

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 6

Emne: Status for implementering af hospitalsplanen og psykiatriplanen - maj 2010

1 bilag

Region Hovedstaden

REGION

## Status for implementering af Hospitalsplanen og Psykiatriplanen

Maj 2010



## Indholdsfortegnelse

1. Indledning .....	3
2. Gennemførte ændringer fra december 2009 til maj 2010 .....	4
3. Planlagte ændringer i 2010 .....	5
4. Status for ansøgninger til den statslige kvalitetsfond .....	6
4.1 Status for den statslige kvalitetsfond fase 1 .....	6
4.1.1. <i>Udbygning af Herlev Hospital</i> .....	7
4.1.2 <i>Udbygning af Hvidovre Hospital</i> .....	7
4.1.3 <i>Udbygning af Rigshospitalet</i> .....	7
4.1.4 <i>Udbygning af Psykiatrisk Center Sct. Hans</i> .....	8
4.2 Status for den statslige kvalitetsfond fase 2 .....	8
4.2.1. <i>Projektet på Bispebjerg Bakke</i> .....	8
4.2.2. <i>Nyt hospital ved Hillerød</i> .....	8
4.3 Tværgående projekter .....	9
4.3.1 <i>Energi/miljø/bæredygtighed</i> .....	9
4.3.2 <i>Driftsoptimering</i> .....	10
4.3.3. <i>Helende arkitektur</i> .....	10
4.3.4 <i>Projekt-, økonomi- og risikostyring</i> .....	10
5. Status for sundhedsstyrelsens specialeplanlægning .....	10
6. Bilagsoversigt .....	12

## 1. Indledning

Hospitalsplanen og psykiatriplanen blev vedtaget i maj 2007 og indeholder regionsrådets planer for udviklingen af regionens hospitaler og de psykiatriske centre. Planerne danner overordnet grundlag for den nødvendige tilpasning af opgavefordelingen mellem henholdsvis hospitalerne og centrene.

Formålet med planerne er at skabe et fremtidssikret hospitals- og psykiatrivæsen, der kan levere behandling af høj kvalitet. Planerne samler en række behandlingstilbud på færre enheder for derved at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og give et bedre grundlag for forskning og udvikling. Samtidig skal planerne imødekomme krav om nærhed, sammenhængende forløb, driftsoptimering, et attraktivt uddannelses- og arbejds miljø samt rekruttering og fastholdelse.

Planerne implementeres løbende, og der er allerede gennemført meget store dele af dem siden vedtagelsen, dvs. de dele af planerne, det har været muligt at gennemføre uden større nybyggeri er allerede iværksat. Den hurtige implementering af dele af hospitalsplanen og psykiatriplanen er sket for at sikre borgerne i regionen de fordele, der umiddelbart kan opnås ved omlægning af opgaver. Det har samtidig været nødvendigt med en hurtig implementering nogle steder, fordi det er vanskeligt at fastholde personalet på de afdelinger, der skal flyttes. Hertil kommer, at regionens økonomiske situation har fordret en hurtig realisering af rationaliseringsmulighederne. Den hurtige implementering har været mulig at gennemføre som følge af ledig kapacitet på nogle af hospitalerne, og ikke mindst fordi det har været muligt at lave midlertidige løsninger, eksempelvis ved at anvende pavilloner. I forhold til den videre implementering vil det i højere grad kræve større ny- og ombyggeri at gennemføre omlægningerne, og der vil være en større afhængighed mellem mulighederne for at flytte en funktion.

Det har været - og er fortsat - en stor udfordring, at være ansat i en organisation, som skal implementere planer af denne størrelsesorden. Personalet ved regionens hospitaler har i kraft af en stor arbejdsindsats, høj faglighed og ikke mindst en positiv indstilling overfor forandringer bidraget til, at det har været muligt at implementere store dele af planerne på 2½ år samtidig med, at behandlingsaktiviteten er opretholdt.

Hospitalsplanen og psykiatriplanen indeholder udover selve planen beskrivelser af regionens visioner og sundhedspolitiske hensigtserklæringer på en række tværgående områder, herunder ledelse og medarbejdere, kvalitet, uddannelse, forskning, forebyggelse, it, information og kommunikation samt samarbejdsrelationer. Udviklingen på disse områder behandles særskilte i afrapporteringer for de enkelte områder, som forelægges Regionsrådet løbende over året, og vil derfor ikke blive adresseret i nærværende statusrapport.

Regionsrådet får to gange årligt en status for implementeringen af hospitalsplanen og psykiatriplanen, første gang i november 2008. I denne statusrapport maj 2010 er hovedfokus, hvad der er sket siden sidste statusrapport, som blev forelagt regionsrådet i december 2009. Følgende områder beskrives: Ledelsesmæssige ændringer, optageområdeændringer og sammenlægning og flytning af funktioner.

## 2. Gennemførte ændringer fra december 2009 til maj 2010

Der er siden sidste statusrapport blev forelagt regionsrådet i december 2009 fortsat gennemført en række omlægninger.

Der er foretaget:

- Ledelsesmæssige sammenlægninger. I flere tilfælde er de ledelsesmæssige sammenlægninger sket før en fysisk flytning af funktionen for derved at sikre den fremtidige koordinering, arbejdsdeling og flytning af funktioner samt for at understøtte fastholdelse af personalet i fusionsprocessen.
- Samling og flytning af funktioner. En række funktioner er sammenlagt og flyttet for at sikre et patientgrundlag, der understøtter et fagligt niveau med høj kvalitet samt sikrer en lige adgang til funktionerne for borgerne i hele regionen.
- Omlægning i optageområde. Som led i implementeringen af planerne er der foretaget en række omlægninger i hospitalernes og centrenes optageområder, både for at sikre at de nye kommuner og bydelsgrænser harmonerer med optageområdegrænserne og for at sikre funktionernes patientgrundlag.

En samlet oversigt over de omlægninger, der er foretaget i perioden december 2009-april 2010 (begge måneder inklusiv) fremgår af skema A.

### Skema A

Dato	Specialer	Fra hospital	Til hospital	Bemærkning
2009/12	Kirurgi	Glostrup	Hvidovre	Flytning af akut kirurgi for optageområde Brøndby
2009/12	Arbejds- og miljømedicin	Glostrup	Bispebjerg	Funktionsflytning
2009/12	Psykiatri	PC Rigshospitalet	PC Bispebjerg	Skadestue
2009/12	Psykiatri		PC Glostrup	Samling af distriktspsykiatri i Brøndby
2010/01	Skadestuer		Frederikssund	Sammenlægning af AMA og skadestuen
2010/01	Intern medicin	Gentofte	Bispebjerg	Optageområde Ryvang Øst
2010/01	Intern medicin	Hillerød	Gentofte	Optageområde Birkerød
2010/01	Gastroenterologi	Gentofte	Bispebjerg	Optageområde Ryvang Øst
2010/01	Gastroenterologi	Hillerød	Gentofte	Optageområde Birkerød
2010/01	Kardiologi	Gentofte	Bispebjerg	Optageområde Ryvang Øst
2010/01	Kardiologi	Hillerød	Gentofte	Optageområde Birkerød
2010/01	Lungemedicin	Gentofte	Bispebjerg	Optageområde Ryvang Øst
2010/01	Lungemedicin	Hillerød	Gentofte	Optageområde Birkerød
2010/01	Hæmatologi	Gentofte	Rigshospitalet	Trombosecentret
2010/01	Kirurgi	Glostrup	Hvidovre	Samarbejdsfunktion - ny elektiv enhed

