, end der er "budgetteret med ud fra en normeringstankegang". Dette kan skyldes, at personale fra disse faggrupper erstatter personale i andre faggrupper.

Tabel 5.3.2 Ledige stillinger pr. fagstillingsgruppe pr. 31. marts 2011

Hovedstillingsgruppe	Fagstillingsgruppe	Antal ledige stillinger
Læge- og tandlægepersonale (9001)	Lægepersonale (9011)	72
	Tandlægepersonale (9012)	-2
Læge- og tandlægepersonale (9001)	Total	69
Plejepersonale (9002)	Sygeplejerskepersonale (9021)	266
	Radiografpersonale (9023)	-1
	SOSU-personale (9025)	-37
	Vikarpersonale (9029)	-0
Plejepersonale (9002)	Total	228
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	Fysioterapeutpersonale (9032)	6
	Ergoterapeutpersonale (9033)	9
	Jordemoderpersonale (9034)	6
	Bioanalytikerpersonale (9035)	34
	Sundhedsfagligt AC-personale (9037)	-11
	Andet sundhedspersonale (9038)	18
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	Total	61
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	Pædagogisk personale (9041)	5
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	Total	5
Service- og teknisk personale (9005)	Servicepersonale (9051)	-9
	Rengøringspersonale (9052)	-17
	Portørpersonale (9053)	11
	Køkkenpersonale (9054)	12
	Teknisk personale (9055)	11
Service- og teknisk personale (9005)	Total	9
Administrativt personale (9006)	Kontor- og IT-personale (9061)	-25
	Administrativt AC-personale (9062)	6
	Lægeseekretærpersonale (9064)	67
	Socialrådgiverpersonale (9065)	4
Administrativt personale (9006)	Total	52
Regionen total		424

5.4. Personaleomsætning

I regionen opgøres personaleomsætning som antallet af ansættelsesforhold, der var pr. 1. januar og ikke længere eksisterede den 31. december. Opgørelsen bygger på lønsystemets registrering af alle ansættelser og fratrædelser. Tabellen viser to typer ansættelsesskift – skift mellem regionens virksomheder og afgang ud af regionen. Den første kolonne, kan ses som regionens samlede personaleomsætning, uden de skift der har været internt i virksomhederne. En opgørelse med interne skift er ikke retvisende, idet den også ville vise de tekniske skift, der er sket som følge af eksempelvis interne organisationsændringer. Dette vil ikke være et udtryk for en reel personaleomsætning.

Regionens samlede personaleomsætning er steget lidt fra 14 % i 2009 til 15,7 % i 2010.

12,2 % af de medarbejdere der var ansat den 1. januar 2010 har forladt regionen helt pr. 31. december 2010 og 3,5 % er blevet ansat i en anden virksomhed i regionen.

I denne beregning af personaleomsætningen for regionen som helhed, vægtes de enkelte virksomheder i forhold til, hvor mange ansatte de har, hvorved fx

Hvidovre Hospital vægter mere end Bornholms Hospital. Dette indebærer, at de overordnede tal for regionen som helhed, ikke umiddelbart kan fås ved at lægge tallene fra de enkelte virksomheder sammen.

5.5. Job på særlige vilkår og servicejob

Job på særlige vilkår, er varige stillinger til ansatte med nedsat arbejdsevne. Fleksjob samt skånejob til førtidspensionister er støttede stillinger, mens aftalebaserede skånejob er ustøttede.

Servicejob er varige støttede stillinger for langtidsledige over 48 år. Servicejob blev oprettet som et forsøg i den offentlige sektor i 2000-2001. Job på særlige vilkår og servicejob administreres af regionens virksomheder.

Regionen havde den 31. december 2010 i alt 515 personer ansat i job på særlige vilkår. Heraf er 469 personer ansat i fleksjob. Der er flest ansat i fleksjob i kategorien plejepersonale, administrativt personale og service- og teknisk personale.

Tabel 5.4.1

Nøgletal for personaleomsætning for 2009 og 2010

Virksomhed	Personaleomsætning		Heraf skift til andre virksomheder		Heraf afgang ud af regionen	
	2009 01-01-09 til 31-12-09	2010 01-01-10 til 31-12-10	2009 01-01-09 til 31-12-09	2010 01-01-10 til 31-12-10	2009 01-01-09 til 31-12-09	2010 01-01-10 til 31-12-10
Amager Hospital	21,6	17,3	7,5	5,1	14,1	12,2
Bispebjerg Hospital	16,7	16,9	6,2	4,2	10,5	12,7
Bornholms Hospital	10,7	9,6	2,1	0,8	8,6	8,8
Frederiksberg Hospital	18,4	16,2	8,5	4,4	9,9	11,8
Frederikssund Hospital	14,1	20,0	5,5	4,0	8,6	15,9
Gentofte Hospital	18,3	23,5	5,2	5,2	13,1	18,3
Glostrup Hospital	11,9	14,6	4,7	5,2	7,2	9,4
Helsingør Hospital	15,7	17,4	9,7	6,3	6,0	11,2
Herlev Hospital	13,8	18,7	4,3	4,6	9,5	14,1
Hillerød Hospital	10,9	13,0	4,5	4,6	6,4	8,5
Hvidovre Hospital	17,6	18,3	5,9	5,2	11,7	13,1
Rigshospitalet	13,3	15,2	3,2	2,7	10,1	12,4
Region Hovedstadens Apotek	11,3	11,7	0,5	0,4	10,8	11,2
Region Hovedstaden - Handicap	19,2	19,2	0,7	0,2	18,5	19,0
Region Hovedstadens Psykiatri	10,8	10,4	1,9	1,2	8,9	9,2
Koncernstabe	10,3	11,4	1,5	1,1	8,8	10,3
Regionen total	14,0	15,7	4,1	3,5	9,9	12,2

Tabel 5.5.1 Job på særlige vilkår og servicejob på virksomhedsniveau pr. 31. december 2010

Virksomhed	Antal ansættelser				I alt
	Servicejob	Lovbestemte skånejob	Aftalebaserede fleksjob	Aftalebaserede skånejob	
Amager Hospital	2	---	8	---	10
Bispebjerg Hospital	---	1	22	---	23
Bornholms Hospital	1	---	10	---	11
Frederiksberg Hospital	---	---	18	---	18
Frederikssund Hospital	1	---	15	---	16
Gentofte Hospital	1	2	25	---	28
Glostrup Hospital	2	2	37	---	41
Helsingør Hospital	---	1	9	---	10
Herlev Hospital	1	---	56	---	57
Hillerød Hospital	2	---	66	---	68
Hvidovre Hospital	---	1	41	---	42
Rigshospitalet	4	---	72	14	90
Region Hovedstadens Apotek	---	---	3	---	3
Region Hovedstaden - Handicap	1	5	20	---	26
Region Hovedstadens Psykiatri	1	3	64	---	68
Koncernstabe	1	---	3	---	4
Regionen total	17	15	469	14	515

Tabel 5.5.2 Job på særlige vilkår og servicejob på hovedstillingsgruppe pr. 31. december 2010

Hovedstillingsgruppe	Antal ansættelser				I alt
	Servicejob	Lovbestemte skånejob	Aftalebaserede fleksjob	Aftalebaserede skånejob	
Læge- og tandlægepersonale (9001)	---	1	9	---	10
Plejepersonale (9002)	---	---	159	4	163
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	1	1	39	5	46
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	---	---	16	---	16
Service- og teknisk personale (9005)	7	10	101	3	121
Administrativt personale (9006)	9	3	145	2	159
Regionen total	17	15	469	14	515

5.6. Seniorordninger

Der er 466 ansatte med seniorordninger i regionen pr. 31. december 2010. Det er et lille fald i forhold til 2009, hvor der i alt var 534 ansatte på seniorordning.

Der er indgået flest seniorordninger for plejepersonale, øvrigt sundhedspersonale som eksempelvis fysioterapeuter og bioanalytikere. Administrativt personale ligger på en tredjeplads.

Tabel 5.6.1
Seniorordninger på virksomhedsniveau pr. 31. december 2010

Virksomhed	Antal seniorordninger	Andel af ansatte på 50-59 år med seniorordning	Andel af ansatte på 60-64 år med seniorordning	Andel af ansatte på >=65 år med seniorordning	Andel af ansatte på >=50 år med seniorordning
Amager Hospital	8	1,9%	8,8%	25,0%	4,0%
Bispebjerg Hospital	4	---	1,4%	2,3%	0,4%
Bornholms Hospital	---	---	---	---	---
Frederiksberg Hospital	32	4,7%	10,9%	23,8%	7,1%
Frederikssund Hospital	---	---	---	---	---
Gentofte Hospital	55	0,2%	20,0%	50,0%	7,9%
Glostrup Hospital	29	0,2%	12,3%	17,4%	3,5%
Helsingør Hospital	2	---	4,3%	100,0%	1,8%
Herlev Hospital	21	0,5%	5,0%	4,8%	1,5%
Hillerød Hospital	58	1,4%	11,4%	20,3%	4,3%
Hvidovre Hospital	10	0,4%	3,4%	2,6%	1,0%
Rigshospitalet	195	0,1%	24,8%	29,1%	7,7%
Region Hovedstadens Apotek	---	---	---	---	---
Region Hovedstaden - Handicap	---	---	---	---	---
Region Hovedstadens Psykiatri	42	0,4%	5,1%	10,2%	2,0%
Koncernstabe	10	0,9%	11,1%	6,7%	3,4%
Regionen total	466	0,5%	10,9%	17,7%	3,6%

Tabel 5.6.2
Seniorordninger på hovedstillingsgruppe pr. 31. december 2010

Hovedstillingsgruppe	Antal Seniorordninger	Andel af ansatte på 50-59 år med seniorordning	Andel af ansatte på 60-64 år med seniorordning	Andel af ansatte på >=65 år med seniorordning	Andel af ansatte på >=50 år med seniorordning
Læge- og tandlægepersonale (9001)	52	0,6%	6,1%	12,4%	2,9%
Plejepersonale (9002)	151	0,7%	11,4%	13,4%	2,9%
Øvrigt sundhedspersonale (9003)	130	0,5%	23,6%	38,9%	8,7%
Pædagogisk personale m.fl. (9004)	2	0,3%	1,1%	---	0,5%
Service- og teknisk personale (9005)	30	0,2%	5,8%	13,7%	1,7%
Administrativt personale (9006)	101	0,3%	9,5%	18,0%	4,1%
Regionen total	466	0,5%	10,9%	17,7%	3,6%

5.7. Løntilskudspladser

Løntilskudsordningen sigter mod at fremme lediges faglige, sproglige eller sociale kompetencer, med det formål at forbedre deres muligheder for at finde ordnær beskæftigelse, eller vælge uddannelse. Samtidig er løntilskudsordningen udbytterig for afdelingerne i regionen. Ud over et ekstra sæt hænder i en travl hverdag, giver ordningen mulighed for at finde nye medarbejdere, eller for at sende fastansat personale

på kurser eller uddannelse, mens en løntilskudsansat varetager opgaver i afdelingen.

I 2010 kom der flere nye tiltag på løntilskudsområdet. Det væsentligste var, at løntilskuddet til kontanthjælpsmodtagere for offentlige virksomheder, kom op på niveau med tilskuddet til dagpengemodtagere. Dermed måtte regionen forvente en øget tilgang af denne målgruppe, som på flere måder adskiller sig fra dagpen-

Tabel 5.7.1 Løntilskudspladser pr. 30. april 2011

Virksomhed	Faggruppe	Besatte stillinger	Ledige stillinger	Ialt
Amager Hospital	-	0	0	0
Bispebjerg Hospital	Service	33	12	45
	Kontor	19		19
	AC+lign	11		11
	Pleje/omsorg	10	2	12
Bornholms Hospital	AC+lign	1		1
Frederiksberg Hospital	Service	1		1
	Kontor	6		6
	AC+lign	1		1
	Pleje/omsorg	3		3
Frederikssund Hospital	Service	2		2
Gentofte Hospital	Service	13		13
	Kontor	8		8
	AC+lign	3		3
	Pleje/omsorg	11	1	12
Glostrup Hospital	Service	16		16
	Kontor	5	2	7
	AC+lign	3		3
	Pleje/omsorg	8		8
Helsingør Hospital	Kontor	2	1	3
	AC+lign	1		1
Herlev Hospital	Service	36	1	37
	Kontor	26		26
	AC+lign	7		7
	Pleje/omsorg	12	5	17
Hillerød Hospital	Service	4		4
	Kontor	2		2
	AC+lign	1		1
Hvidovre Hospital	Service	22		22
	Kontor	4		4
	AC+lign	3		3
	Pleje/omsorg	3	1	4
Rigshospitalet	Service	6		6
	Kontor	15		15
	AC+lign	25	1	26
	Pleje/omsorg	10		10
Region Hovedstadens Apotek	Service	9		9
	Kontor	1	1	2
	AC+lign	1	1	2
Region Hovedstaden - Handicap	Service	5	1	6
	Kontor	1		1
	AC+lign	1		1
	Pleje/omsorg	1		1
Region Hovedstadens Psykiatri	Service	6	8	14
	Kontor	3		3
	AC+lign	13	2	15
	Pleje/omsorg	1		1
Koncernstabe	Service	1		1
	Kontor	2		2
Regionen total		378	39	417

gemodtagerne, primært i forhold til uddannelses- og erhvervsferfaringsmæssig baggrund. På den baggrund måtte regionen bl.a. forvente, at efterspørgslen ville ændre sig til bestemte typer job. Der har gennem 2010 været en stigning i efterspørgslen af job til ufaglærte.

Hvert år udmelder Beskæftigelsesministeren en årlig løntilskudskvote, som regioner, stat og kommuner er forpligtede til at stille til rådighed. Region Hovedstadens kvote for 2010 var 907 helårsplasser, mens den for 2011 er 832. Det er primært job inden for bl.a. kontorområdet, serviceområdet, IT-området samt job til akademikere, der efterspørges og som regionen bedes om at oprette.

Afskedigelser og ansættelsesstop i Region Hovedstaden har gennem 2010 haft stor betydning for løntilskudsordningen, med bl.a. efterspørgslen af nye jobtyper fra faggrupper, der traditionelt ikke har efterspurgt løntilskudsjob. Det har været en balanceakt, at afskedige fastansat personale og samtidig ansætte ledige i løntilskud. Denne balanceakt har regionens virksomheder formået at tackle særdeles smidigt.

Sygeplejerskerne har været en af de nye faggrupper i forhold til løntilskudsansættelser. På baggrund af bekymring for nyuddannede sygeplejerskers jobsituation fra hhv. Dansk Sygeplejeråd og en række afdelinger på regionens hospitaler, blev der i efteråret 2010 taget initiativ til at iværksætte et løntilskudsprojekt. I foråret 2011 startede 30 nyuddannede sygeplejersker således i det introduktionsprogram, som regionen tilbyder nyansatte sygeplejersker.

Der er i beretningsperioden søsat en række andre løntilskudsprojekter bl.a. for ledige akademikere, servicemedarbejdere og portører.