Skema A fortsætter på næste side

## Skema A (fortsat)

Dato	Specialer	Fra hospital	Til hospital	Bemærkning
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Glostrup	Herlev	Funktionsflytning
				Akut gynækologi - planlægningsområde Syd samt Vanløse og Bispebjerg
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Glostrup	Hvidovre	
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Frederiksberg	Rigshospitalet	Fødsler
				Udefunktion - elektiv gynækologi fra Rigshospitalet
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Frederiksberg	Gentofte	
2010/01	Pædiatri	Glostrup	Herlev	Ekskl. Ambulatorie og center for handicappede
2010/01	Neurologi	Gentofte	Herlev	Akut apopleksi
				Optageområde Birkerød (apopleksi rehab.)
2010/01	Neurologi	Frederikssund	Gentofte	
2010/01	Allergologi	Rigshospitalet	Gentofte	Funktionsflytning
				Fusion af PC Rigshospitalet og PC Bispebjerg
2010/01	Psykiatri		PC Bispebjerg	
2010/02	Urologi	Frederikssund	Herlev	Akut urologi
2010/02	Gynækologi og obstetrik	Glostrup	Hvidovre	Fødsler - optageområde Tårnby og Dragør
2010/02	Tand- mund- og kæbekirurgi	Hillerød	Rigshospitalet	Funktionsflytning
				Funktionsflytning af øjenfunktioner, der ikke skal blive på Rigshospitalet
2010/02	Øjensygdomme	Rigshospitalet	Glostrup	
				Overtagelse af aktiviteten i Syd i samarbejde med Rigshospitalet
2010/03	Urologi	Amager	Frederiksberg	
2010/03	Ortopædkirurgi	Frederikssund	Hillerød	Akut ortopædkirurgi
2010/04	Infektionsmedicin	Herlev	Hvidovre	Optageområdeflytning
2010/04	Ortopædkirurgi	Gentofte	Bispebjerg	Optageområde Ryvang Øst - elektiv
				Optageområde Ryvang Øst - akut
2010/04	Ortopædkirurgi	Herlev	Bispebjerg	
2010/04	Ortopædkirurgi	Hvidovre	Bispebjerg	Optageområde Vanløse
2010/04	Ortopædkirurgi	Hvidovre	Glostrup	Rygkirurgi

En samlet oversigt over de gennemførte omlægninger siden hospitalsplanen og psykiatriplanens vedtagelse i maj 2007 til og med april 2010 er vedlagt som **bilag 1**.

### 3. Planlagte ændringer i 2010

Den resterende implementering af hospitalsplanen og psykiatriplanen vil også fremadrettet medføre en række ændringer. I indeværende år der på nuværende tidspunkt planlagt yderligere ledelsesmæssige ændringer, optageområdeændringer og sammenlægning og flytning af funktioner. En samlet oversigt over de på nuværende tidspunkt planlagte ændringer i indeværende år fremgår af skema B.

## Skema B

Dato	Specialer	Fra hospital	Til hospital	Bemærkning
2010/05	Tand- mund- og kæbekirurgi	Glostrup	Rigshospitalet	Funktionsflytning
2010/07	Kirurgi	Glostrup	Hvidovre	Akut kirurgi
2010/07	Anæstesiologi	Rigshospitalet	Glostrup	Ledelsesmæssig overtagelse af Respirationscenter Øst og IRP fra Københavns Kommune
2010/07	Klinisk mikrobiologi	Herlev	Hvidovre	Mikrobiologisk betjening af Glostrup Hospital
2010/09	Skadestuer		Helsingør	Sammenlægning af AMA og skadestuen
2010/10	Reumatologi	Hvidovre	Glostrup	Ambulant aktivitet
2010/10	Reumatologi	Amager	Glostrup	Ambulant aktivitet
2010/10	Ortopædkirurgi	Glostrup	Hvidovre	Akut ortopædkirurgi
2010/10	Neurokirurgi	Rigshospitalet	Glostrup	Samling af ryggkirurgi og etablering af Videnscenter for Rygsygdom
2010/10	Demensenhed		Glostrup	Ny funktion
2010/12	Palliativ enhed	Frederikssund	Hillerød	Funktionsflytning
2010/12	Demensenhed		Hillerød	Ny funktion

Mange af de ændringer, der derudover udestår, afventer muligheden for at gennemføre de større byggerier, der skal til for at skabe den fornødne kapacitet på en række af hospitalerne.

Den samlede oversigt over de planlagte og afventede omlægninger pr. 1. maj 2010 i de to planer fremgår af **bilag 2**.

### 4. Status for ansøgninger til den statslige kvalitetsfond

Implementeringen af hospitalsplanen og psykiatriplanen kræver både større og mindre om- og nybygning på alle regionens hospitaler og på en del af de psykiatriske centre.

Der skal de kommende år forventeligt gennemføres 6 større bygge- og anlægsprojekter i Region Hovedstaden med finansiering fra den statslige kvalitetsfond. Regionsrådet har den 23. marts 2010 besluttet at nedsætte seks politiske følgegrupper til at følge planlægnings- og byggeprocessen for disse projekter. De politiske følgegrupper inddrages i planlægningen af byggeprojekterne, herunder forud for forelæggelse for regionsrådet af byggeprogram, ansøgning til statens kvalitetsfond, anlægsbevillingsforslag mv.

#### 4.1 Status for den statslige kvalitetsfond fase 1

Region Hovedstaden modtog i januar 2009 brev fra regeringen vedr. foreløbigt tilsagn til hospitalsbyggeri i Region Hovedstaden som led i udmøntningen af de første 15 mia.

kr. fra den statslige kvalitetsfond. Der blev givet foreløbigt tilsagn til fire projekter i Region Hovedstaden (Rigshospitalet, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Psykiatrisk Center Sct. Hans).

På baggrund af de foreløbige tilsagn igangsatte regionen i foråret 2009 den konkrete planlægning af de fire projekter. De endelige tilsagn til projekterne gives løbende over det kommende år i takt med, at projekterne indsendes til Ekspertpanelet.

Det første trin i processen for alle projekterne er at få udarbejdet et ide/programoplæg, som skal behandles af regionsrådet, før hospitalerne kan udarbejde et byggeprogram. Byggeprogrammet, samt den endelige ansøgning til Ekspertpanelet, vil også blive forelagt regionsrådet før det indsendes mhp. det endelige tilsagn fra regeringen.

#### *4.1.1. Udbygning af Herlev Hospital*

Den statslige kvalitetsfond støtter udbygning af Herlev Hospital med 2,25 mia. kr. (heraf egenfinansiering: 0,90 mia. kr.). Der er udarbejdet et idéoplæg for det samlede byggeprojekt på Herlev Hospital, som blev tiltrådt af regionsrådet den 27. oktober 2009. Projektet er opdelt i to delprojekter. For det første bygningen af en ny fælles akutmodtagelse og kvinde/barn center samt udarbejdelsen af en helhedsplan. For det andet en forlængelse af servicebygningen.

På baggrund af ideoplægget er der udarbejdet et konkurrencegrundlag for det første delprojekt, som forventes forelagt Regionsrådet i maj 2010.

#### *4.1.2 Udbygning af Hvidovre Hospital*

Den statslige kvalitetsfond støtter udbygning af Hvidovre Hospital med 1,45 mia. kr. (heraf egenfinansiering: 0,58 mia. kr.). Regionsrådet tiltrådte den 2. februar 2010 projektets ideoplæg. Udarbejdelsen af det samlede byggeprogram er igangsat, og det forventes, at det samlede byggeprogram samt den endelige ansøgning forelægges regionsrådet ultimo 2010, hvorefter det indsendes til den statslige kvalitetsfond med henblik på endeligt tilsagn om finansiering.

#### *4.1.3 Udbygning af Rigshospitalet*

Den statslige kvalitetsfond støtter udbygning af Rigshospitalet med 1,85 mia.kr. (heraf egenfinansiering: 0,74 mia. kr.). Regionsrådet tiltrådte den 23. marts 2010 projektets ideoplæg. Udarbejdelsen af et konkurrencegrundlag er igangsat, og det forventes, at regionsrådet forelægges konkurrencegrundlaget i efteråret 2010, hvorefter et udbud kan igangsættes. Det forventes, at det samlede byggeprogram samt den endelige ansøgning forelægges regionsrådet medio 2011, hvorefter det indsendes til statens kvalitetsfond med henblik på endeligt tilsagn om finansiering.

#### *4.1.4 Udbygning af Psykiatrisk Center Sct. Hans*

Den statslige kvalitetsfond støtter udbygning af Psykiatrisk Center Sct. Hans med 0,55 mia. kr. (heraf egenfinansiering: 0,22 mia. kr.). Et ideoplæg er under udarbejdelse.

### **4.2 Status for den statslige kvalitetsfond fase 2**

Ekspertpanelets 2. screeningsrunde, i forbindelse med uddeling af de resterende midler fra kvalitetsfonden (10 mia. kr.), vil finde sted medio 2010. Der har været gennemført en før-screening i forbindelse med 2. screeningsrunde, og regionen modtog primo oktober 2009 ekspertpanelets tilbagemelding på før-screeningen. I tilbagemeldingen tilkendegiver ekspertpanelet, at projektet vedr. Bispebjerg Hospital og projektet vedr. et nyt hospital ved Hillerød kan forvente at blive positivt vurderet i screeningen i forbindelse med fase 2. Det fremgår desuden af tilbagemeldingen, at ekspertpanelet ikke finder, at der er grundlag for så betydelige investeringer i hospitalerne i Glostrup og Frederikssund, som forudsat af regionen. Regionen søger derfor ikke statens kvalitetsfond om støtte til at udbygge Frederikssund Hospital og Glostrup Hospital.

Ekspertpanelet forudsætter, at der ved ansøgning om foreløbigt tilsagn udarbejdes projekter med udgangspunkt i en økonomi og dimensionering, der afspejler ekspertpanelets tilgang. Der fastsættes med brevet ikke en økonomisk ramme for de to projekter ved Bispebjerg Hospital og Hillerød. Dette vil ske i forbindelse med ekspertpanelets indstilling til regeringen medio november 2010. Ansøgningsfristen for fase 2 er fastsat til den 1. juni 2010.

#### *4.2.1. Projektet på Bispebjerg Bakke*

Ekspertpanelet har tilkendegivet, at projektet vedr. Bispebjerg Hospital vurderes i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper. Det er i den forbindelse blevet vægtet, at der med projektet skabes et nærmest nyt somatisk hospital, og der samtidig skabes rammer for en samling af psykiatrien i planlægningsområde Byen.

På den baggrund er der udarbejdet en ansøgning til ekspertpanelet om støtte til at bygge et nærmest nyt hospital på Bispebjerg Bakke. Ansøgningen forelægges regionsrådet den 25. maj 2010 med henblik på godkendelse, hvorefter den indsendes til ekspertpanelet senest den 1. juni 2010.

#### *4.2.2. Nyt hospital ved Hillerød*

I ekspertpanelets tilbagemelding på før-screeningen tilkendegiver ekspertpanelet, at man ved en samlet vurdering af de to fremsendte alternativer for Hillerød Hospital; udbygning af det eksisterende Hillerød Hospital og bygning af et nyt hospital ved Hillerød, vurderer, at et nyt hospital vil være mest i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper.

Det fremgår desuden af tilbagemeldingen, at i forhold til en senere positiv prioritering af et bar mark hospital, er der behov for en revurdering af hospitalsplanen for akutbetjening i den nordlige del af regionen, da ekspertpanelet mener, at dette vil muliggøre en samlet set mere rationel drift med færre matrikler.

På den baggrund er der udarbejdet en ansøgning til ekspertpanelet om støtte til at bygge et nyt hospital ved Hillerød. Ansøgningen forelægges regionsrådet den 25. maj 2010 med henblik på godkendelse, hvorefter den indsendes til ekspertpanelet senest den 1. juni 2010.

### **4.3 Tværgående projekter**

Der har siden hospitalsplanens og psykiatriplanens vedtagelse i maj 2007 været nedsat flere tværfaglige arbejdsgrupper, sammensat med repræsentanter fra regionens hospitaler og administrationen, hvor opdraget har været at udarbejde forslag til regionale standarder, retningslinjer og prioriteringer i forbindelse med implementeringen af hospitalsplanen og psykiatriplanen samt gennemførelsen af byggeprojekterne, således at byggerierne udformes inden for rammerne af ensartede tværgående principper, og det videre planlægningsgrundlag på områderne sikres.

De områder, der har været behandlet, og hvor anbefalinger og rapporter er forelagt regionsrådet, er: Akutområdet, Kvinde-barn, Patienthotel, Præhospital, Intensivkapacitet og Arealstandarder.

Der pågår aktuelt arbejde i yderlige fire tværfaglige arbejdsgrupper inden for områderne: Energi/miljø/bæredygtighed, driftsoptimering, helende arkitektur samt projekt-, økonomi- og risikostyring.

#### *4.3.1 Energi/miljø/bæredygtighed*

Formålet med projektet er at udarbejde et oplæg til prioritering af indsatsområder inden for følgende:

- Energirigtige løsninger i alle faser af byggeriernes tilblivelse samt efterfølgende drift
- Bæredygtig projektering og byggeri i alle faser af byggeriernes tilblivelse samt efterfølgende drift
- Mindskelse af udledning af farlige stoffer fra hospitalerne, herunder spildevand, bl.a. ved at indtænke rene mulige teknologier i alle faser af byggeriernes tilblivelse samt efterfølgende

De nye byggerier i regionen skal leve op til de krav og udfordringer, der allerede foreligger eller forventes fremover på området, og der skal tages højde for mulighederne for at inkorporere principperne om bæredygtighed i de nye hospitalsinvesteringer. Hospitalsinvesteringerne skal udover at være en investering i samfundets sundhed også tage hensyn til behovet for at investere i det globale miljø således at sundhed, økonomi og miljø hænger naturligt sammen.

#### *4.3.2 Driftsoptimering*

Formålet med projektet er at udarbejde en vejledning til, hvordan der i forbindelse med de enkelte byggeprojekter kan gennemføres en systematisk analyse, hvor det undersøges, hvordan byggeriet i videst muligt omfang understøtter en mere effektiv opgaveløsning og en bedre ressourceanvendelse.

Udgangspunktet for vejledningen er, at analysen skal vise, hvordan der kan opnås en bedre logistik i klinikken og en bedre driftslogistik, således at personaleforbruget kan reduceres. Derudover forventes der opnået driftsbesparelser som led i mere energirigtige fysiske rammer og installationer m.v.