Løntilskudsordningen koordineres og administreres af regionens Arbejdsmarkedsafdeling⁶. Afdelingens væsentligste samarbejdspartnere i forhold til løntilskudsordningen er regionens virksomheder og jobcentre. Dertil kommer et løbende samarbejde med Arbejdsmarkedsstyrelsen, Beskæftigelsesregion Hovedstaden og Sjælland samt andre relevante myndigheder. Arbejdsmarkedsafdelingen var i 2010 med i at etablere en tværregional ERFA-gruppe, med repræsentation af de øvrige fire regioner.

5.8. Praktikpladser

Med udgangspunkt i Trepartsaftalen fra 2007, skal dimensioneringen på social- og sundhedsuddannelsen stige i perioden 2008-2015 med 1.100 pladser årligt, hvilket svarer til en samlet stigning på 8.800 pladser i perioden.

Region Hovedstaden har på baggrund af aftalen, etableret i alt 1.351 praktikpladser i 2010 inden for social- og sundhedsassistentområdet og 7 praktikpladser inden for det pædagogiske område – pædagogisk assistentelev.

På baggrund af den øgede dimensionering i 2010 og for at sikre kvalitet i praktikforløbene, har virksomhederne fået tilført 5,0 mio. kr. ekstra til at dække de øgede omkostninger til vejleder ressourcer.

Regionen indgik i 2007 en driftsaftale med regionens kommuner, der bærer arbejdsgiveransvaret og sikrer ansættelse af alle social- og sundhedsassistenteleverne. Regioner er praktikvært for alle elever i den somatiske praktik, og for halvdelen af eleverne i psykiatrien. Den afsluttende praktikperiode er i den kommunale sektor.

Driftsaftalen er opsagt efter aftale mellem kommunerne, idet regionen pr. 1. januar 2012 selv ønsker at stå for ansættelse af eleverne. Dermed får regionen en bedre økonomistyring og indflydelse på elevansættelserne.

Flere praktikpladser – 103 pladser på erhvervsuddannelsesområdet i 2010

Siden midten af 2008, har et stigende antal unge på grund af den økonomiske afmatning, stået uden en privat eller offentlig praktikplads. Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner indgik derfor en aftale den 27. november 2009, om oprettelse af ekstra praktikpladser i 2010 i kommuner og regioner. Målet var, at skabe ekstra praktikpladser til et antal unge i kommunalt og regionalt regi, og samtidig bidrage til kvalificeret arbejdskraft til det fremtidige arbejdsmarked.

Aftalen betød, at Region Hovedstaden skulle oprette 103 nye praktikpladser på erhvervsuddannelsesområdet i 2010.

Alle virksomheder har, på baggrund af udmeldt fordelingsnøgle, etableret og bidraget til opnåelse af kravet om de ekstra praktikpladser i 2010. De ekstra praktikpladser er etableret inden for de traditionelle elevområder; lægesekretær, ernæringsassistent, hospitalsteknisk assistent, serviceassistent og IT- og kontorområdet, samt den nye uddannelse som operationstekniker.

Ligeledes er der for 2011 indgået aftale mellem Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, om ekstra praktikpladser i kommunerne og regioner. Aftalen medfører, at Region Hovedstaden skal oprette 122 nye praktikpladser i 2011.

5.9. Arbejdsulykker

Regionen er selvforsikret på arbejdsskadeområdet, hvilket betyder, at de enkelte virksomheder selv afholder udgifterne til arbejdsskadeerstatninger. Arbejdsulykker bliver anmeldt i A-skade, som er et arbejdsskaderegistreringssystem.

I 2010 blev det muligt, at lave interne registreringer af vold og trusler om vold i A-skade. Baggrunden er, at mange oplever at vold og trusler om vold, befinder sig i en grå-zone i forhold til arbejdsulykker. Ofte kan hændelser som fx verbale trusler, skub eller spark ikke karakteriseres som en ulykke. Men der kan være risiko for at gentagne udsættelser, kan medføre sygefravær på grund af de psykiske belastninger. Derfor kan interne registreringer af vold og trusler bruges som dokumentation, såfremt der en dag bliver tale om, at den ansatte får en arbejdsskade på grund af de gentagne episoder.

Med registreringen bliver det endvidere muligt, at danne sig et statistisk overblik over en række oplysninger relateret til episoderne. Disse oplysninger vil udgøre et dokumentationsgrundlag, i forhold til at lave indsatser og forebyggelse i forhold til vold og trusler om vold.

I 2010 blev der anmeldt 2.310 arbejdsulykker. 586 af ulykkerne, medførte fravær fra arbejdet. Af disse, med-

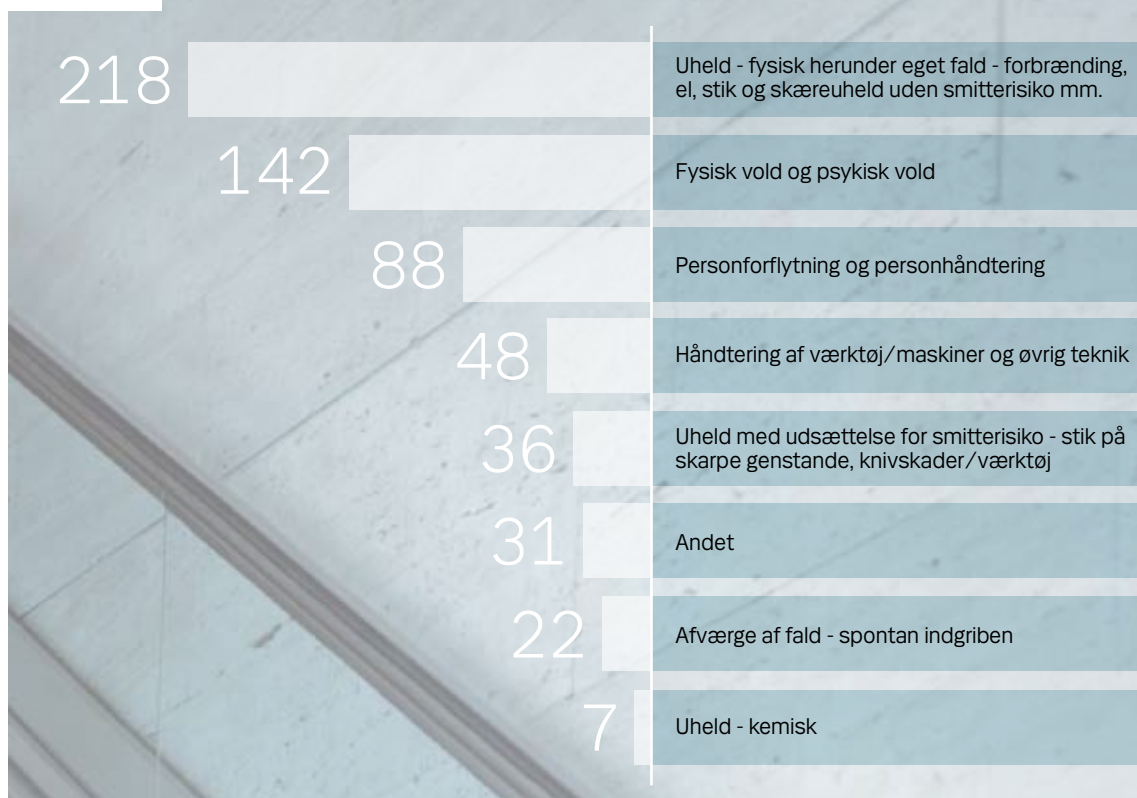
førte 90 af ulykkerne fravær på en måned eller derover, mens 276 af ulykkerne medførte fravær på mere end 3 dage, men mindre end en måned. Antallet af ulykker er stort set uændret sammenlignet med 2009, hvor det samlede antal ulykker var 2.370.

Fakta om arbejdsulykkerne:

- Den hyppigst forekommende ulykke, er karakteriseret ved at skadeslidte er faldet, klemmt, forbrændt eller har haft et stik- eller skæreheld (37 %),
- Det næst hyppigste type ulykke, er karakteriseret ved at skadeslidte har været udsat for fysisk eller psykisk vold (24 %). Dette er en stigning sammenlignet med 2009, hvor andelen af denne type ulykke udgjorde 18 %,
- Ryggen er den del af kroppen, der hyppigst er udsat for skade, når en arbejdsulykke medfører fravær (14 %),
- Blandt ulykker, der ikke medfører fravær, er fingrene den hyppigst skadede legemsdel (39 %). Dette skal sandsynligvis ses i sammenhæng med, at hovedparten af de anmeldte ulykker uden fravær, skyldes kontakt med spids genstand som fx kanyler (31 %).

Figur 5.9.1

Antal anmeldte arbejdsulykker med fravær i 2010 fordelt på skadeskategori



I 2010 var sygefraværet 5,1 % i regionen. Arbejdsulykker udgjorde 1,1 % af det samlede sygefravær. Af det samlede langtidssygefravær udgjorde arbejdsulykker 2,2 %. Dette er et markant fald fra 2009, hvor arbejdsulykker udgjorde 3,3 % af det samlede langtidssygefravær.

Det har under indsatserne på arbejdsmiljøområdet været frivilligt for virksomhederne, om de vil arbejde med en særlig forebyggende indsats af arbejdsulykker. Nogle af virksomhederne har valgt at sætte særlig fokus på dette område. Disse virksomheder har arbejdet med at reducere og forebygge ulykker gennem fx

- Kurser, hvor deltagerne lærer konkrete metoder til at forebygge ulykker,
- Specifikke kurser om forebyggelse af stik- og skæreskader,
- Ergonomi- og kemikaliekortlægninger,
- E-læring til introduktion af forflytnings-teknikker,
- Workshop for arbejdsmiljøgrupperne i håndtering og læring af forebyggelse af arbejdsulykker.

5.10. Afgørelser (påbud) fra arbejdstilsynet

Arbejdstilsynets besøg på Region Hovedstadens 16 virksomheder, har i 2010 givet anledning til 40 reaktioner. Af de 40 reaktioner, var 37 reelle overtrædelser inden for kategorierne: påbud med frist, strakspåbud, rådgivningspåbud, overtrædelse af arbejdsmiljøloven og afgørelse om psykisk arbejdsmiljø. Den hyppigste overtrædelse var inden for området psykisk arbejdsmiljø med i alt 14 afgørelser. Inden for områderne støj og ulykkesrisici, er der afgivet henholdsvis syv og seks påbud.

To af de i alt 40 reaktioner var "vejledninger" – en vejledning er en skriftlig anbefaling til virksomheden. Herudover blev et udstedt påbud tilbagekaldt af Arbejdstilsynet efter virksomhedernes klage.

Sammenligning af afgørelser fra år til år, giver ikke et retvisende billede af de reelle arbejdsmiljøforhold på regionens virksomheder. Arbejdstilsynet besøger kun en del af arbejdspladserne, og har i en række tilfælde et særligt fokus på bestemte arbejdsmiljøforhold, fx psykisk arbejdsmiljø.

Inden for kategorien "psykisk arbejdsmiljø" er der givet flest påbud knyttet til stor arbejdsbelastning og tidspres

Tabel 5.9.2

Antal anmeldte arbejdsulykker med og uden fravær i 2009 og 2008 fordelt på virksomhedsområde

Virksomhed	Antal anmeldte arbejdsulykker				Total 2009	Total 2010
	Uden fravær 2009	Uden fravær 2010	Med fravær 2009	Med fravær 2010		
Amager Hospital	27	19	10	5	37	24
Bispebjerg Hospital	137	163	46	45	183	208
Bornholms Hospital	28	19	9	7	37	26
Frederiksberg Hospital	56	50	12	12	68	62
Frederikssund Hospital	23	28	7	7	30	35
Gentofte Hospital	102	117	29	36	131	153
Glostrup Hospital	164	166	50	21	214	187
Helsingør Hospital	15	23	6	7	21	30
Herlev Hospital	186	233	66	53	252	286
Hillerød Hospital	287	182	62	52	349	234
Hvidovre Hospital	131	122	46	57	177	179
Rigshospitalet	359	394	61	78	420	472
Region Hovedstadens Apotek	26	41	11	11	37	52
Region Hovedstaden - Handicap	69	49	55	64	124	113
Region Hovedstadens Psykiatri	160	118	123	129	283	247
Koncernstabe	2	0	5	2	7	2
Regionen total	1.772	1.724	598	586	2.370	2.310

Tabel 5.10.1

Reaktioner fra Arbejdstilsynet fra 2009 og 2010

	2009	2010
Påbud med frist	22	16
Strakspåbud	14	4
Rådgivningspåbud	7	5
Politianmeldelse	1	0
Afgørelse om psykisk arbejdsmiljø	10	11
Overtrædelse af arbejdsmiljøloven, uden påbud	0	1
Reelle overtrædelser	54	37
Vejledninger	11	2
Tilbagekaldte påbud	8	1
I alt	73	40

samt vold og trusler. Psykisk arbejdsmiljø har både i 2009 og 2010 været et højt prioriteret indsatsområde for Arbejdstilsynet.

virksomhedsniveau kan tages action på Arbejdstilsynets afgørelser for at forebygge problemer i arbejdsmiljøet.

Der er afgivet tre "bygherrepåbud", som helt specifikt er knyttet til manglende eller utilstrækkelig "Plan for sikkerhed og sundhed", som er bygherrens ansvar. En bygherres ansvar er bl.a. fællesområder på byggepladsen. To af de tre bygherrepåbud var strakspåbud.

Sammenfattende kan det konstateres, at der er betydelig forskel på antal afgørelser i 2009 og 2010, idet der i 2009 har været væsentlig færre reelle afgørelser fra Arbejdstilsynet til virksomhederne end i 2010. Der ses en stor spredning i antallet af påbud inden for de enkelte emner, ligesom der er spredning i antallet af afgørelser til de enkelte virksomheder. Der er i 2010 givet afgørelser til otte af regionens 16 virksomheder – hvorfra to virksomheder kun har modtaget en enkelt afgørelse. Seks af de virksomheder, der ikke har modtaget afgørelser fra Arbejdstilsynet er hospitaler, der ikke kan karakteriseres som havende et hverken ringere eller bedre arbejdsmiljø end de øvrige hospitaler.

Årsager til det faldende antal afgørelser i 2010 sammenholdt med 2009 kan skyldes, at Arbejdstilsynet har besøgt virksomhederne mindre i 2010, og dermed givet færre påbud. Arbejdstilsynet har oplyst, at deres "produktion" har været faldende i 2010 (dvs. færre besøg og færre afgørelser). Fra de øvrige regioner er der også forlydender om færre besøg i 2010. Det er dog ikke muligt, at få oplyst antallet af besøg fra Arbejdstilsynet.

Koncern HR overvåger Arbejdstilsynets afgørelser hver måned, og sender månedligt oversigter til koncerndirektion, virksomhedsdirektionerne, RegionH MED-udvalget og regionsforum for arbejdsmiljø. Formålet er, at der på

Region Hovedstadens organisation 2010

Regionsrådet og øvrige politiske organer - Regionen ledes af 41 folkevalgte politikere

Koncerndirektionen - Består af regionsdirektøren og fire koncerndirektører

Udvidet direktion - Består af koncerndirektionen og de 14 virksomhedsdirektører

Samlet koncerndledelse - Består af koncerndirektionen, de 14 virksomhedsdirektører, hospitalschefen på Bornholms Hospital, de 8 centerdirektører på Rigshospitalet og de 9 stabsdirektører

15 virksomheder:

Region Hovedstadens Psykiatri

Amager Hospital

Bispebjerg Hospital

Bornholms Hospital

Frederiksberg Hospital

Frederikssund Hospital

Gentofte Hospital

Glostrup Hospital

Helsingør Hospital

Herlev Hospital

Hillerød Hospital

Hvidovre Hospital

Rigshospitalet

Region Hovedstaden - Handicap

Region Hovedstadens Apotek

9 stabe:

Koncern Sekretariatet

Koncern HR

Koncern IT

Koncern Kommunikation

Koncern Miljø

Koncern Plan og Udvikling

Koncern Praksis

Koncern Økonomi

Koncern Regional Udvikling



**Region
Hovedstaden**

**Årsberetning for personale-
og arbejdsmiljøområdet
2010/2011**

Godkendt af regionsrådet
d. xx. xxxxx 2011

Ansvarlig enhed
Region Hovedstaden
Koncern HR
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 4820 5000
E-mail: hr@regionh.dk
www.regionh.dk

Grafisk design
Grafik & TV
Koncern Kommunikation

Foto
Colorbox
Personfoto: Frank Ulstrup

Tryk
Rosendahls-schultzgrafisk

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Sag nr. 7

Emne: R-dgiverudbud og projektkonkurrence for nyt neurorehabiliteringshus
og projektering af p-hus p- Glostrup Hospital

1 bilag



**Glostrup
Hospital**



Ideoplæg for nyt Neurorehabiliteringshus

August 2011



Neurorehabiliteringshus
ved Glostrup Hospital



Indholdsfortegnelse

	Side
1. Nyt Neurorehabiliteringshus.....	1
1.1 Unikke behandlings- og udviklingsmuligheder	1
1.2 Neurorehabiliteringspatienter har behov for fysisk plads	2
1.3 Patientsikkerhed og arbejdsmiljø	3
2. Nyt Neurorehabiliteringshus.....	4
2.1 Bygningmæssige overvejelser	4
2.2 Parkeringshus og flytning af kølecentral	5
3. Dimensionering	6
3.1 Beregning af sengebehov	6
3.2 Arealbehov til neurorehabiliteringspatienter	6
3.3 Investeringsplan til nyt Neurorehabiliteringshus.....	8
4. Tidsplan og periodiseret anlægsøkonomi	9
5. Fremtidige udbygningsmuligheder	10
6. Udbudsstrategi.....	11
6.1 Udbud af Neurorehabiliteringshus	11
6.2 Udbud af parkeringshus.....	11
7. Organisering	12



1. Nyt Neurorehabiliteringshus

1.1 Unikkebehandlings- og udviklingsmuligheder

Etablering af et Neurorehabiliteringshus giver unikke behandlingsudviklingsmuligheder!

Glostrup Hospital er specialhospital inden for bl.a. neurorehabilitering. Der er med Hospitalsplanen skabt grundlag for bygning af et nyt Neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital. Rehabiliteringshuset skal danne de fremtidige rammer for den højt specialiserede neurorehabilitering i regionen, som skal tilbydes patienter med:

- Traumatisk hjerneskade, som i dag bliver behandlet på Hvidovre Hospital¹
- Rygmarvsskade, som i dag bliver behandlet på Hornbæk
- Svært skadede patienter med komplekse hjerneskader, som følge af svær apopleksi, iltmangel, forgiftning, hjernebetændelse m.fl.²

En samling af den højt specialiserede neurorehabilitering på Glostrup Hospital i et nyt rehabiliteringshus vil sikre unikke rammer for behandling af patienterne på et højt tværfagligt niveau, samt medvirke til at øge livskvaliteten for de indlagte patienter.

Samling og øget specialisering af neurorehabilitering på Glostrup Hospital skal ses i sammenhæng med, at rehabilitering skal foregå på neurologiske afdelinger og højt specialiserede afdelinger, hvor en række specielle behandlingstilbud er tilstede, f.eks. mulighed for intensiv og respiratorbehandling, spasticitetsbehandling og neuropsykologi.

Det er vigtigt, at der er et tilstrækkeligt patientvolumen tilstede, for at personalet kan opnå og vedligeholde relevante neurofaglige kompetencer og skabe mulighed for at indkøbe, vedligeholde og anvende avanceret rehabiliteringsteknologi og andre træningsfaciliteter, der kræver større investeringer.

¹ Organisatorisk er afdelingen en del af Glostrup Hospital

² Denne patientgruppe skal ifølge de netop offentliggjorte forløbsprogrammer (15. juni 2011) fremover tilbydes neurorehabilitering på højt specialiseret niveau. Det vurderes i forløbsprogrammerne, at disse patienter i dag ikke modtager en tilstrækkelig specialiseret træning i det danske sygehusvæsen. Patienterne behandles i dag på neurologiske, medicinske, ortopædkirurgiske, onkologiske afdelinger i regionen samt på Neurocenter Hammel og Kurhus.

Nye muligheder for samarbejde mellem hospital, kommuner og praksis

I de nye faciliteter skal der skabes nye og bedre muligheder for at styrke et nyt og velfungerende samarbejde mellem hospital, kommuner og praksis. Det skal være muligt i fællesskab at afprøve nye teknologier, oplæring i brug af it-udstyr, der understøtter tværsektoriel kommunikation og uddannelse til gavn for patienterne.

Åbner op til det øvrige samfund

Med henblik på at give patienterne den optimale genoptræning og en tro på fremtiden skal patienten i behandlingsforløbet have mulighed for at benytte avancerede træningsfaciliteter, som vil stå til rådighed for alle relevante patientgrupper på Glostrup Hospital.

Udover at skabe unikke træningsmuligheder for patienterne vil Glostrup Hospital kunne øge samarbejdet med kommunerne, lokale handicapdrætsforeninger og andre interesserede. Dette understøtter et samarbejde omkring patienten med andre interessenter, øger livskvaliteten for de indlagte patienter og muliggør, at f.eks. handicapdrætsfolk kan fungere som rollemodel for patienter under rehabilitering.

Forskning, uddannelse, udvikling

Et tilstrækkeligt stort patientvolumen medfører nye fremtidsmuligheder inden for forskning, uddannelse og udvikling.

Ved placeringen af et nyt rehabiliteringshus i Glostrup skabes unikke muligheder for at samarbejde med allerede veletableret neurologisk forskermiljø i verdensklasse.

Det store patientvolumen, og tilstedeværelsen af ny og avanceret rehabiliteringsteknologi, vil skabe exceptionelle rammer for klinisk forskning, udviklingsarbejde og innovativ forskning, f.eks. i samarbejde med danske eller udenlandske firmaer, der udvikler og producerer hjælpemidler og rehabiliteringsteknologi.



Skitse fra forslag til nyt Neurorehabiliteringshus, Generalplan 2009

1.2 Neurorehabiliteringspatienter har behov for fysisk plads

Hjernen og rygmarven er involveret i at styre og kontrollere alt, hvad vi mennesker gør. Patienter med neurologiske skader er svært handicappede og har i lange perioder behov for hjælp til næsten alt. Rehabilitering starter akut og udføres ofte i lange perioder på rehabiliterings-/patientstuen.

Rygmarvsskadede patienter har svære symptomer i bevægeapparatet og omfattende problemer med at afkode sansemæssige indtryk.

Mennesker med komplekse hjerneskader har kombinationer af handicappende symptomer som f.eks. lammelser af arme og ben, påvirket evne til at kommunikere med omverdenen, problemer med at opfatte sanseindtryk og omsætte dem til meningsfulde informationer, forstyrret adfærd og ændret personlighed. Ofte er basale kropsfunktioner, som kontrol af afføring, smertensans og vejrtrækning, påvirket hos alle disse patientgrupper.

Indlæggelsestiden er meget lang – ofte mange måneder og i nogle tilfælde op til et år. Neurorehabiliteringspatienter har behov for fysisk plads fordi:

- Mange faggrupper, pårørende og hjælpere er involveret i patientens behandling, pleje og træning på patientstuen.
- Patienterne skal i lange perioder flyttes mellem faciliteter liggende eller bevæger sig rundt i specielt byggede kørestole.
- Patienterne har pladskrævende hjælpemidler (kørestole, badebrikse, gangstativer mm.), hvilket forudsætter, at der på stuerne og badeværelserne er venderadius tilpasset hjælpemidlerne.
- Almindeligt inventar (senge, borde, stole, toiletter) er ofte større(ikke-standardstørrelser), og der er ofte brug for ekstra-udstyr.
- Patienter med udtalte sensomotoriske skader og adfærdsforstyrrelser/forvirring kan have behov for fysisk afskærmning og særlig lejring, hvortil der anvendes kugledyner, puder mv.

1.3 Patientsikkerhed og arbejdsmiljø

Byggeriet skal have fokus på patientsikkerhed

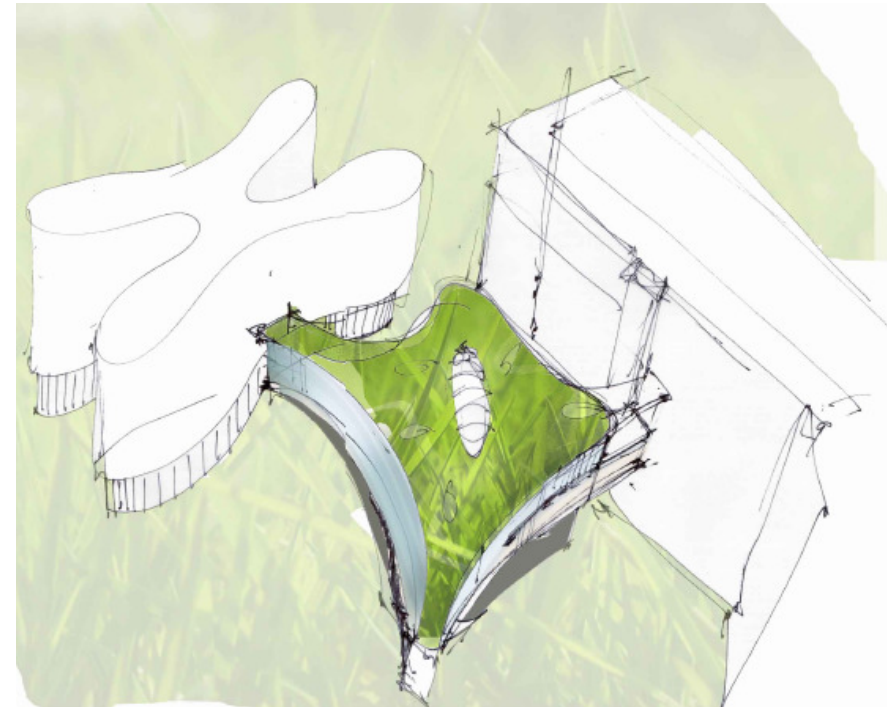
Der skal i forbindelse med byggeriet undersøges og implementeres en lang række anbefalinger til, hvordan patientsikkerheden øges. I forhold til neurorehabiliteringspatienterne er der bl.a. følgende anbefalinger:

- Der er evidens for, at sikkerhed øges, når patienter har enestuer (Dansk Selskab for Patientsikkerhed).
- Kommunikation med patienter med sproglige problemer udfordrer patientsikkerheden. Sikkerheden øges, når kommunikationen foregår på rummelige enestuer med plads til hjælpemiddelteknologi.
- Risiko for fald og anden tilskadekomst øges når hjerneskadede patienter har fysiske, opmærksomhedsmæssige, sproglige, kognitive symptomer. God plads er en faktor, der kan nedsætte denne risiko ("Orden og overblik" Dansk Selskab for Patientsikkerhed).

Arbejdsmiljø indtænkes i det nye byggeri

Der skal også undersøges og implementeres en række anbefalinger i forhold til personalets arbejdsmiljø. Nogle af anbefalingerne til arbejdsmiljøet for personale, som er beskæftiget med neurorehabilitering, er f.eks. at:

- Tilstrækkelig plads mindsker risiko for arbejdsskader i forbindelse med lejrning, forflytning, mobilisering og træning af patienter med motoriske og kognitive symptomer.
- Muligheden for at skabe rum mellem patient og personale mindsker risikoen for at personale udsættes for vold/overgreb, når hjerneskadede patienter har udad reagerende og aggressiv adfærd.



*Skitse fra forslag til nyt Neurorehabiliteringshus, Generalplan 2009
"Hjertet" i midten med træningsfaciliteter og adgang til nuværende bygninger*

2. Nyt Neurorehabiliteringshus

2.1 Bygningsmæssige overvejelser

Bygning af et specialiseret Neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital vil kunne forventes at stå klar om ca. 6 år.

Det nye rehabiliteringshus vil optimalt kunne placeres sydvest for bygning 05 i direkte kontakt med haveanlægget og med funktionelle forbindelser til det eksisterende hospital. Nybygningerne vil skulle udføres i en moderne og tidssvarende arkitektur, men tilpasset og i samhørighed med de eksisterende bygninger. Det samlede bygningsanlæg udgør godt 21.000 m² brutto.

Mens det eksisterende hospital kan byde på faciliteter til en del af behandlingen - f.eks. de tværgående specialer - vil det nye byggeri med moderne, højteknologiske og humanistiske omgivelser skabe rammen om størstedelen af behandlingen/rehabiliteringen. Udover rehabiliterings-/patientstuer vil nybyggeriet rumme bl.a. ambulatorier, træningsfaciliteter og forskningsområder.

De nye bygningsmæssige rammer

Arkitektonisk skal huset favne patienter, personale og pårørende med lys og rumlighed - et hus som distancerer til lange lige kliniske gange - men via organisk formede gange og varierede lysindfald giver alle en oplevelse. Den arkitektoniske opgave vil således være- sammen med de kommende brugere - at binde en lang række hensyn sammen:

- Tidssvarende og fremtidssikrede rehabiliteringsfaciliteter, som lever op til Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer
- Tidssvarende og fremtidssikrede patientstuer med eget bad og toilet
- Faciliteter til uddannelse, udvikling og forskning - rationel sammenhæng til det øvrige hospitalskompleks
- Tidssvarende internt og eksternt arkitektonisk udtryk mhp. at indarbejde den nyeste viden om trivsel
- Sammenhæng mellem den stationære sengeaktivitet, ambulatorieaktivitet og rehabilitering
- Mulighed for aktiviteter uden for det egentlige hospitals miljø (pårørende, rollemodelsfunktioner, udslusning, mv.)

Målet er en naturlig samhørighed til det eksisterende hospital samtidig med, at det nye kompleks vil fremstå med en helt særegen integritet qua sin beliggenhed og særlige specialiserede viden.