#### *4.3.3. Helende arkitektur*

Bevidstheden om de fysiske rammers påvirkning af helbredsprocessen er øget markant gennem de seneste år. Regionsrådet har i april 2008 besluttet, at disse elementer skal vægtes i ethvert byggeri, det være sig renovering eller nybyggeri.

Formålet med projektet er at udarbejde anbefalinger for op til 10 principper indenfor helende arkitektur, som skal danne grundlag for regionens hospitalsbyggeri, ombygning såvel som nybygning.

Prioriteringen af hvilke principper indenfor området, der skal følges i regionen, skal ske ud fra en vurdering af virkningsgrad og effekt. Derudover har arbejdsgruppen fået til opdrag at udarbejde et idékatalog med eksempler på bygningsmæssige løsninger, som overholder de 10 principper.

#### *4.3.4 Projekt-, økonomi- og risikostyring*

Formålet med projektet er at etablere en fælles fremgangsmåde for projekt-, økonomi- og risikostyring i forbindelse med regionens byggeprojekter. Fremgangsmåden skal dels sikre, at virksomhederne får et solidt og effektivt beredskab, dels sikre at afrapporteringen sker ud fra ensartede standarder og retningslinjer, og at det dermed bliver muligt at sammenholde de data, der afrapporteres.

### **5. Status for sundhedsstyrelsens specialeplanlægning**

Sundhedsstyrelsen opdeler funktionerne indenfor de forskellige specialer i hovedfunktioner, som er almindelige og hyppige funktioner, og specialfunktioner, der er de sjældne, dyre og/eller komplicerede funktioner.

Region Hovedstaden modtog ultimo februar 2010 Sundhedsstyrelsens afgørelse, der placerer regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner (specialfunktioner) på offentlige og private hospitaler. Dog har styrelsen valgt foreløbigt at udskyde

specialeudmeldingen inden for ortopædkirurgi med henblik på endnu en gennemgang af placeringerne.

Sundhedsstyrelsen har i specialeplanen generelt holdt fast i, at regionsfunktioner må være 1-3 steder i hver region og højt specialiserede funktioner 1-3 steder i landet. Sundhedsstyrelsen har dog fraveget udgangspunktet visse steder af hensyn til regionale og specialespecifikke forskelligheder, herunder kapacitetsmæssige, udviklingsmæssige og evt. geografiske forhold.

Regionen har på baggrund af regionsrådets behandling af specialeplanen på møde den 23. marts 2010 afgivet hørings svar til Sundhedsstyrelsen, hvoraf det fremgår, at:

- regionsrådet efterlyser en samlet oversigt på landsplan over specialefordelingen,
- regionsrådet finder, at en protonaccelerator bør placeres på Rigshospitalet,
- regionsrådet udtaler, at borgerne skal have sikkerhed for kvaliteten i al offentlig betalt sygehusbehandling,
- regionsrådet fastholder, at de faglige vurderinger, der ligger til grund for dimensionering af behandlingsbehov og behandlingskapacitet i Region Hovedstadens hospitals- og psykiatriplaner, må gælde, hvad enten behandlingen udføres i offentligt eller privat regi, og
- regionsrådet tager afstand fra de dele af Sundhedsstyrelsens specialeplansforslag, der ikke opfylder kravet om ensartet kvalitet på al behandling i regionen. Eksempler på dette er behandling af brystkræft, tarmkræft og behandlinger, hvor der kan tilståde svære komplikationer.

Efter høring af hospitalsdirektionerne og de sundhedsfaglige råd har regionen endvidere meddelt styrelsen, at regionen ønsker at varetage de godkendte specialefunktioner under de af styrelsen angivne forudsætninger. Eventuelle problemer i forhold til implementering af speciale godkendelserne inden den fastsatte frist 1. januar 2010, vil blive rejst overfor Sundhedsstyrelsen i løbet af efteråret 2010. Desuden har regionen afgivet en række faglige bemærkninger til styrelsens speciale godkendelser. Regionens samlede svar kan findes på politikerportalen.

## **6. Bilagsoversigt**

### **BILAG 1:**

Oversigt over de gennemførte omlægninger (2007- april 2010) i hospitalsplanen og psykiatriplanen

### **BILAG 2:**

Oversigt over de planlagte og afventede omlægninger i hospitalsplanen og psykiatriplanen

## Bilag 1: Oversigt over de gennemførte omlægninger siden hospitalsplanen og psykiatriplanens vedtagelse i maj 2007 til og med april 2010

Nedenfor er i kronologisk rækkefølge og for hvert hospital redegjort for de hidtil gennemførte omlægninger som følge af hospitalsplanen og psykiatriplanen. Som skitseret i rapporten sondres der mellem ledelsesmæssige/organisatoriske omlægninger (herunder udefunktioner), flytning af funktioner og omlægninger af optageområder.

I oversigten er ændringer kun anført under det hospital de er flyttet til (og ikke under det hospital de er flyttet fra). I de tilfælde hvor der er tale om, at der er sket en ledelsesmæssig sammenlægning af to afdelinger, hvorefter den ene fortsætter som en ude- eller samarbejdsfunktion betjent af medarbejdere fra det hospital, hvor ledelsen er forankret, er dette anført som udefunktion under det hospital, som har ledelsen.

### Bispebjerg Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/02	Dermatologi- venerologi	Hørsholm	Funktionsflytning
2008/03	Intensiv afsnit	Frederiksberg	Funktionsflytning
2008/06	Fælles akutmodtagelse		Ny funktion
2008/06	Kirurgi	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
2008/06	Kirurgi	Amager	Optageområde Christianshavn
2008/06	Kirurgi	Hvidovre	Optageområde Vanløse
2008/10	Ortopædkirurgi	Amager	Optageområde Christianshavn
2009/01	Klinisk farmakologi	Gentofte	Udefunktion
2009/01	Arbejds- og miljømedicin	Glostrup	Udefunktion
2009/01	Arbejds- og miljømedicin	Hillerød	Udefunktion
2009/01	Klinisk farmakologi	Rigshospitalet	Udefunktion
2009/03	Diagnostisk radiologi	Frederiksberg	Udefunktion
2009/04	Lungemedicin	Gentofte	Optageområde tidligere KA - Lungecancer
2009/06	Intern medicin	Amager	Optageområde Christianhavn
2009/06	Intern medicin	Frederiksberg	Optageområde Indre Nørrebro
2009/06	Geriatrici	Frederiksberg	Optageområde Indre Nørrebro
2009/10	Neurologi	Amager	Optageområde Christianshavn
2009/10	Neurologi	Frederiksberg	Optageområde Indre Nørrebro
2009/10	Neurologi	Hvidovre	Optageområde Vanløse - Akut apopleksi
2009/12	Arbejds- og miljømedicin	Glostrup	Funktionsflytning

(oversigten over Bispebjerg Hospital fortsætter på næste side)

Bisperg Hospital (fortsat)

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2010/01	Intern medicin	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
2010/01	Gastroenterologi	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
2010/01	Kardiologi	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
2010/01	Lungemedicin	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
2010/04	Ortopædkirurgi	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst - elektiv
2010/04	Ortopædkirurgi	Herlev	Optageområde Ryvang Øst - akut
2010/04	Ortopædkirurgi	Hvidovre	Optageområde Vanløse

Frederiksberg Hospital

Tidspunkt	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2009/03	Skadestuer		Sammenlægning af AMA og skadestuen
2009/06	Intern medicin	Hvidovre	Optageområde Vanløse
2009/06	Reumatologi	Hvidovre	Optageområde Vanløse
2009/06	Reumatologi	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
2009/06	Reumatologi	Bispebjerg	Sengebåren aktivitet
2009/10	Reumatologi	Amager	Optageområde Christianshavn
2009/10	Neurologi	Hvidovre	Optageområde Vanløse - rehabilitering - Apopeksi
2009/11	Reumatologi	Bispebjerg	Ambulant aktivitet
2010/03	Urologi	Amager	Overtagelse af aktiviteten i Syd i samarbejde med Rigshospitalet

Frederikssund Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/01	Neurologi	Esbønderup	Neurorehabilitering
2010/01	Skadestuer		Sammenlægning af AMA og skadestuen

## Gentofte Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008	Skadestuer		Sammenlægning af AMA og skadestuen
2008/01	Kirurgi		Enhed for rationelt planlagt kirurgi
2008/01	Audiologi	Bispebjerg	Udefunktion
2008/01	Allergologi	Rigshospitalet	Udefunktion
2008/10	Karkirurgi	Rigshospitalet	varicepatienter
2009/01	Reumatologi	Herlev	Funktionsflytning
2009/04	Øre-næse-hals	Hillerød	Optageområde tidligere FA
2009/04	Øre-næse-hals	Rigshospitalet	Optageområde tidligere HS
2009/06	Lungemedicin	Frederikssund	Lungecancer
2009/08	Reumatologi	Hørsholm	Optageområde tidligere FA
2009/09	Allergologi	Hillerød	Funktionsflytning
2010/01	Intern medicin	Hillerød	Optageområde Birkerød
2010/01	Gastroenterologi	Hillerød	Optageområde Birkerød
2010/01	Kardiologi	Hillerød	Optageområde Birkerød
2010/01	Lungemedicin	Hillerød	Optageområde Birkerød
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Frederiksberg	Udefunktion - elektiv gynækologi fra Rigshospitalet
2010/01	Neurologi	Frederikssund	Optageområde Birkerød (apopleksi rehab.)
2010/01	Allergologi	Rigshospitalet	Funktionsflytning

## Glostrup Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/09	Øjensygdomme	Frederiksberg	Udefunktion
2008/09	Øjensygdomme	Hillerød	Udefunktion
2008/09	Øjensygdomme	Rigshospitalet	Udefunktion
2009	Pædiatri	Herlev	Udefunktion
2009/06	Reumatologi	Hvidovre	Udefunktion
2009/08	Øjensygdomme	Rigshospitalet	Flytning af akut øjenvagt
2009/10	Reumatologi	Hvidovre	Sengebåren aktivitet
2009/10	Neurologi	Amager	Akut apopleksi og TCI
2009/10	Neurologi	Hvidovre	Apopleksi
2009/10	Neurologi	Hvidovre	Udefunktion - afsnit for traumatisk hjerneskade
2009/10	Øjensygdomme	Hillerød	Sengebåren aktivitet
2010/02	Øjensygdomme	Rigshospitalet	Funktionsflytning af øjenfunktioner, der ikke skal blive på Rigshospitalet
2010/04	Ortopædkirurgi	Hvidovre	Rygkirurgi

## Helsingør Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2009/09	Intern medicin	Hillerød	Optageområde Hørsholm

## Herlev Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2007/10	Hæmatologi	Hillerød	Funktionsflytning
2008	Hæmatologi	Rigshospitalet	Specialfunktioner for planlægningsområde tidl. FA
2008/01	Fælles akutmodtagelse		Ny funktion
2008/01	Kirurgi	Gentofte	Samarbejdsfunktion
2008/01	Plastikkirurgi	Helsingør	Funktionsflytning
2008/01	Ortopædkirurgi	Gentofte	Samarbejdsfunktion
2008/01	Urologi	Frederikssund	Udefunktion
2008/04	Plastikkirurgi	Rigshospitalet	Specialiserede funktioner - optageområde tidligere FA
2008/04	Ortopædkirurgi	Gentofte	Elektiv samarbejdsfunktion
2008/04	Kirurgi	Gentofte	Akut gastro-kirurgi for optageområde Gentofte, Søllerød, Lyngby-Taarbæk
2008/04	Mammakirurgi	Hørsholm	Funktionsflytning
2008/04	Ortopædkirurgi	Gentofte	Akut ortopædkirurgi
2008/04	Gynækologi og obstetrik	Gentofte	Akut gynækologi
2008/05	Urologi	Glostrup	Hjemtagning af udefunktion
2009/01	Urologi	Gentofte	Hjemtagning af udefunktion
2009/01	Gynækologi og obstetrik	Glostrup	Udefunktion
2009/02	Børnekirurgi	Glostrup	Elektiv kirurgi på 2-15 årige børn
2009/02	Børnekirurgi	Hillerød	Elektiv kirurgi på 2-15 årige børn
2009/04	Neurologi		Neurologisk afdelingsledelse (ny)
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Glostrup	Funktionsflytning
2010/01	Pædiatri	Glostrup	Ekskl. Ambulatorie og center for handicappede
2010/01	Neurologi	Gentofte	Akut apopleksi
2010/02	Urologi	Frederikssund	Akut urologi

## Hillerød Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008	Fælles akutmodtagelse		Ny funktion
2008	Anæstesiologi	Frederikssund	Udefunktion
2008	Diagnostisk radiologi	Frederikssund	Udefunktion
2008	Klinisk biokemi	Frederikssund	Udefunktion
2008	Diagnostisk radiologi	Helsingør	Udefunktion
2008	Klinisk biokemi	Helsingør	Udefunktion
2008/01	Kirurgi	Hørsholm	Dagkirurgi
2008/01	Kirurgi	Frederikssund	Udefunktion
2008/01	Ortopædkirurgi	Frederikssund	Udefunktion
2008/01	Palliativ enhed	Frederikssund	Udefunktion
2008/01	Kirurgi	Helsingør	Udefunktion
2008/01	Ortopædkirurgi	Helsingør	Udefunktion
2008/01	Ortopædkirurgi	Hørsholm	Udefunktion
2008/09	Intern medicin		endokrinologiske funktioner
2008/09	Intern medicin		Samling af akutte pacemakerpatienter og hjerteklapspatienter
2009	Anæstesiologi	Helsingør	Udefunktion
2009/01	Gastroenterologi	Helsingør	Ledelsesmæssig sammenlægning
2009/09	Intern medicin	Helsingør	Optageområde Græsted/Gileje kommune
2009/09	Infektionsmedicin	Helsingør	Funktionsflytning
2010/03	Ortopædkirurgi	Frederikssund	Akut ortopædkirurgi