Bæredygtighed

Neurorehabiliteringshusets skal tænkes som et meget energibevist hus med et stærkt arkitektonisk udtryk, hvor bæredygtighed og arkitektur smelter sammen til et homogent hele. Byggeriet vil optimalt, både visuelt og usynligt, skulle indeholde tiltag, der er til fordel for personale, patienter og pårørende ud fra de tre bæredygtighedsaspekter:

- Økonomisk, social og miljømæssig bæredygtighed.

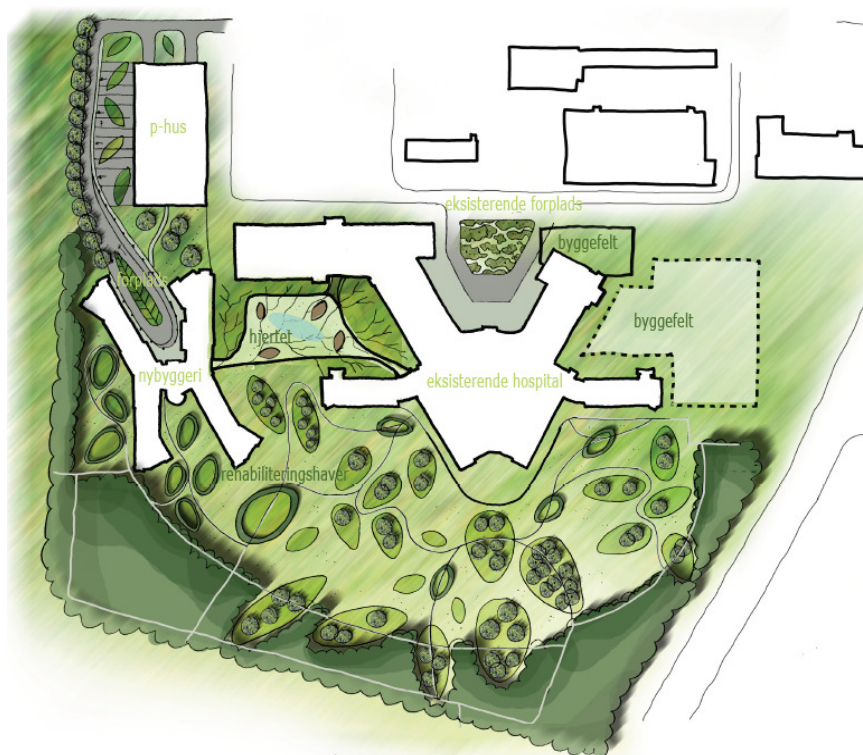
Det færdige resultat skal være bygninger, der tager afsæt i den rationelle drift og i patientplejen/behandlingen, hvor:

- Arkitekturen understøtter de helbredende og rehabiliterende elementer og arbejdsmiljøet
- Logistik og den tekniske drift medvirker til fremtidens behov for fleksibilitet
- Hensyn til miljøet understøtter valg af byggetekniske løsninger

Det grønne anlæg og rehabiliteringshaver

Det nye Neurorehabiliteringshus skal kunne placeres i umiddelbar forbindelse til det eksisterende haveanlæg. Fra den nye bygning vil der skulle være frit udsyn og adgang direkte til parken, så bygningen vil få karakter af at ligge i parken.

Det grønne anlæg vil herudover skulle tænkes aktivt ind i rehabiliteringsopgaven. Der skal skabes et uderum med blandt andet terapi- og sansehaver og områder med forskellige typer af belægninger til brug for trænings-situationer.



Skitse med placering af nybyggeriet og nyt p-hus, Generalplan 2009

2.2 Parkeringshus og flytning af kølecentral

Antallet af parkeringspladser på Glostrup Hospital er ikke tilstrækkeligt i dag, og Glostrup Kommune har betinget, at der ved nybyggeri skal etableres et parkeringshus. Som en del af nybyggeriet opføres et fremtidssikret parkeringshus på den vestligste af hospitalets nuværende parkeringsarealer.

Parkeringshuset skal samtidig huse kølecentral, som det vil være nødvendigt at flytte for at få plads til nybyggeriet. Det udnytter hospitalets arealer effektivt frem for at skulle udlægge et betydeligt område i terrænet.

Målet er et parkeringshus, der symboliserer vores visioner om bæredygtighed med åbne, grønne plantevægge, der har unikke egenskaber til forsinkelse af regnvand og bidrager positivt i CO₂-balancen.

3. Dimensionering

3.1 Beregning af sengebehov

Patientantal er fremskrevet til 2020 ud fra:

- Befolkningsprognose 2020 opdelt på kommuner/bydele
- Standardiserede ratetal for patientudvikling og liggetid

I befolkningsprognosen 2020 benyttes den patientspecifikke aldersfordeling. De standardiserede ratetal er for perioden 2005-2009. Disse ratetal omfatter Region Hovedstadens patienter fordelt på specialer og benyttes i fremskrivning og beregning af kapacitetsbehov for:

- Traumatisk Hjerneskade (fra Hvidovre)
- Rygmarvsskadede (fra Hornbæk)

Hertil kommer patientgruppen med svært skadede patienter med komplekse hjerneskader (jf. side 1):

- Neurorehabiliteringspatienter på højt specialiseret niveau

Behovet for senge til de nye patientgrupper er estimeret ud fra data i Landspatientregistret (LPR) for 2010. Her antages på højt specialiseret niveau en gennemsnitlig liggetid på 100 dage og en gennemsnitlig belægning på 85 %.

Sengebehov i nyt Neurorehabiliteringshus

Senge 2020 (85%) Kapacitetsbehov	Sengedage 2020 (1)	Std.(2) ratetal	Frem- skrivning	Beregnet senge	Senge 2020
Traumatisk hjerneskade	10.001	-0,9%	9.137	29,4	30
Rygmarvsskadede - Hornbæk	13.988	-0,9%	12.779	41,2	41
Højt specialiseret apopleksi og TBI+ (3)			9.928	32,0	32
I alt (inkl. udvidelse højt specialiseret)			31.843	102,6	103

(1) Demografisk fremskrevet

2011.06.20

L&LAS 1256_02.1.H54.CP

(2) Gennemsnitlig udvikling pr. år baseret på udviklingen fra 2005-2009

(3) TBI = Traumatic Brain Injury (Traumatisk hjerneskade)

3.2 Arealbehov til neurorehabiliteringspatienter

Genoptræningen af patienter med neurologiske skader starter hurtigst muligt (dvs. så snart patienten er stabiliseret) og således allerede på rehabiliterings-/patientstuen, hvilket kræver tilstrækkeligt plads på stuen.

Enestuerne skal have mulighed for fleksibel indretning af hensyn til individuelt rehabiliteringsbehov. Da neurorehabiliteringspatienter hurtigt bør flyttes fra intensivt afsnit til stationært afsnit, skal stuerne kunne håndtere behandling af patienterne på "semiintensivt" niveau. Mange patienter starter rehabiliteringen meget dårlige, og i denne periode vil en stor del af rehabiliteringen derfor foregå på stuen og badeværelset. Dette kræver plads til såvel personale som træningsudstyr. Senere i rehabiliteringsforløbet kan en del af genoptræningen foregå i de fælles træningsområder.

Patienterne transporteres som oftest liggende eller i specielt byggede kørestole, hvorved der kræves et større areal både på stuen og på badeværelserne. Mange patienter er lammede, højre-/venstreforstyrrede eller på anden vis meget lidt selvhjulpne, og der kan være behov for flere hjælpere omkring patienten på samme tid. Det er endvidere nødvendigt, at der er et særligt hensyn til arbejdsmiljøet for personalet, der arbejder med neurorehabiliteringspatienter, så løfteskader og anden nedslidning forebygges ved etablering af rette fysiske rammer.

Sengeafsnit i nybyggeriet

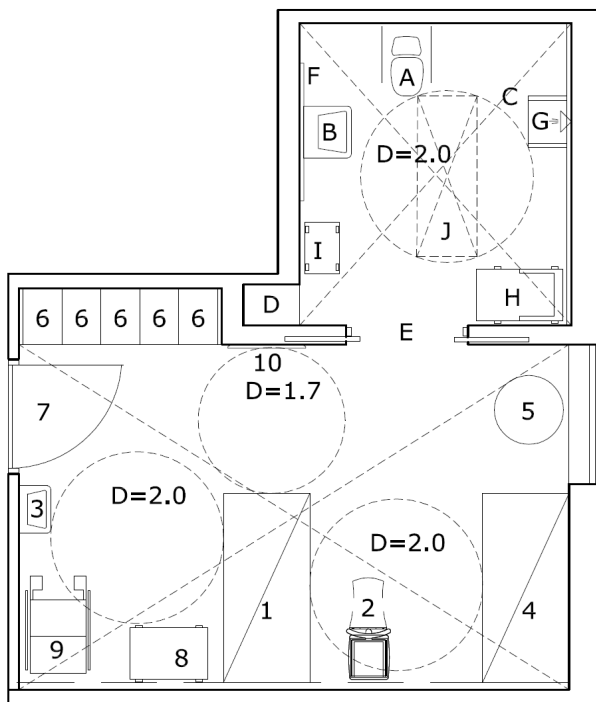
Glostrup Hospital har haft nedsat en brugergruppe, som har vurderet arealbehovet for patientstuen og bad/toilet. Der er udarbejdet en række tegningsforslag til udformning med følgende nødvendige netto arealbehov:

- 27,1 m² til rehabiliterings-/patientstue og 11,3 m² til bad/toilet.

Når man tager udgangspunkt i arealbehovet for rehabiliterings-/patientstuer og bad på 38,4 m² netto, og der skal tilføjes areal til birum på ca. 10 m² netto, anbefales det at benytte en samlet arealstandard på ca. 48 m² netto pr. seng for sengeafsnit til neurorehabiliteringspatienterne i nybyggeriet.

Det er nødvendigt at anvende en anden arealstandard for sengeafsnittet end standarden (35 m²) pga. patientgruppen og deres pladskrævende rehabilitering på rehabiliterings-/patientstuen.

Forslag til rehabiliterings-/patientstue 27,1 m² og bad/toilet 11,3 m² (se note¹)



I forbindelse med den efterfølgende detaljerede planlægning er der mulighed for at gennemføre mock-up studier af rehabiliterings-/patientstue og bad mhp. fastlæggelsen af præcist arealbehov for disse rum.

Samlet arealbehov

Det samlede teoretisk beregnede arealbehov fremgår af nedenstående tabel. Arealbehovet udgør i alt ca. 10.500 m² netto svarende til ca. 21.000 m² brutto ved en brutto/netto-faktor på 2,0.

Teoretisk arealbehov for nyt Neurorehabiliteringshus

Arealbehov Nybyggeri	Antal senge	Antal U/B-rum	Arealstd. m ² netto	I alt m ² netto
Senge				
Traumatisk hjerneskade	30		48	1.440
Rygmarvsskadede - Hornbæk	41		48	1.968
Højt specialiseret (apopleksi og tbi+)	32		48	1.536
Undersøgelsesrum				
Rygmarvsskadede - Hornbæk		1	30	30
Højt specialiseret (apopleksi og tbi+)		5	30	150
Kontorer				
Traumatisk hjerneskade				222
Rygmarvsskadede - Hornbæk				400
Højt specialiseret (apopleksi og tbi+)				312
Særlige behov (Rehabiliteringsfaciliteter jf. tidl. brugerproces)				
Rygmarvsskadede - Hornbæk				1.324
Højt specialiseret (apopleksi og tbi+)				212
Fysio- og ergoterapi				1.536
Forskning og undervisning				800
Indgangsområdet/foyer				100
Logistik, forsyning og service				250
Omkledning				300
I alt, m² netto	103	6		10.579
I alt, m² brutto (b/n-faktor 2,0)				21.158

2011.06.24

L&L AS 1256_02.4.F34.JK

¹ 1. Patientseng, 2. Sengebord, 3. Håndvask, 4. Behandlingsleje/gæsteseng, 5. Hvilestol/gæstestol, 6. Depotskabe, 7. Aut.dør, 8. Træningsbord, 9. El-kørestol, 10. TV, A. Toiletskål, B. Håndvask, C. Væghængt brusearmatur, D. Indbygget depotskab, E. Dobbelt Skydedør, F. Afsætningshylde, G. Væghængt badestol, H. Badestol/toilettol, I. Rullebord/katetervogn, J. Badeleje/kar

3.3 Investeringsplan til nyt Neurorehabiliteringshus

Med udgangspunkt i det estimerede arealbehov og Ekspertpanelets anbefaling af kvadratmeterpris for nybyggeri på 27.000 kr. pr. m² brutto vurderes den samlede anlægsøkonomi til ca. 571 mio. kr. for nybyggeri. Hertil kommer et behov for anlægsøkonomi til p-hus (inkl. tekniske forsyninger) til 95 mio. kr.

I sundhedsaftalen fra maj blev det af regeringen, Dansk Folkeparti og Pia Christmas-Møller besluttet, at afsætte 50 mio. kr. til støtte for etablering af et nyt samlet specialiseret Neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital.

Investeringsplan til Nybyggeri

Anlægsøkonomi (skøn)	Antal senge	Arealbehov m ² brutto (skøn)	Kr. pr. m ² brutto (skøn)	Anlægs- økonomi mio. kr.
Nybyggeri				
P-Hus				95
Neurorehabiliteringshus	103	21.158	27.000	571
I alt				666

2011.06.20

L&L AS 1256_02.4.F69.JK

Anlægsøkonomi til ombygning af eksisterende byggeri ikke medtaget

Behov for ændringer i eksisterende byggeri (som ikke er omfattet af den igangværende ombygning, der afsluttes 2012), som fx indretning af funktioner til øjenafdeling fra Frederiksberg samt flytning af hovedpinecentret og administrative funktioner placeret på psykiatriens område, er ikke medtaget i dette ideoplæg, idet disse indgår i den løbende implementering af Hospitalsplanen og de heraf afledte anlægsøkonomiske behov.

4. Tidsplan og periodiseret anlægsøkonomi

Tidsplan og estimeret anlægsøkonomi for Neurorehabiliteringshus og P-hus

Ar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	i alt mio. kr.
Neurorehabiliteringshus									
Ideoplæg	0,5								0,5
Miniudbud bygherrerådgivning		0,8							0,8
Forberedelse rådgiverudbud		5,0	8,0						13,0
Projektkonkurrence		1,5	2,7	1,0	1,4				6,6
Byggeprogram			4,0						4,0
Lokalplansproces			0,2	0,2	0,2	0,2			0,8
Forslagsfase			4,0	4,0					8,0
Forprojekt og hovedprojekt				3,0	5,0	8,0	8,0		32,0
Licitation					2,0	2,0			4,0
Totalrådg under udførelse					1,0	0,7	0,5	0,5	6,2
Udførelsesfase					20,0	20,0	20,0	44,0	436,0
Ibrugtagning								20,0	59,1
Parkeringshus									
Revideret ideoplæg	0,8								0,8
Lokalplansproces		0,2	0,2						0,8
Prækval og udbud i totalentreprise		1,5							1,5
Projektering		2,0	2,0	2,0	3,5				9,5
Byggeperiode			10,0	15,0	20,0	30,0			75,0
Ibrugtagning				7,4					7,4
Total Rehabiliteringscenter	6,3	13,2	13,8	24,4	74,2	178,0	242,0	19,1	571,0
Total P-Hus	1,2	7,9	78,5	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	95,0
Total år (mio. kr.):	7,5	21,1	92,3	31,8	74,2	178,0	242,0	19,1	666,0
Total år (mio. kr.), 2012 PL	7,5	21,2	92,7	31,9	74,5	178,7	243,0	19,2	668,7

5. Fremtidige udbygningsmuligheder

Det er vigtigt, at sikre, at et nyt Neurorehabiliteringshus på sigt kan udbygges, idet der allerede på nuværende tidspunkt ud fra de nye forløbsprogrammer fra Sundhedsstyrelsen kan ses yderligere patientgrupper, som det kunne være relevant at tilbyde behandling i det nye Neurorehabiliteringshus.