Hvidovre Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008	Fælles akutmodtagelse		Ny funktion
2008/01	Ortopædkirurgi	Amager	Udefunktion
2008/01	Pædiatri	Amager	Udefunktion
2008/01	Ortopædkirurgi	Glostrup	Udefunktion
2008/03	Pædiatri	Amager	Funktionsflytning
2008/05	Kirurgi	Amager	Akut kirurgi
2008/09	Kirurgi	Amager	Udefunktion
2008/09	Anæstesiologi	Amager	Udefunktion
2008/09	Klinisk biokemi	Amager	Udefunktion
2008/09	Ortopædkirurgi	Amager	Akut ortopædkirurgi
2008/09	Intensiv afsnit	Amager	Funktionsflytning
2009/02	Anæstesiologi	Amager	Smerteklinik
2009/06	Intern medicin	Glostrup	Optageområde Brøndby
2009/06	Geriatrici	Glostrup	Optageområde Hvidovre
2009/12	Kirurgi	Glostrup	Flytning af akut kirurgi for optageområde Brøndby
2010/01	Kirurgi	Glostrup	Samarbejdsfunktion - ny elektiv enhed
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Glostrup	Akut gynækologi - planlægningsområde Syd samt Vanløse og Bispebjerg
2010/02	Gynækologi og obstetrik	Glostrup	Fødsler - optageområde Tårnby og Dragør
2010/04	Infektionsmedicin	Herlev	Optageområdeflytning

## Rigshospitalet

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2007/10	Thoraxkirurgi	Gentofte	Ventrikel-, Cardia og Øsofacancer
2008/01	Hæmatologi	Gentofte	Udefunktion - Trombose
2008/01	Karkirurgi	Gentofte	Udefunktion
2008/01	Thoraxkirurgi	Gentofte	Udefunktion - thoraxanæstesi
2008/01	Gynækologi og obstetrik	Frederiksberg	Udefunktion
2008/01	Thoraxkirurgi	Gentofte	Udefunktion
2008/01	Gynækologi og obstetrik	Gentofte	Udefunktion
2008/01	Pædiatri	Gentofte	Udefunktion
2008/01	Klinisk immunologi		Samlet regional blodbank
2008/04	Plastikkirurgi	Herlev	Optageområde tidligere KA
2008/04	Børnekirurgi	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
2008/04	Gynækologi og obstetrik	Gentofte	Akut gynækologi for optageområde Ryvang Øst
2008/04	Tand- mund- og kæbekirurgi	Glostrup	Udefunktion
2008/04	Tand- mund- og kæbekirurgi	Hillerød	Udefunktion
2008/06	Hæmatologi	Herlev	Optageområde Tårnby, Dragør og Hvidovre
2008/06	Hæmatologi	Herlev	Specialfunktioner for planlægningsområde Syd og Byen
2009	Mammakirurgi	Herlev	Optageområde tidligere KA
2009/04	Ortopædkirurgi	Herlev	Kompliceret sarkomkirurgi
2009/04	Øre-næse-hals	Hillerød	Cancer
2009/04	Øre-næse-hals	Gentofte	Ændret opgavefordeling
2010/01	Hæmatologi	Gentofte	Funktionsflytning - trombosecentret
2010/01	Gynækologi og obstetrik	Frederiksberg	Fødsler
2010/02	Tand- mund- og kæbekirurgi	Hillerød	Funktionsflytning
2010/05	Tand- mund- og kæbekirurgi	Glostrup	Funktionsflytning

## PC Amager

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/01	Psykiatri		Samling af distriktspsykiatri
2008/10	Psykiatri		Nattelukning af skadestue

PC Ballerup

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/03	Psykiatri		Etablering af OPUS-team
2009/01	Psykiatri	PC Nordsjælland	Optageområde Stenløse og Ølstykke
2009/06	Psykiatri		Etablering af OP-team

PC København

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/01	Psykiatri	PC Bornholm	Ny ledelsesstruktur
2008/01	Psykiatri	PC Amager	Optageområde Christianshavn
2008/10	Psykiatri	PC Rigshospitalet	Optageområde Indre Nørrebro
2008/10	Psykiatri	PC Bispebjerg	Optageområde Ydre Østerbro
2008/10	Psykiatri		Nattelukning af skadestue
2009/02	Psykiatri		Samling af distriktspsykiatri på Strandboulevarden
2009/12	Psykiatri	PC Rigshospitalet	Skadestue
2010/01	Psykiatri		Fusion af PC Rigshospitalet og PC Bispebjerg

PC Frederiksberg

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/01	Psykiatri	PC Hvidovre	Optageområde Vanløse
2008/10	Psykiatri		Nattelukning af skadestue

PC Gentofte

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/10	Psykiatri		Nattelukning af skadestue

PC Glostrup

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/03	Psykiatri		Etablering af OP-team
2008/03	Psykiatri		Etablering af OPUS-team
2008/09	Psykiatri		Samling af distriktspsykiatri i Ishøj
2008/09	Psykiatri	PC Albertslund	Samling af distriktspsykiatri i Glostrup
2009/03	Psykiatri	PC Sct. Hans	Specialfunktionen for senhjerneskadede
2009/12	Psykiatri		Samling af distriktspsykiatri i Brøndby

PC Hvidovre

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/01	Psykiatri	PC Glostrup	Optageområde Hvidovre

PC Nordsjælland

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2009/03	Psykiatri		Etablering af OPUS-team

PC Sct. Hans

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2008/01	Psykiatri	PC Frederiksberg	Specialiserede rehabilitering

## Bilag 2: Oversigt over de planlagte og afventede omlægninger i hospitalsplanen og psykiatriplanen

Nedenfor er i kronologisk rækkefølge og for hvert hospital redegjort for de planlagte og afventende omlægninger som følge af hospitalsplanen og psykiatriplanen. Som skitseret i rapporten sondres der også her mellem ledelsesmæssige/organisatoriske omlægninger (herunder udefunktioner), flytning af funktioner og omlægninger af optageområder.

I oversigten er ændringer kun anført under det hospital de er flyttet til (og ikke under det hospital de er flyttet fra). I de tilfælde hvor der er tale om, at der er sket en ledelsesmæssig sammenlægning af to afdelinger, hvorefter den ene fortsætter som en ude- eller samarbejdsfunktion betjent af medarbejdere fra det hospital, hvor ledelsen er forankret, er dette anført som udefunktion under det hospital, som har ledelsen.

Planlagte omlægninger er markeret med gul og afventende omlægninger er markeret med rød.

### Amager Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Skadestue		Sammenlægning af AMA og skadestuen

### Bispebjerg Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2011/01	Demensenhed		Ny funktion
Afventer	Fælles akutmodtagelse		Endelig etablering (ny funktion)
Afventer	Neurologi	Rigshospitalet	Apopleksi
Afventer	Klinisk farmakologi	Rigshospitalet	Funktionsflytning

### Bornholm Hospital

Dato	Speciale	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Skadestue		Sammenlægning af AMA og skadestuen

### Frederikssund Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Neurologi	Esbønderup	Funktionsflytning

Gentofte Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2011/01	Allergologi	Rigshospitalet	Laboratoriedel
2011/12	Skadestuer		Sammenlægning af AMA og skadestuen
Afventer	Audiologi	Bispebjerg	Funktionsflytning

Til Glostrup Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2010/07	Anæstesiologi	Rigshospitalet	Ledelsesmæssig overtagelse af Respirationscenter Øst og IRP fra Københavns Kommune
2010/10	Reumatologi	Hvidovre	Ambulant aktivitet
2010/10	Reumatologi	Amager	Ambulant aktivitet
2010/10	Neurokirurgi	Rigshospitalet	Samling af ryggkirurgi og etablering af Videnscenter for Rygsygdom
2010/10	Demensenhed		Ny funktion
Afventer	Skadestuer		Sammenlægning af AMA og skadestuen
Afventer	Reumatologi	Amager	Funktionsflytning
Afventer	Neurologi	Hvidovre	Funktionsflytning - afsnit for traumatisk hjerneskade
Afventer	Neurologi	Rigshospitalet	Optageområde tidligere H:S Syd
Afventer	Neurologi	Rigshospitalet	Klinik for rygmærskader
Afventer	Neurologi	Bispebjerg	Optageområde tidligere HS