Nedenfor følger en kort beskrivelse af ekstra regionale funktioner, som det på sigt kan overvejes at udbygge projektet med. Det skal derfor sikres, at der er plads til en fremtidig udbygning af Neurorehabiliteringshuset.

Regionale funktioner

I forbindelse med de nye forløbsprogrammer fra Sundhedsstyrelsen opgraderes dele af apopleksiforløbet og TBI+ (TraumaticBrain Injury¹) til Regionsfunktionsniveau. Gruppen af traumatisk hjerneskadede består af flere relativt små patientgrupper (bl.a. cancer i hjernen), og kunne overvejes på sigt at samle disse patientgrupper på Glostrup Hospital.

Det skønnes, at regionsfunktion vedrørende apopleksi har et omfang svarende til 19 senge (heraf er 4 senge allerede på Glostrup Hospital), og regionsfunktionen for TBI+ (TraumaticBrain Injury) 25 senge, og dermed et udvidelsesbehov på i alt 40 senge.

Kapacitetsvurdering "nye patientgrupper" Regionsniveau	Forløb i RegionH (LPR-tal)	Senge i RegionH (LPR-tal)	Allerede indregnet på Glost. Hosp.	Eventuelt yderligere sengebehov
Regional funktion apopleksi	149	19	4	15
Regional funktion TBI mv.	192	25		25
Regional funktion i alt	341	44	4	40

24.06.2011

1256_04.1.O21.HP

Hvis det vælges at lade regionsfunktion vedr. apopleksi og TBI+ (TraumaticBrain Injury) indgå i et omfang svarende til 40 senge og areal til

undersøgelsesrum og kontorer, skønnes det, at arealbehovet svarer til knap 5.000 m² brutto, som nybyggeriet bør kunne udvides med i fremtiden.

Regionalfunktion (apopleksi og TBI+) "nye patientgrupper"	Antal	Arealstd. m ² netto	I alt m ² netto
Senge, apopleksi og TBI+	40	48	1.920
Amb	5	30	150
Kontor			400
I alt, m ² netto			2.470
I alt, m ² brutto (b/n-faktor 2,0)			4.940

2011.05.20

L&LAS 1256_02.4.E54.JK

Etablering af regionsniveau (apopleksi og TBI+) med 40 senge og de tilhørende funktioner vurderes at ville medføre en ekstra anlægsudgift for nybyggeriet på ca. 133 mio. kr., når der benyttes en kvadratmeterpris på 27.000 kr.

¹ Traumatisk hjerneskade



6. Udbudsstrategi

6.1 Udbud af Neurorehabiliteringshus

Neurorehabiliteringshuset udbydes i totalrådgivning efter en 2-faset konkurrencemodell i henhold til Region Hovedstadens anbefalinger for konkurrencemodeller for kvalitetsfundsprojekterne. Herved sikres, at der opnås et resultat, der understøtter de specielle patientbehov og harmonerer med helhed, logistik og infrastruktur i relation til det øvrige hospital

På baggrund af en prækvalifikation udvælges 5-6 rådgiverhold, der i første fase konkurrerer ud fra et brugerprogram og vurderingskriterier, der fastlægges under arbejdet med konkurrencegrundlaget. I anden fase optimeres forslagene efter udbud i forhandling. Det sikres herved, at vurdering og udvælgelse af totalrådgiveren sker med grundlag i solide løsninger baseret på erfaring og med størst mulig sikkerhed for overholdelse af budget, tid og kvalitet.

6.2 Udbud af parkeringshus

Parkeringshuset kan udbydes som fremskudt projekt uafhængig af resten af byggeprojektet. Parkeringshuset udbydes i totalentreprise iht. udbudsdirektivets bestemmelser som begrænset udbud med ca. 5 deltagere.

Udvælgelseskriterierne vil f.eks. være referencer, økonomisk og teknisk kapacitet samt konkurrencemæssige hensyn.

Konkurrence- og tildelingskriterier forventes at blive:

- Funktion
- Arkitektur og design
- Projektorganisation
- Anlægsøkonomi



7. Organisering

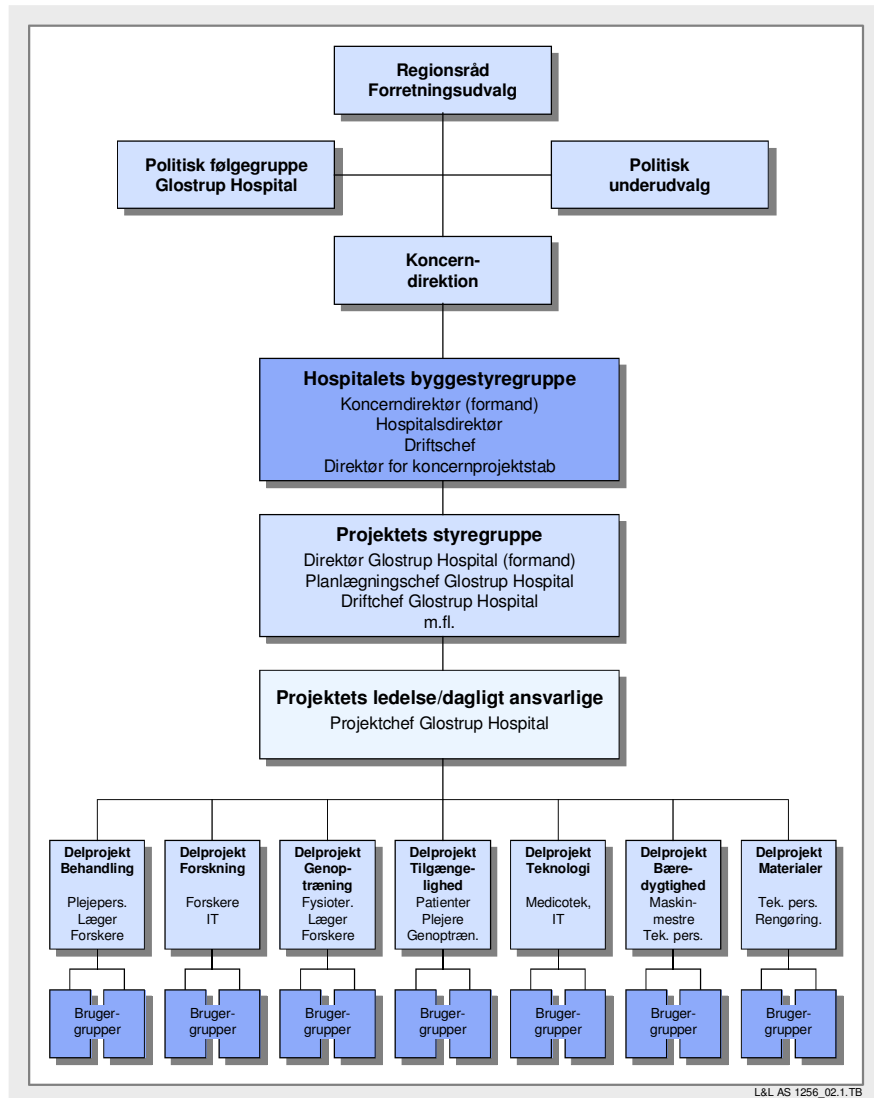
Nybyggeriet på Glostrup Hospital forudsætter, at der på hele hospitalet sker en optimering af arbejdsgange, logistik, den tekniske drift med videre, hvilket vil omfatte en væsentlig del af hospitalets kliniske og tekniske funktioner.

Styringen vil blive forankret i en projektorganisation, hvis daglige ledelse varetages af hospitalets driftschef.

Af regionens styringsmanual fremgår det, at der er følgende administrative beslutningsniveauer:

- Hospitalets byggestyregruppe (formand koncerndirektør)
- Projektets styregruppe (Hospitalsdirektør er født formand)
- Projektets ledelse/daglige ansvar (Direktør/leder)

Projektorganisationen vil løbende blive justeret i takt med at projektet gennemløber byggeriets faser. Der vil blive nedsat en række brugergrupper, som skal kvalificere beslutninger omkring fx indretning, logistik, tekniske løsninger mv.





Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Sag nr. 8

Emne: Afrapportering fra arbejdsgruppen vedr. sponsorpolitik udarbejdelse
af regional sponsorpolitik

2 bilag

NOTAT**Til: Arbejdsgruppen vedr. udarbejdelse af regional sponsorpolitik****Telefon** 48 20 50 00
Direkte 48205723
Fax 48 20 57 77
Web www.regionhovedstaden.dkEAN-nr: 5798001555203
CVR/SE-nr: 29 19 06 23
Journal nr.:
Ref.: Marianne Morgen

Dato: 1. juli 2011

Udkast til Region Hovedstadens sponsorpolitik

Arbejdsgruppen vedr. udarbejdelse af regional sponsorpolitik er af FU blevet anmodet om, at udarbejde et forslag til en overordnet sponsorpolitik for regionen.

På den baggrund har arbejdsgruppen udarbejdet følgende udkast til sponsorpolitik:

SPONSORPOLITIK**Indledning**

Region Hovedstaden finder generelt sponsorering positivt, såfremt sponsoreringen understøtter regionens brand.

Region Hovedstadens har derfor udarbejdet en sponsorpolitik, som fastlægger de overordnede principper for hvordan, der kan indgås aftaler om sponsorering. Sponsorpolitikken gælder sideløbende med de øvrige bestemmelser, der regulerer samarbejdet mellem Region Hovedstaden på den ene side og private virksomheder mv. på den anden side, jfr. sidste afsnit i bilag 1 "Tilgrænsende områder". Sponsorpolitikken skal sammen med regionens øvrige retningslinjer sikre åbenhed og klare regler for samarbejdet. Sponsorpolitikken skal derfor være synlig og let tilgængelig på regionens hjemmesider.

Ved sponsorering forstås i denne sponsorpolitik en persons, virksomheds eller organisations støtte i form af penge eller naturalier til en aktivitet på Region Hovedstadens virksomheder, idet støtten som hovedregel ydes under forudsætning af, at sponsoren får sit navn eller logo vist eller nævnt i forbindelse med aktiviteten.

Sponsorering forudsætter således en konkret aktivitet med deltagelse fra regionen (virksomheden), hvor sponsor giver et helt eller delvist tilskud til finansieringen.

Inden der indgås en sponsoraftale kan virksomhedens direktion i tvivlstilfælde inddrage Koncern Sekretariatet.

Sponsorering

Region Hovedstadens virksomheder kan anvende sponsorering til fremme af:

- Patientinformation og patientvelfærd,
- Forebyggende og sundhedsfremmende tiltag,
- Personalets videreuddannelse og kompetenceudvikling samt et godt arbejdsmiljø,
- Ny teknologi.

Region Hovedstadens virksomheder kan alene anvende sponsorering til arrangementer, som har et klart fagligt sigte og formål – og ikke til arrangementer, som alene eller overvejende er af social karakter.

For arrangementer uden fagligt indhold henvises til Personalestyrelsens vejledning om god adfærd i det offentlige afsnit 6 om modtagelse af gaver mv.

Region Hovedstadens virksomheder skal ved offentliggørelse på deres hjemmesider sikre, at det er synligt, åbent og kendt, hvilke aftaler om sponsorering, der indgås.

Når der indgås aftaler om sponsorering, skal følgende betingelser være opfyldt:

1. Sponsoraftaler indgås med virksomhedens direktion, og sponsors indbetaling af beløb til Region Hovedstaden sker til den pågældende virksomhed og optages i virksomhedens regnskab.
2. Der kan ikke anvendes sponsorering, hvis sponsor fremstiller eller repræsenterer et produkt, der vurderes at kunne have skadelig indflydelse på fremme af helbredelse eller forebyggelse af sygdom.
3. Ved gensidig brug af logo, branding, præsentation på hjemmesider mv., skal Region Hovedstadens virksomheder fremstå således, at det ikke af patienter, personale eller offentligheden kan opfattes som om, at Region Hovedstadens virksomheder, ud fra en sundhedsfaglig vurdering, specielt anbefaler brugen af sponsors produkt.
4. Region Hovedstadens ansattes medvirken til gennemførelse af sponsoraftaler skal finde sted uden at de pågældende ydes personligt vederlag herfor fra sponsors side, og som hovedregel inden for den pågældendes normale arbejdstid.
5. Der må ikke foreligge habilitetsproblemer for ansatte i det område, der sponsoreres. Den ansatte kan fx være inhabil, hvis den pågældende har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sponsors virksomhed, eller den pågældende har en nær relation/familiemæssig tilknytning til en person, der har en sådan interesse. Der kan desuden foreligge omstændigheder, som er egnede til at rejse tvivl om den ansattes upartiskhed, fx fordi der er tale om et nært forhold til sponsor, jfr. og-

så afsnit 5 om habilitet i Personalestyrelsens ovennævnte vejledning om god adfærd i det offentlige.

6. Patienters/klienters eventuelle medvirken ved et sponsorat skal altid være frivillig. Ved patienters/klienters medvirken skal der foreligge skriftligt samtykke.

7. Patienters/klienters og ansattes medvirken ved et sponsorat skal ske på en sådan måde, at de medvirkende i optagelser, fotos osv. på en sober måde afspejler virkeligheden på virksomheden, ligesom lovgivning om patienters/klienters medvirken ved fotooptagelser skal overholdes.

8. Indgåelse af sponsoraftaler skal nøje afvejes i forhold til regionens indkøbsaftaler, således at der ikke opstår risiko for, at et sponsorat kan indebære misligholdelse af indgåede indkøbsaftaler. Ligeledes skal det forud for indgåelse af en sponsoraftale afdækkes, om der kan opstå habilitetsproblemer i forbindelse med fremtidige leverandørvalg ved indkøb af produkter og tjenesteydelser på det sponsorede område.

9. Sponsoraftaler skal være tidsbegrænsede og genovervejes med passende mellemrum.

10. Det skal af aftalen fremgå, at sponsor indestår for at overholde lovgivning og internationale konventioner, herunder FNs konventioner om børnearbejde og korruption. Såfremt regionen (virksomheden) i aftaleperioden bliver opmærksom på forhold, som ikke er i overensstemmelse med lovgivning og internationale konventioner, skal aftalen bringes til ophør, medmindre forholdene bringes i overensstemmelse med gældende ret.

Donation af udstyr og testamentariske gaver

Modtagelsen af testamentariske gaver og større donationer, som scannere mv., forudsætter konkret stillingtagen i hvert tilfælde.

Ved godkendelse af donationer og testamentariske gaver, hvis værdi forventes at overstige fem mio. kr. skal koncerndirektionen orienteres forud for godkendelsen.

Afhængig af donationens eller den testamentariske gaves omfang og eventuelle afledte driftsomkostninger skal det vurderes, om modtagelsen af gaven skal forelægges regionsrådet.

De modtagende virksomheder skal under alle omstændigheder sikre sig bevillingsmæssig dækning på både indtægts- og udgiftssiden.

Region Hovedstadens Retningslinjer for administration af helt eller delvist eksternt finansierede forskningsprojekter og andre projekter mv. (<http://regiontranet.regionh.dk/NR/rdonlyres/86A4E89F-E684-43E9-BF07->

0D2A728DCF0F/0/Retningslinjerforadministrationafheltellerdelvisteksterntfinansiere
deforskningsmidlerend.pdf) omfatter ikke direkte testamentariske gaver/legater og do-
nationer, men bruges parallelt for så vidt angår beløbsgrænser, bogføring mv.

(Region Hovedstadens sponsorphilosophi er vedtaget af regionsrådet den ... 2011.)

Bilag 1

RELEVANT LOVGIVNING

Ved indgåelse af sponsoraftaler skal regionen (virksomheden) overholde relevant lovgivning, herunder

- Lovbekendtgørelse nr. 839 af 31. august 2009 om markedsføring (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=126479>).
- Lov nr. 326 af 6. maj 2003 om markedsføring af sundhedsydelser (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9718>).
- Lov nr. 1180 af 12. december 2005 om lægemidler (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10187>).
- Bekendtgørelse nr. 272 af 31. marts 2007 om reklame mv. for lægemidler (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11361>).

Desuden gælder nogle grundlæggende regler i den offentlige sektor, som er beskrevet i Personalestyrelsens vejledning om god adfærd i det offentlige (<http://perst.dk/~media/Publications/2007/God%20adfaerd%20i%20det%20offentlige%20-%20Juni%202007/God%20adfaerd%20juni%202007-pdf.ashx>).

TILGRÆSENDE OMRÅDER

Indledning

På nedenstående områder gælder særlige forhold. Det drejer sig om hhv. forskningsprojekter, herunder forskningskontrakter, samarbejde med lægemiddelvirksomheder i øvrigt og reklamering. Disse områder gennemgås nedenfor.

Forskningsprojekter, herunder forskningskontrakter

For forskningsprojekter gælder den regionale vejledning: Forskning – ansvar, opgaver, organisering og forsøgspersoners rettigheder (regional med psykiatritilføjelser) ([http://heis002/vip/psykiatrien/Shared%20Documents/forskning%20-%20ansvar,%20opgaver,%20organisering%20og%20forsøgspersoners%20rettigheder%20\(regional%20med%20psykiatritilføjelser\).pdf](http://heis002/vip/psykiatrien/Shared%20Documents/forskning%20-%20ansvar,%20opgaver,%20organisering%20og%20forsøgspersoners%20rettigheder%20(regional%20med%20psykiatritilføjelser).pdf)).

Når Region Hovedstadens virksomheder vil indgå en egentlig samarbejdsaftale med virksomheder inden for medico- og medicinalindustrien om afprøvning eller anden produktudvikling, skal dette ske i henhold til retningslinjerne i Region Hovedstadens Håndbog om forskningskontrakter og opfindelser (<http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/866E1EDB-667B-49E8-861F-AF7194D15EF1/0/Håndbogomforskningskontrakterogopfindelser.pdf>).

Området reguleres bl.a. af Region Hovedstadens retningslinjer for administration af helt eller delvist eksternt finansierede forskningsprojekter og andre projekter mv. Disse retningslinjer skal sikre korrekt regnskabsmæssig og administrativ behandling af eksterne midler til finansiering af forskningsprojekter.

Samarbejde med lægemiddelvirksomheder i øvrigt

Etisk Nævn for Lægemiddelindustrien (ENLI) er etableret den 1. april 2011 af Lægemiddelindustriforeningen, Industriforeningen for Generiske Lægemidler samt Parallelimportørforeningen og har afløst Nævnet for Selvjustits på Lægemiddelområdet.

ENLI finansieres af lægemiddelindustrien, men ifølge nævnets statutter er ENLI uafhængig af lægemiddelindustrien og følger et armslængde-princip, som skal sikre, at lægemiddelindustrien ikke kan påvirke de afgørelser, som ENLI træffer, ligesom personer, der er tilknyttet ENLI, ikke samtidig må have tilknytning til lægemiddelindustrien.

ENLI skal sikre kontrol af bl.a. Lægemiddelindustriens kodeks for reklame mv. for lægemidler rettet mod sundhedspersoner (<http://www.enli.dk/Default.aspx?ID=93>). Kodekset indeholder lovgivningen på området samt branchens egne etiske regler (nationale og internationale), der på flere områder går videre, end hvad dansk lov tilsiger.

Det forudsættes, at de lægemiddelvirksomheder, som regionen samarbejder med, overholder ovennævnte kodeks, og at der er åbenhed om kodeks samt nævnets afgørelser. Afgørelserne samt ændringer i kodeks offentliggøres på nævnets hjemmeside, og regionen vil løbende følge op på lægemiddelindustriens kodeks.

Lægemiddelvirksomheders tilstedeværelse og medvirken i undervisning vedrørende valg og brug af lægemidler er desuden reguleret af den regionale vejledning: Medicinindustrien – møder med og undervisning - anmeldelsespligt (<http://heis002/vip/kbhamt/Shared%20Documents/medicinindustrien%20-%20møder%20med%20og%20undervisning%20-%20anmeldelsespligt.pdf>).

Det forudsættes i øvrigt, at den ansatte ikke deltager i arrangementer, hvis deltagelsen kan skabe tvivl om den ansattes upartiskhed i forhold til den pågældende lægemiddelvirksomhed.

Der henvises særligt til § 25 om repræsentation og sponsorering m.m. i bekendtgørelse nr. 272 af 31. marts 2007 om reklame mv. for lægemidler.

Anvendelse af fast ejendom og løsøre til brug for reklamering for andre

Sponsorpolitikken omfatter ikke regionens anvendelse af fast ejendom og løsøre til brug for reklamering for andre.

Lov om kommuners og regioners anvendelse af fast ejendom og løsøre til brug for reklamering for andre (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10275>) giver regionen ret til at anvende fast ejendom og løsøre til brug for reklamering for andre, såfremt reklameringen er i overensstemmelse med markedsføringsloven og anden lovgivning.

Regionens (virksomhedens) anvendelse af fast ejendom og løsøre til brug for reklamering for andre forudsætter konkret stillingtagen i hvert tilfælde. Anvendelse af bygninger og køretøjer til brug for reklamering for andre skal forelægges regionsrådet.

Navn: Medicinindustrien - møder med og undervisning - anmeldelsespligt

Udgiver: Region Hovedstaden



**Region
Hovedstaden**

Dokumenttype:

Administrativ vejledning

Gældende fra:

20. sep. 2010

Udarbejdet af:

Den regionale
Lægemiddelkomité

Godkendt af:

Koncerndirektionen og udvidet
Direktørkreds

Medicinindustrien - møder med og undervisning – anmeldelsespligt

Formål

Er at understøtte, at det altid er strikte lægefaglige vurderinger, der ligger til grund for lægers ordination af lægemidler til patienter, og at dette foregår iht. rekommandationer og beslutninger udstukket af regionens lægemiddelkomitéssystem og Sundhedsfaglige Råd. Med vejledningen sættes fokus på åbenhed omkring hospitalsansattes samarbejde med Medicinindustrien, herunder industriens tilstedeværelse på hospitalerne og forpligtelser ifm. finansiering og/eller udførelse af undervisning af hospitalsansatte. Det er ikke formålet at begrænse forskningssamarbejdet med Medicinindustrien eller begrænse lægers deltagelse i kongresser, idet et samarbejde med industrien på mange måder er ønskværdigt.

Målgruppe og anvendelsesområde

Vejledningen henvender sig til center-, afdelings- og afsnitsledelser, den Regionale Lægemiddelkomité (RLK) Lokale Lægemiddelkomitéer og sundhedspersonale, som er involveret i tilrettelæggelse af lokale møde- eller uddannelsesarrangementer på virksomhederne, hvortil Medicinindustrien bidrager med undervisning i egne lægemiddelprodukter eller generelle emner og/eller finansiering af arrangementet. Endvidere henvender vejledningen sig til Medicinindustrien.

Afgrænsning:

- Vejledningen omhandler ikke stillingtagen til enkelte sundhedspersoners aktiviteter uden for hospitalerne, forskningsprojekter, kongresdeltagelse og rådgivningsfunktioner. På disse områder henvises til allerede eksisterende etiske regelsæt herfor og regionens vejledning om lægers bibeskæftigelse (Jf. [Bibeskæftigelse for læger - oplysningspligt](#)). Når registrering af kongresdeltagelse alligevel nævnes senere, er det for at afdække kvantitet på et hospital i anonymiseret form. (F.eks. 20 overlæger med XX firma, 5 med YY firma), og informationerne skal kun bruges i forbindelse med vurdering af en evt. sammenhæng i forhold til lægemiddelvalg uden for de gældende rekommandationer.
- Medlemmer af den Regionale eller hospitalernes lokale Lægemiddelkomitéer (RLK eller LLK) er ikke berørt, men som supplement til "Retningslinjer vedr. bibeskæftigelse for læger ansat i Region Hovedstaden" ønskes deklarering af alle medlemmer af RLK/LLK uanset sundhedsprofession, med speciel anmærkning om medlemskab af en lægemiddelkomite.
- Vejledningen erstatter på ingen måde gældende regler eller allerede eksisterende anmeldelsesprocedurer, men er et supplement til disse med et helt andet fokus (påvirkning af lægemiddelforbrug generelt og ikke på enkeltperson).

Fremgangsmåde

Medicinindustriens medvirken ved undervisningsforløb på regionens hospitaler

- Repræsentanter fra Medicinindustrien bør kun undervise i produktorienterede emner (produktinformation). Undervisning i mere generel behandling (f.eks. smertebehandling), herunder valg af lægemidler bør ikke formidles af medicinindustriens egne repræsentanter, men skal udføres af sundhedspersoner uden for Medicinindustrien.



- Sundhedspersoner ansat uden for Medicinindustrien må aflønnes heraf - dette skal foregå i fuld åbenhed og deklareres ved mødet af den sundhedsperson, der honoreres af Medicinindustrien, efter givne regler.

Anmeldelse

- Alle arrangementer (undervisning af mere end 3 hospitalsansatte sundhedspersoner), hvor Medicinindustrien medvirker, og som afvikles på matrikler i Region Hovedstaden, skal af det pågældende Medicinalfirma på forhånd anmeldes skriftligt til den pågældende afdelingsledelse (se bilag 1).
- Afdelingsledelsen beslutter, om arrangementet kan afholdes og anfører dette i skemaet, der sendes retur til Medicinalfirmaet.
- **Ved godkendte arrangementer:** Medicinalfirmaet sender kopi af anmeldelsen inkl. afdelingsledelsens accept heraf til:
 - RLK: rlk@bbh.regionh.dk
 - Formand for hospitalets Lokale Lægemiddelkomité.

Anmeldelsen skal indeholde:

- Formål og målgruppe for arrangementet.
- Undervisere fra Medicinindustrien og disses ansættelsessted.
- Hvorvidt undervisere fra Medicinindustrien skal undervise i egne lægemiddelprodukter.
- Hvorvidt undervisningen i lægemiddelprodukter vil blive belyst af andre undervisere uden for det pågældende medicinalfirma.
- Oplysninger om arrangementets finansiering, hvis der indgår midler fra Medicinindustrien.
- *Se anmeldelsesskema i [Bilag 1](#).*
- Afdelingsledelserne skal være særligt opmærksomme i forbindelse med uddannelsesarrangementer med lægemiddelfirmaer, som på mødet repræsenterer ikke-rekommanderede lægemidler.
- Afdelingsledelsen/personalet har ansvar for at orientere om rekommanderede lægemidler og vejledninger udgivet af SFR i forbindelse med undervisning.

Repræsentant fra virksomhedens Lokale Lægemiddel Komité eller klinisk farmakolog kan evt. deltage efter aftale med afdelingen.

Medicinindustriens møder med enkelte sundhedspersoner

- Ønsker en Medicinproducent (konsulent) møde med en eller flere sundhedspersoner (max. 3 stk.) på et af Region Hovedstadens hospitaler eller i psykiatrien (industribesøg), skal mødet være aftalt med den pågældende sundhedsperson og indhold diskuteret på forhånd.
- Dette skal ikke anmeldes til RLK el. formand for den lokale lægemiddelkomite.

Medicinindustri-initierede/sponsorerede studier på hospitalet

- Såfremt der på regionshospitalerne foregår firmasponsorerede/initierede studier/projekter, hvor lægemidler indgår, skal Medicinindustrien sende oplysning herom til hospitalets direktion og til RLK. Disse projekter vil ofte medføre en anvendelse af ikke rekommanderede lægemidler, hvilket kan have økonomisk betydning og manglende overholdelse af behandlingsvejledninger. Se endvidere [Håndbog om forskningskontrakter og opfindelser, Tectra](#)

Kongres- og mødedeltagelse finansieret af Medicinindustrien

Antal deltagere til møder og kongresser betalt af Medicinindustrien anmeldes af Medicinindustrien til

- Hospitalsdirektionen

- Den regionale Lægemiddelkomité, RLK (rlk@bbh.regionh.dk), idet Komitéen har fået til opgave at registrere og analysere data på området. Navne på deltagere skal ikke oplyses.

Ansvar og organisering

- Hospitalsdirektioner og center-, afdelings- og klinikledelser er ansvarlig for implementering af vejledningen.
- Center-, afdelings- og klinikledelser er ansvarlige for at give tilladelse til arrangementer.
- Hospitalernes Lægemiddelkomitéer er ansvarlige for at følge og opgøre forekomsten af møder/kurser, hvor undervisning i lægemidler foregår i samarbejde med og tilstedeværelse af Medicinindustrien.
- Den Regionale Lægemiddelkomité er ansvarlig for at registrere antal deltagere, der får finansieret møde- og kongresdeltagelse af medicinindustrien.