Helsingør Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2010/09	Skadestuer		Sammenlægning af AMA og skadestuen
Afventer	Reumatologi	Hørsholm	Funktionsflytning

Herlev Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2011/01	Demensenhed		Ny funktion
Afventer	Fælles akutmodtagelse		Endelig etablering
Afventer	Intern medicin	Frederikssund	Optageområde Farum, Stenløse, Ølstykke
Afventer	Nefrologi	Hillerød	Optageområde tidligere FA
Afventer	Kirurgi	Hillerød	Optageområde tidligere FA
Afventer	Ortopædkirurgi	Hillerød	Optageområde tidligere FA
Afventer	Gynækologi og obstetrik	Hillerød	Optageområde tidligere FA
Afventer	Pædiatri	Hillerød	Optageområde tidligere FA
Afventer	Pædiatri	Gentofte	Optageområde tidligere KA
Afventer	Onkologi	Hillerød	Optageområde tidligere FA
Afventer	Neurologi	Hillerød	Optageområde Birkerød
Afventer	Neurologi	Glostrup	Optageområde tidligere KA
Afventer	Neurologi	Hillerød	Optageområde tidligere FA

Hillerød Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2010/12	Palliativ enhed	Frederikssund	Funktionsflytning
2010/12	Demensenhed		Ny funktion
Afventer	Kirurgi	Hørsholm	Elektiv kirurgi
Afventer	Kirurgi	Helsingør	Funktionsflytning
Afventer	Urologi	Frederikssund	Urologisk udefunktion fra Herlev Hospital
Afventer	Intensiv afsnit	Frederikssund	Funktionsflytning
Afventer	Intensiv afsnit	Helsingør	Funktionsflytning

Hvidovre Hospital

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
2010/07	Kirurgi	Glostrup	Akut kirurgi
2010/07	Klinisk mikrobiologi	Herlev	Mikrobiologisk betjening af Glostrup Hospital
2010/07	Ortopædkirurgi	Glostrup	Akut ortopædkirurgi
Afventer	Fælles akutmodtagelse		Endelig etablering
Afventer	Nefrologi		Dialyse satellit SYD - ny funktion
Afventer	Nefrologi	Herlev	Funktionsflytning - optageområde midt
Afventer	Gynækologi og obstetrik	Herlev	Optageområde tidligere KA
Afventer	Pædiatri	Herlev	Optageområde tidligere KA
Afventer	Onkologi	Rigshospitalet	Optageområde tidligere H:S (ny funktion)
Afventer	Onkologi	Herlev	Optageområde tidligere KA (ny funktion)
Afventer	Palliativ enhed		Ny funktion

Rigshospitalet

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Kardiologi	Gentofte	Specialfunktioner for optageområde SYD
Afventer	Hæmatologi	Herlev	Optageområde tidligere KA
Afventer	Karkirurgi	Gentofte	Funktionsflytning
Afventer	Urologi	Frederiksberg	Samarbejdsfunktion
Afventer	Thoraxkirurgi	Gentofte	Funktionsflytning
Afventer	Urologi	Herlev	Optageområde tidligere KA
Afventer	Gynækologi og obstetrik	Hvidovre	Optageområde Vanløse
Afventer	Gynækologi og obstetrik	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
Afventer	Gynækologi og obstetrik	Hvidovre	Gynækologi for optageområde Christianshavn
Afventer	Gynækologi og obstetrik	Herlev	Optageområde Brønshøj/Husum
Afventer	Pædiatri	Gentofte	Optageområde Ryvang Øst
Afventer	Pædiatri	Hvidovre	Optageområde planlægningsområde Byen ekskl. Ryvang øst og indre by
Afventer	Onkologi	Herlev	Optageområde tidligere KA
Afventer	Neurokirurgi	Glostrup	Udefunktion - samling af Kraniekirurgi på Rigshospitalet

PC Ballerup

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Psykiatri	PC Nordsjælland	Optageområde Furesø

PC Gentofte

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Psykiatri	PC Nordsjælland	Optageområde Birkerød
Afventer	Psykiatri		Flytning af centret til Hørsholm

PC Hvidovre

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Psykiatri	PC Glostrup	Optageområde Brøndby

PC Sct. Hans

Dato	Specialer	Fra hospital	Bemærkning
Afventer	Psykiatri		Udvidelsen af den retspsykiatriske sengekapa- citet og sammenlægning med Retspsykiatrisk Center Glostrup.

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 7

Emne: Forslag til fødeplan for Region Hovedstaden

1 bilag



Region Hovedstaden

# Forslag til fødeplan for Region Hovedstaden

REGION

Koncern Plan og Udvikling  
Maj 2010

# Forord

# Indholdsfortegnelse

<i>Forord</i> _____	2
<i>Sammenfatning og anbefalinger</i> _____	5
<b>1. Rammer og lovgrundlag</b> _____	8
1.1 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen _____	8
1.2 Region Hovedstadens Fødeplanudvalg _____	9
1.3 Organisering af fødselsområdet i Region Hovedstaden _____	10
1.4 Fødselsudvikling og fødselsdata _____	13
1.5 Mål og principper for svangreomsorgen _____	14
1.6 Information om tilbuddene _____	16
<b>2. Regionens tilbud på svangreområdet</b> _____	17
2.1 Tilbud til den gravide _____	18
2.2 Kontinuitet i graviditet og fødsel _____	20
2.3 Fødselsforberedelse _____	21
2.4 Fødslen _____	22
2.5 Barsel - den første tid efter fødslen _____	25
2.6 Regionalt familieambulatorium _____	26
2.7 Private jordemødre og fødeklinikker _____	26
2.8 Opsamling på anbefalinger _____	27
<b>3. Samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner</b> _____	28
3.1 Ansvarsfordeling mellem sektorer _____	28
3.2 Forløb og overgange mellem sektorer under graviditet, fødsel og barsel _____	29
3.3 Tidlig indsats og komplicerede graviditetsforløb _____	32
3.4 Elektronisk kommunikation mellem sektorer _____	34
3.5 Opsamling på anbefalinger _____	35
<b>4. Kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed</b> _____	37
4.1 Opgavefordeling mellem region og kommuner om kvalitetsudvikling og patientsikkerhed _____	37
4.2 Drift og videreudvikling af kliniske databaser _____	38

4.3 Perinatal audit _____	40
4.4 Obstetrisk færdighedstræning _____	41
4.5 Undersøgelse af fødende kvinders oplevelser __	42
4.6 Opsamling på anbefalinger _____	43
<b>5. Kvinde-barn centre _____</b>	<b>45</b>
<b>6. Økonomiske konsekvenser _____</b>	<b>47</b>
<b>7. Implementering _____</b>	<b>48</b>
<b>Ordliste _____</b>	<b>51</b>
<b>Bilag 1: Kommissorium for Region Hovedstadens fødeplanudvalg _____</b>	<b>52</b>
<b>Bilag 2: Underarbejdsgrupper under fødeplanudvalget _____</b>	<b>55</b>

# Sammenfatning og anbefalinger

Region Hovedstadens fødeplan fastlægger indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel og beskriver, hvordan anbefalingerne for svangreomsorgen opfyldes. Særligt tre områder har været i fokus, og det er:

- regionens tilbud på svangreområdet
- samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner
- kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed.