Definitioner

RLK: Regional Lægemiddelkomité

LLK: Lokale lægemiddelkomité

Referencer, herunder til relevant lovgivning

- [Lif's etiske kodeks for lægemiddelvirksomheders kontakt med det danske sundhedsvæsen](#)
- Fælles samarbejdsaftale om Vilklarene for lægers og apotekeres samarbejde med lægemiddelvirksomheder (ses via www.nsl.dk).
- [BEK nr. 272 af 21/03/2007 Bekendtgørelse om reklame mv. for lægemidler \(ses via \[retsinformation.dk\]\(http://retsinformation.dk\)\).](#)
- [Håndbog om forskningskontrakter og opfindelser, Tectra](#)
- Regional vejledning: [Bibeskæftigelse for læger - oplysningspligt](#)

Bilag

[Bilag 1: Anmeldelse af Medicinalindustriens medvirken ved undervisningsforløb på regionens hospitaler og i psykiatrien](#)

Akkrediteringsstandarder

DDKM:

JCI: LE.6. og 6.1

Ændringskommentarer

Ny

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Sag nr. 9

Emne: Udvikling af samarbejdet mellem string-regionerne

1 bilag

Projektskitse: Grøn STRING-korridor Femern
Bælt-forbindelsens betydning for Øresundsregionen

1. Baggrund

Denne projektskitse bygger ovenpå det projektforslag, som tidligere har været drøftet på STRING-styregruppemøder og på forprojektet udført af Copenhagen Economics om en ”Grøn STRING-korridor”.

Projektet skal desuden ses i forhold til partnerskabsaftalerne mellem Vækstforaene for henholdsvis Hovedstaden og Sjælland og Økonomi – og Erhvervsministeriet, hvor det er aftalt at udarbejde en strategi for udnyttelsen af vækstpotentialet i forbindelse med den kommende Femern Bælt – forbindelse. Strategien skal have fokus på bl.a. logistik erhvervene, et fælles arbejdsmarked og et styrket samarbejde om forskning og innovation. Parterne vil desuden løbende indgå i dialog om trafikal infrastruktur. Ministeriet har foreslået, at strategien fx geografisk kan tage afsæt i det eksisterende STRING-samarbejde mellem Region Skåne, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Slesvig-Holsten og Hamborg.

2. Formål og mål

Undersøgelsesområdet i projektet er Øresundsregionen set i sammenhæng med de trafikale korridorer mod byregionerne Hamburg i syd samt Stockholm og Oslo i nord, som definerer STRING-korridoren. Formålet med analysen er dels at belyse de nye muligheder og udfordringer, der forventes at opstå for erhvervsklynger og byer i Øresundsregionen efter etableringen af den faste forbindelse over Femern Bælt, dels at få en større viden om Øresundsregionens potentielt nye rolle som bindeled mellem økonomiske vækstområder omkring Stockholm og Oslo i nord og Hamburg i syd.

O Hvordan påvirker en kommende fast Femern-forbindelse Øresundsregionens integration og position som knudepunkt i STRING-korridoren?

3. Projektindhold og delopgaver

Analysen skal udover Action Plan og forundersøgelsen af Copenhagen Economics tage udgangspunkt i det store antal undersøgelser og analyser, der lægger til grund for selve beslutningen om den faste Femern-forbindelse suppleret med nye relevante undersøgelser og analyser på såvel nationalt, regionale som lokalt niveau. Ligeledes vil EU-projektet Easy Way, Scandria, East West, TransBaltic, Green Corridor, IBU-Øresund og andre igangværende arbejder på europæisk niveau blive inddraget.

Selve projektet foreslås opdelt i fire delopgaver. I hver delopgave vil det blive tilstræbt at afdække initiativer, der skal være med til at sikre, at Femern-forbindelsen udnyttes maksimalt.

Delopgave 1: En analyse af mulighederne for udvikling af en grøn godstransportkorridor med fokus på intelligent logistik og effektive transportløsninger. Analysens formål er at belyse, hvorledes logistik- og transportaktiviteter i Øresundsregionens erhvervsgeografi vil blive påvirket af den faste Femern Bælt-forbindelse. Endelig ønskes belyst potentialerne for, at den faste forbindelse kan bidrage til at effektivisere godstrafikken og dermed reducere godstrafikkens miljøbelastning med udgangspunkt i korridorens transport- og logistikklynger samt intermodale transportknudepunkter.

Mål:

1. At få belyst forventede ændringer af virksomhedernes logistik og transport i Øresundsregionen efter åbningen af en fast Femern Bælt Forbindelse til det europæiske kontinent
2. At få identificeret muligheder og barrierer, som kan understøtte udviklingen af grønnere logistik- og transportløsninger blandt virksomheder i Øresundsregionen med henblik på at understøtte etableringen af en grøn transportkorridor til det europæiske kontinent.
3. At få kortlagt og belyst, hvilke kernekompetencer øresundsregionale logistik- og transportvirksomheder besidder, og hvordan disse kompetencer i fremtiden kan understøtte og udvikle Øresundsregionen som et nordeuropæisk hub for distribution og logistik blandt udpegede vækstbrancher – f.eks. cleantech, medico, fødevarer.

Delopgave 2: En analyse af Femern-forbindelsens potentielle effekter på udvalgte brancher og virksomhedsklynger i Øresundsregionen med hensyn til, lokalisering, leverandør- og markedsrelationer, vidensudveksling og innovation samt udvikling af arbejdsmarkedsopland.

Mål:

1. At undersøge den samlede samfundsmæssige værdi og nytte af forbindelsen på nationalt, regionalt og lokalt niveau.
2. At identificere korridorens positive effekter for såvel det nationale som det regionale og lokale arbejdsmarked.
3. At afdække barrierer og flaskehalse som vil minimere den fulde nytte af forbindelsen.

Delopgave 3: Hvordan understøttes en bæredygtig interaktion mellem Øresundsregionen og de øvrige STRING-regioner efter åbningen af den faste Femern Bælt forbindelse?

En analyse af den nye transportkorridors betydning for persontransport og tilgængelighed for såvel højhastighedstog/opkobling til det europæiske højhastighedsnet, interregionale tog og hurtige pendlertog. Desuden ønskes en vurdering af mulige flaskehale og barrierer, plan- og miljømæssige forhold samt de samfundsøkonomiske effekter af sådanne investeringer.

Mål:

1. At beskrive udviklingsmulighederne i korridorens transportsystem på tværs af de 3 lande. Korridoren skal opfattes som en funktionelt helhed, og der skal gives en ensartet beskrivelse af infrastruktur og trafikering. Udover de landbaserede transporter (vej og jernbane) skal flyets rolle analyseres. Der fokuseres på udviklingsmulighederne i Øresundsregionen og hvad udviklingen i Nordtyskland betyder for Øresundsregionen. Denne tilgang skal understøtte muligheden for at korridoren prioriteres i EU's TEN-T program.
2. At beskrive hvordan Femern forbindelsen kan udnyttes for at give den størst mulige tilgængelighed for personrejser i Øresundsregionen. En bedre tilgængelighed øger blandt andet virksomhedernes mulighed for at rekruttere arbejdskraft med de relevante kvalifikationer.

Delopgave 4: Informations-, dialog- og forankringsaktiviteter. En særlig udfordring bliver at få skabt dialog og samarbejde med tyske parter, og få projektet og dets resultater forankret hos såvel svenske, danske som tyske beslutningstagere samt andre vigtige regionale og interregionale aktører.

Mål:

1. At etablere en informationsplatform der løbende kan informere om projektforsløb og proces, projekresultater og andre informationer med betydning for projektet.
2. At udvikle dialogformer – herunder etablere et eller flere dialogfora - der skal medvirke til at såvel svenske og danske som tyske interessenter med betydning for projektet involveres i projektperioden.
3. At udvikle en strategi og handlingsplan for hvorledes projekresultaterne kan forankres hos væsentlige beslutningstagere med betydning for projektet på svensk, dansk og tysk side samt afvikle aktiviteter med forankringsformål i projektforsløbet.

4. Finansiering, tidsplan og budget

Projektet forventes finansieret af de deltagende parter med medfinansiering fra EU programet: Interreg IV A Øresund-Kattegat-Skagerak 2007-2013, delprogram Øresund. Det er muligt at få 50 % medfinansiering. Aktuell ansøgningsfrist for denne ansøgning er den **20. september 2011**. Der kan kun søges på prioritet 1: Bæredygtig økonomisk vækst.

Projektet forventes igangsat oktober 2011, og det foreslås, at projektet får en tidshorisont på 3 år.

Et 3-årigt analyseprojekt, som beskrevet ovenfor, vurderes at kunne udføres indenfor en samlet ramme på 1,5 - 2 mio. €, inklusive udgifter til et projektsekretariat. Afhængig af størrelsen på projektets medfinansiering oprettes der en projektorganisation med ansat projektleder, fagekspertise og sekretariatsbistand, herunder tolkning og oversættelsesbistand i forbindelse med inddragelse og dialog med tyske parter. Sekretariatet placeres hos Lead Partner.

5. Organisering og deltagerkreds

Projektet gennemføres som et samarbejde mellem STRING-regionerne med Region Skåne, Region Sjælland og Region Hovedstaden som direkte involverede parter, mens de nordtyske STRING-regioner Slesvig-Holsten og Hamborg Stadt løbende holdes orienteret og konsulteres gennem den eksisterende **STRING-styregruppe** (se bilag B).

Region Sjælland indgår som Lead Partner sammen med Region Skåne og Region Hovedstaden i **Projektledelsen**. Projektledelsen koordinerer indsatsen i de fire delopgaver sammen med et projektsekretariat, der sammen med Lead Partner har ansvaret for det daglige arbejde. Region Sjælland er delaktivitetsleder for Delopgave 1 og 2, Region Skåne er delaktivitetsleder for Delopgave 3, mens Region Hovedstaden er delaktivitetsleder for Delopgave 4 (se Bilag B).

Region Sjælland er Lead Partner og dermed også Koordinerende Partner på den danske side af projektets administration og økonomi. Region Skåne er tilsvarende Koordinerende Partner på den svenske side af projektets administration og økonomi. Region Hovedstaden indgår økonomisk og administrativt i rollen som Øvrig Partner.

Ud over de 3 regioner deltager også Malmø Stad, Helsingborg Stad, Lund Kommune, Trafikverket, Københavns Kommune, Køge Kommune og Roskilde Universitet i rollen som Øvrige Partnere. Sammen med regionerne er de i alt 10 deltagende partnere (se Bilag B) er repræsenteret i en **Koordineringsgruppe**, som løbende følger projektets fremdrift og har ansvaret for den overordnede koordinering af projektets aktiviteter.

I tilknytning til projektet etableres en **Dialoggruppe** med relevante tyske parter, som løbende vil blive orienteret og konsulteret i forbindelse med projektets gennemførelse. Dialoggruppen forventes, at involvere aktører fra transport- og logistikorganisationer i Nordtyskland (omkring Kiel, Lübeck og Hamburg), Deutsche Bahn, Handelskamrene i Lübeck og Hamburg m.fl.

Et **Orienteringsforum** med deltagelse af relevante offentlige myndigheder og private aktører samt forskningsinstitutioner: Trafikverket, Transportministeriet, Trafikstyrelsen/Banedanmark, Näringsdepartementet, Økonomi- og erhvervsministeriet, Femern AS, Øresundsbron AS, SJ, Skånetrafiken, DSB, Sydsvenska Industri- og Handelskammaren, RUC, DTU, LTH, Malmö Högskola, Øresund Logistics og Femern Belt Logistics.

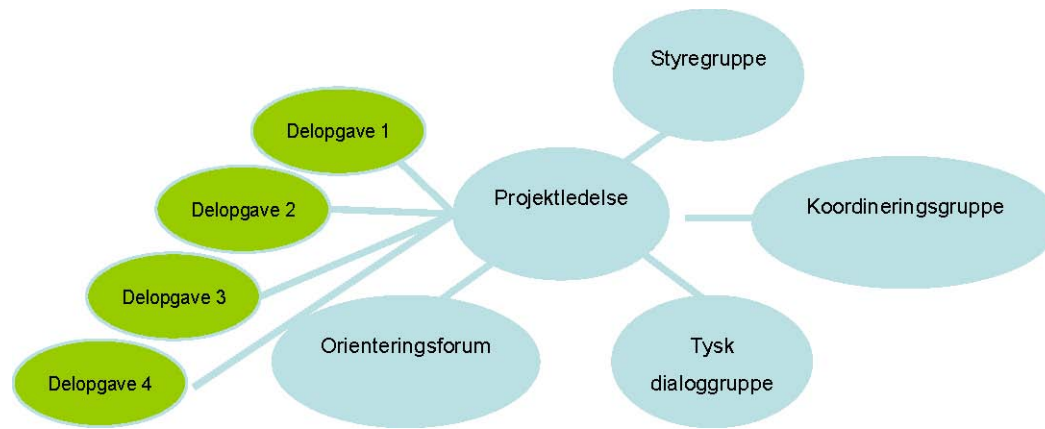
Bilag A

Udkast Økonomi

- Udgangspunkt: 1,5 mio. euro (ca. 11 mio. kr.)
 - EU-medfinansiering: 5,5 mio. kr.
 - Dansk/svensk medfinansiering: 2,75 mio. kr./2,75 mio. kr.
 - Danske parter
- (ca.):
- o Region Hovedstaden: 1,7 mio. kr.
 - o Region Sjælland: 600.000 kr.
 - o København, Region Skåne, Trafikverket, Malmø Stad, Lund Kommune og Helsingborg Stad (mangler svensk fordelingsnøgle af medfinansiering?) Kommune: 150.000 kr.
 - o Køge Kommune: 150.000 kr.
 - o Roskilde Universitet: 150.000 kr.
 - Svenske parter
- (i alt 2,75 mio. kr.):

Bilag B

Organisering



- Formel Styregruppe: STRING-styregruppe
- Koordineringsgruppe: De 10 formelle parter
- Tysk Dialoggruppe: De fem STRING-parter (inkl. Hamborg og Schleswig-Holsten) og evt. flere
- Orienteringsforum: Andre relevante parter
- Partnerskabsmøder, konferencer mm.

Forretningsudvalgets møde den 11. august 2011

Sag nr. 10

Emne: Tilskud til index 2011

1 bilag

ANSØGNING TIL:

Region Hovedstaden

ANSØGNING FRA:

INDEX: Design to Improve Life

Bredgade 66

1260 København K

ANSVARLIGE PERSONER

Bestyrelse: Jens Wittrup-Willumsen (formand), Lars Nørby Johansen, Merete Brunander, Peter Bysted og Dorte Mandrup.

Formand for Financing Committee: Flemming Lindeløv

Adm. direktør: Kigge Mai Hvid

FORMÅL

INDEX Award Ceremoni er det centrale omdrejningspunkt for alle INDEX:'s aktiviteter.

Fra ceremonien genereres den internationale markedsføringen af Danmark og Region Hovedstaden.

Via ceremonien genereres den viden INDEX: omsætter til uddannelser af elever i folkeskolen og i gymnasiet, af erhvervslivet, af studerende på universitetet og på professionshøjskolerne. Herfra genereres også de in-put INDEX: omsætter til kommunikation om Design to Improve Life og uden Award Ceremonien ville INDEX: Award Exhibition ikke eksistere, idet de design, der vises i udstillingen, er udvalgt af juryen som finalister til at blive en af årets fem prismodtagere.

Med denne ansøgning beder INDEX: Region Hovedstaden om støtte til at sikre gennemførsel af INDEX: Award Ceremoni 2011 og samtidig udvikle denne til høj international standard for således at sikre det central omdrejningspunkt for alle INDEX: aktiviteter. INDEX: aktiviteterne tager alle udgangspunkt i de humane og demokratiske værdier i dansk design. De har relevante for den internationale markedsføring af Regionen, for sikring af at innovative metoder, kreative tilgange og nødvendige netværk tilgår Regionens erhvervsliv og for styrkelse af det kulturelle tilbud til den brede befolkning i Regionen samt for uddannelse af Regionens unge.

Samtidig ønskes det via ansøgningen at sikre at Region Hovedstaden og Regionsrådets medlemmer får en synlig og central profil i INDEX: Award 2011.

RESUMÉ

INDEX: arbejder for at markedsføre Danmark og Region Hovedstaden internationalt via design og for at sikre ny viden om design og innovation tilgår Regionens uddannelsesinstitutioner, beslutningstagere og erhvervsliv. INDEX: arbejder også for at sikre Danmark nye internationale netværk indenfor design og innovation og for at tilbyde store offentlige begivenheder af høj kvalitet til den brede befolkning i Region Hovedstaden. INDEX: har siden stiftelsen været støttet af bl.a. Region Hovedstaden, af Økonomi- og Erhvervsministeriet, Kulturministeriet, Københavns Kommune, EU's Regional- og Socialfond, samt en lang række virksomheder og fonde.

Ni år efter stiftelsen uddeler INDEX: nu verdens største designpris og viser en meget stor turnerende designudstilling til befolkningen i Region Hovedstaden og i udlandet. INDEX: underviser elever i folkeskole og gymnasium og har meritgivende uddannelsesprogrammer for erhvervslivet og studerende på universiteter og professionshøjskoler.

En internationalt anerkendt pris har store fordele for hjemlandet – tænk blot på Nobelprisen og De Gyldne Palmer i Cannes. Men skal gennemslagskraft opnås fordrer det lang tids uafbrudt satsning og udvikling af prisen. Som eksempel kan nævnes at Nobelpriserne blev uddelt første gang i 1901 og De Gyldne Palmer i Cannes har været uddelt siden 1955. INDEX: Award har efter tre uddelinger vist sig levedygtig og har opnået anerkendelse hjemme og i udlandet og er nu dér, hvor der skal holdes fast og potentialet skal udnyttes og udvikles.

Den fjerde INDEX: Award - INDEX: Award 2011 skal gerne uddeles den 1. september 2011 og gerne i Operaen i København. Knap 1000 designs fra 74 lande er tilmeldt og D.K.H. Kronprinsparret har meldt deres deltagelse. Økonomi- og Erhvervsministeriet finansierer prissummen på i alt 3,75 mio.

Vi søger Region Hovedstaden om dkr. 500.000 til at give ceremonien international standard, og dermed sikre grundlaget for hele INDEX:’s arbejde og branding af Region Hovedstaden.

Award Ceremonien er ikke alene for den gruppe af gæster, der har plads i Operaen, men deles via TV og Facebook med mennesker i hele Regionen, i hele Danmark og i hele verden. Den professionelle gennemførelse af INDEX Award Ceremoni bliver forestået af INDEX:’s i samarbejde med et produktionsselskab. Udsendelse af TV fra Award Ceremonien laves i samarbejde med DR, mens værterne hentes fra internationale tv-kanaler.

Skulle Region Hovedstaden ønske at støtte gennemførelse af INDEX: Award vil det være naturligt at en repræsentant for Regionen overrækker en eller flere af INDEX: Award 2011 priserne, ligesom Regionen naturligvis vil blive præsenteret som aftenens medvært.

UDDYBENDE MATERIALE

BAGGRUND

INDEX Design to Improve Life, er en dansk organisation, som ved at lytte, skabe samarbejder og lære af andre har lavet grundlaget for det, der med fortsat udvikling over år kan blive en verdensbegivenhed i Danmark.

Centralt i organisationens arbejde er INDEX Award. Det er en pris fra Danmark og Region Hovedstaden til verden. Det er en pris, der markedsfører området i udlandet, og på samme tid sikrer at ny viden, nye markeder og nye netværk kommer med hjem igen.

INDEX Award er pengemæssigt verdens største designpris, men vi arbejder hårdt, passioneret og vedvarende på at gøre den til verdens vigtigste designpris. Prisen uddeles ikke til traditionelt design, der blot er smukt, men til design, der er smukt men også forbedrer livet for mennesker. Herhjemme eller i udlandet. INDEX: Award fungerer altså på samme måde som de Svensk/Norske nobelpris, der sikre omtale af landene og ny viden og nye netværk – uden at prisen kun gives til borgere i de to lande.

INDEX Award blev etableret i 2002. Etableringen blev initieret af Økonomi- og Erhvervsministeriet og Københavns Kommune og indsatsen er siden støttet af Region Hovedstaden, af EU fonde, af private fonde, virksomheder og forskellige offentlige fonde.

INDEX: blev etableret for at fremme Danmarks anseelse i udlandet. Det gør vi ved at bygge på design, et område hvorpå vores dygtighed er anerkendt rundt om i verden. Samtidig viser vi Danmark frem, som et land, der er samarbejdsvillig, lærende, åben, lyttende og har egne stærke værdier, ved ikke kun at belønne dansk design, men også det bedste design fra resten af verden.

INDEX er også etableret for at skaffe ny viden om design og innovation til Danmark og til Region Hovedstaden - der af INDEX: anses for værende den vigtigste vækst- og innovationsdriver i Danmark - og dermed muliggøre, at børn, unge og voksne har den nødvendige viden om innovation, så de kan være med til at forbedre vores nutid og sikre vores fremtid.

For at kunne opfylde dette står INDEX Award ikke alene, men er det helt centrale udgangspunkt for en række programmer.

Via INDEX Award har INDEX adgang til de designs, der kan udstilles, den viden, der bruges i INDEX:'s undervisningsprogrammer i og de netværk, der kan sikre ny viden til regionen. De programmer, som INDEX præsenterer med udgangspunkt i INDEX Award er følgende:

INDEX: AWARD Udstilling

På udstillingen præsenteres finalisterne til enhver given INDEX Award. Udstillingen vises altid på en offentlig plads og med fri adgang for alle. Det er her de mange gode historier, om hvordan design kan forbedre livet, fortælles. På udstillingen kan moren se hvordan hun kan hjælpe sit sukkersyge barn; lægen, Falckredderen og sygeplejersken kan se helt nye, smartere og billigere hjælpemidler; politikeren eller embedsmanden kan få indblik i hvordan madsystemer for ældre kan designes både bedre og billigere og designeren og fabrikanten kan lære, hvordan man faktisk kan lave en stol der ikke alene er smuk, men også bæredygtig på alle niveauer.

De INDEX Award Udstilling, der turnerer nu, er set af over 10 millioner mennesker, i København, Hillrød og Ishøj. I Singapore, Mumbai og Seoul. I Warszawa, Riga og Tallin for blot at nævne nogle enkelte.

INDEX: UDDANNELSE

Under overskriften INDEX Uddannelse forestår INDEX: en række projekter.

INDEX Design Challenge, hvor vi hvert år udfordrer design- og businessstuderende i hele verden til at komme med løsningsforslag til en stor problemstilling – via design. I 2010 var emnet bedre forhold for uddannelse i udviklingslandene og udfordringen blev givet af INDEX i samarbejde med UNICEF. Over 1.300 studerende fra 90 universiteter i 35 lande svarede på opgaven, med over 100 helt nye løsninger.

INDEX Uddannelsesprogram: I et treårigt forløb samarbejder INDEX med Undervisningsministerierne i Danmark og Sverige, Malmø og Københavns Kommuner, otte folkeskoler og otte gymnasieskoler på begge sider af sundet, professionshøjskolen, Syddansk Universitet og Malmø Högscole, på at sikre, at den viden INDEX har genereret om hvordan man kan sikre nytænkning og innovation via design, bliver en del af uddannelsen og efteruddannelsen af alle lærere i både Danmark og i Sverige.

INDEX Sommeruniversitet: Sommeruniversitetet som laves i samarbejde med Yonsei Universitet i Seoul, Korea, uddanner fra sommeren 2011 hvert år hundred af unge fra hele verden i design, kreativitet og innovation, der forbedrer livet for mennesker. INDEX har sikret tolv studerende fra Region Hovedstaden friplads på sommerskolen.

Alle ovenstående programmer ledes fra INDEX:’s organisationen kontoret ved Kunstindustrimuseet i Bredgade. Herfra styres endvidere det globale netværk af designere, beslutningstagere,

organisationer, institutioner og byer, som INDEX har opbygget og stadig udvider. Et netværk, der sikrer både en decentral udbredelse af viden om design som en vigtig faktor i at forbedre livet for mennesker og en central indsamling, registrering og formidling af de områder af menneskers liv, der kan forbedres via design.

PROJEKTET TIL HVILKET, DER SØGES OM STØTTE

INDEX: Award 2011 skal gerne uddeles for fjerde gang den 1. september 2011 og meget gerne i Operaen i København. Knap 1000 designs fra 74 lande over hele verden er tilmeldt og D.K.H. Kronprinsparret har meldt deres deltagelse i INDEX Award Ceremoni 2011.

Den aften uddeles de fem priser, der tilsammen udgør INDEX Award. Priserne uddeles til verdens bedste 'Design to Improve Life' og de fem priskategorier, der spænder over alle menneskers liv er Body, Home, Work, Play og Community.

Økonomi- og Erhvervsministeriet har stillet prissummen på i alt 3.75 million til rådighed.

Vi søger om XXX Fondens støtte til at løfte INDEX Award Ceremoni, som er det centrale omdrejningspunkt for alle INDEX's aktiviteter op til international standard, og dermed væsentligt styrke INDEX's mulighed for at fremme Danmarks og Region Hovedstadens anseelse i udlandet og sikre at den bedste nye viden om innovation og design tilgår Danmark.

INDEX: Award Ceremoni 2011 kunne se sådan ud:

Fra både, der har lagt ud fra Kvæsthusmolen, strømmer 1.200 festklædte mennesker fra hele verden mod Operaen, for at deltage i fejringen af design, der ikke blot er smukt, men væsentligt forbedrer livet for mennesker.

Kl. 20.00 er gæsterne seated i den smukke sal. Blandt gæsterne er både ministre, Regionsrådsformanden, borgmestre, repræsentanter for Regionsrådet, kultur- og erhvervsliv og medier, de mange designere fra hele verden, unge studerende, børn fra INDEX's Design to Improve Life skoler i København og Malmø og INDEX 100 frivillige bedstemødre, der fra næste morgen skal passe INDEX Award Exhibition som vises på Kvæsthusbroen i de kommende fem uger.

Forud herfor har de sammen nydt den lune sensommeraften, den smukke udsigt og en drink i foyen og på pladsen foran operaen.

Nu går tæppet. De 1.220 gæster tier og rejser sig mens Kronprinseparret tager plads. Samtidig tænder danske TV-seere for fjernsynet og stiller ind på INDEX Award Ceremoni, mens internetbrugere fra hele verden gør klar til at se sendingen på nettet.

Tre anerkendte tv-journalister fra tre forskellige kontingenter indtager scene som værter og der blændes der op for store skærme på scenen, hvorpå, derpå vegne af INDEX: og sponsoren bydes velkommen til INDEX Award Ceremoni, mens violingruppen fra Det Kongelige kapel sagte spiller.

Værterne byder velkommen og vi ser den første film. Den viser os poetisk og smukt de store udfordringer i de problemer den første vinders design er en løsning på. Det er et problem, der er globalt og relevant over hele verden.

Under klapsalver kommer designeren på scenen og på spørgsmål fra journalisterne fortæller han engageret og smittende om hvordan og hvorfor designet blev til.

Interviews og videofortællinger kædes sammen med musik og tale. Så kommer honoratiores på scenen for at overrække den første INDEX: Award 2011.

Når aftenen er ovre og gæsterne forlader salen i intens samtale med hinanden om aftenens oplevelser har de oplevet fem enestående og meget forskellige fortællinger, de har set smukke film og oplevet løsninger, som de ikke troede, var mulige.

I foyeren, hvor der serveres drinks, går samtalen livligt, indtil bådene lægger til og går klar til at fragte aftnes gæster til fest på Toldboden og mens gæsterne tager af sted kan det gøres op at TV-seere fra Danmark og resten af fra hele verden har fulgt Award ceremonien i Operaen i København, at Facebook brugere har fejret Design to Improve Life og at Danmark igen har fået større muligheder for et positivt image i udlandet.

Efter INDEX: Award Ceremoni 2011 har mennesker i Operaen, mennesker over hele verden via Facebook og TV fået indtryk af løsninger

Den professionelle planlægning og gennemførsel af INDEX: Award Ceremoni vil blive forestået af INDEX:’s produktionsdirektør, som har mange år erfaring indenfor branchen. Denne vil etablere samarbejde med et TV-produktionsselskab. Udsendelse af TV fra Award ceremonien vil blive planlagt i samarbejde mellem INDEX:’s kommunikationsafdeling og DR, mens værterne hentes fra ledende internationale tv-kanaler.

Skulle Region Hovedstaden ønske at støtte gennemførelse af INDEX: Award Ceremoni i international standard vil det være naturligt at en repræsentant for fonden overrækker en eller flere af INDEX: Award 2011 priserne, ligesom fonden naturligvis vil blive præsenteret som aftenens medvært.

BUDGET OG FINANSIERINGSPLAN

Det skal understreges at INDEX: Award Ceremoni ikke vil kunne gennemføres på det ønskede niveau, hvis ikke der opnås finansiering herfor. Nedenfor findes oversigtsbudget, skulle Region Hovedstaden ønske en højere grad af detaljering kan dette naturligvis fremsendes øjeblikkeligt.

Region Hovedstaden søges om støtte på dkr. 500.000

Udgifter

1.000 dkr.

Priser	3.750*

Produktionsudgifter

Leje Opera	150
Teknik og udstyr, lyd, lys, av	150
Produktion af videoer	1.500**
Facebook og Internet produktion	20
Grafisk produktion	21

Kommunikationsudgifter

Program, layout og tryk	30
Invitationer, layout og tryk	21
Distribution	40
Markedsføring	50

Programudgifter

Servering	25

I alt	5.757

FINANSIERINGSPLAN

Af de samlede udgifter forbundet med gennemførsel af INDEX: Award ceremoni 2011 har Økonomi- og Erhvervsministeriet afgivet tilsagn om at finansiere prissummen på i alt dkr. 3.75 millioner (*) og Midler til Offensiv Markedsføring af Danmark (**) har sikret 1.5 mio. til udarbejdelse af videoer, der kan omsættes til TV om ceremonien.

De øvrige udgifter vedrører produktion og gennemførsel af en smuk ceremoni, der fungerer som centrummet for alle INDEX:'s aktiviteter og ikke alene når ud til publikum i Operaen men via TV og sociale medier når det brede publikum i Danmark og publikum over hele verden. Med sit budskab om hvordan Danmark og Region Hovedstaden med INDEX: har sat sig i spidsen for en global bevægelse, som både vil kunne forbedre livet for kommende generationer og øge den økonomiske vækst her og nu på tværs af nationale, politiske og økonomiske skel.