I regionens tilbud på svangreområdet gives der anbefalinger til de få områder, hvor regionen ikke opfylder Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen. Der gives desuden anbefalinger til et ensartet, men behovsdifferentieret serviceniveau på tværs af fødestederne for at sikre lige adgang til svangreomsorg, fødsel og barsel for regionens kvinder. Fødeplanudvalget har følgende anbefalinger:

- Kvinderne i regionen tilbydes en differentieret indsats afhængig af behov.
- Kvinderne tilbydes kontinuitet i graviditeten.
- Der tilbydes 5 til 7 jordemoderkonsultationer i graviditeten.
- Fødestederne tilbyder fødselsforberedelse i grupper og enkeltstående temaeftermiddage for flergangsfødende samt målrettet fødselsforberedelse for kvinder fra niveau 3 og 4.
- Hvert fødested etablerer en brugervenlig hjemmeside med råd og vejledning.
- Der er tilbud om ambulante fødsel, hvor kvinden udskrives 4-6 timer efter fødslen. Ambulant fødsel er standard for flergangsfødende uden komplikationer.
- Der er tilbud om hjemmefødsel, hvor hvert fødested varetager hjemmefødsler for eget optageområde.
- Der er fast tilstedeværelse af jordemoder ved aktiv fødsel.
- Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger, hvis der ikke ønskes ambulante fødsel.
- Efter ambulante fødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene kontakt foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen og den anden kontakt foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Efter hjemmefødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene kontakt foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen og den anden kontakt foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Fødestedet tager telefonisk kontakt inden for det første døgn efter fødslen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel.
- Der tages hælbloodprøve i hjemmet/på afdelingen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel, og hørescreening foregår efter aftale.
- Der er barselambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig.
- Ved behov tilbyder fødestederne efterfødselsamtale inden for en måned.

Samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner er meget væsentligt for at den gravide, fødende og barslende kvinde og familie oplever et sammenhængende og kontinuerligt forløb. Graviditet, fødsel og barsel er således et komplekst forløb, der involverer flere myndighedspersoner og sundhedspersoner på tværs af sektorer. Sundhedsstyrelsen anbefaler et tæt og velbeskrevet samarbejde mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Det tværsektorielle samarbejde er yderligere aktualiseret som følge af ændret opgavefordeling ved kommunalreformen samt differentiering af svangreomsorgen og niveauopdelt indsats.

For at sikre hensigtsmæssige overgange mellem sektorerne samt sikre optimale og sammenhængende forløb især for kvinder fra niveau 2, 3 og 4 anbefaler fødeplanudvalget at:

- Alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse. Det skal tydeligt fremgå af henvendelsen, hvem den skal videresendes til, og om det er til sundhedsplejen, sagsbehandlerne i socialforvaltningen eller begge funktioner.
- Fødestederne anvender ensartet terminologi, og ambulatorier for amning m.v. benævnes barselambulatorium.
- Med udgangspunkt i et passende befolkningsunderlag og fødestedernes optageområder planlægger regionen, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere jordemoderkonsultationerne uden for fødestedet.
- Fødestederne udpeger koordinerende jordemødre, som tager sig af kvinder fra niveau 2, 3 og 4 og sørger for sammenhæng i indsatsen.
- Det enkelte fødested skaber overblik over de relevante kommunale henvisningsmuligheder i fødestedets optageområde.
- Regionen indgår i samarbejde med Digital Sundhed og understøtter udviklingen af en elektronisk vandrejournal, som kan tilgås af almen praksis og fødestedet, og som gøres tilgængelig for alle involverede.

De nævnte anbefalinger kan umiddelbart implementeres af parterne. Imidlertid er der også en række anbefalinger, der med fordel kan indgå i arbejdet med sundhedsaftalerne. Det er anbefalinger, hvor der er behov for nærmere drøftelse og bearbejdning. Det gælder følgende anbefalinger:

- Via sundhedsaftalerne arbejdes der videre med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler.
- Efter aftale med regionen indtænker kommunerne jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje.
- Kommunerne indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via de kommunale praksiskonsulenter eller tilsvarende ordning.
- Det aftales med kommunerne, hvordan MedCom standarderne for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune.

Forudsætningen for høj faglig kvalitet i svangreomsorgen er samarbejde og koordinering om kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Der er stort behov for optimering herunder tilvejebringelse og kvalificering af de data, der i dag indsamles på fødselsområdet. For en række data er der samtidig behov for, at

det sker i samarbejde mellem fødesteder, praksissektor og kommuner. Fødeplanudvalget anbefaler følgende:

- Sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik følger, opgør og sammenligner kliniske data i regionen.
- På sigt gennemføres kvalitetsovervågningen i tæt samarbejde mellem hospitaler, praksissektor og kommuner, og der udarbejdes fælles journaldokumentation i både hospitalets journal og i sundhedsplejerskernes journalsystem. Imidlertid er der behov for en præcis afdækning, og derfor nedsættes en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg, som ser nærmere herpå.
- Data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitets Model til det obstetriske forløb samles i Enhed for Klinisk Kvalitet.
- Der gennemføres en analyse af, hvilke behov et it-system, som understøtter det obstetriske speciale skal dække, herunder udarbejdelse af kravspecifikation for en specialespecifik obstetrisk journal.
- Der indføres en procedure med perinatal audit for en systematisk gennemgang af døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade. Fødeafdelingerne har lokale fora, hvor resultaterne fra perinatal audit diskuteres og anvendes.
- Der iværksættes obstetrisk færdighedstræning tilrettelagt som et undervisningsforløb á to dage fordelt over 2 år.
- Det permanente fødeplanudvalg udformer en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen af fødende kvinders oplevelser.

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen skal region og kommuner udarbejde informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunens tilbud. Det er en ganske omfattende opgave, som det ikke har været muligt for fødeplanudvalget at nå at løse. Opgaven om udarbejdelse af informationsmateriale henlægges derfor til en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg med igangsætning i efteråret 2010.

# 1. Rammer og lovgrundlag

## 1.1 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen

Svangreområdet er reguleret i sundhedslovens bestemmelser om sundhedsmyndighedernes pligter og patienternes rettigheder herunder forhold med betydning for svangreområdet. Gravide bosat i landet har således ret til ydelser efter loven, og udgiften hertil skal afholdes af bopælsregionen.

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om patienters retstilling, og er dermed også omfattet af bestemmelserne om samtykke, tavshedspligt, videregivelse af helbredsoplysninger og underretningspligt. Det er dog vigtigt, at være opmærksom på, at den gravide kvinde ikke betragtes som syg, og at langt de fleste fødselsforløb er ukomplicerede.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen 2009, der omfatter sundhedsvæsenets indsats ved graviditet, fødsel og barsel, erstatter Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 1998. Anbefalingerne er opdateret som følge af den faglige/medicinske og demografiske udvikling på området. Anbefalingerne henvender sig bredt til sundhedspersonalet og beskriver såvel lovbundne krav som hensigtsmæssige tiltag.

Formålet med svangreomsorgen er at yde en differentieret indsats med udgangspunkt i den gravides ønsker, behov og rettigheder. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal sikre en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed. Den differentierede indsats og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde niveaudeles i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravides behov.

Regionen skal yde indtil fem forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet. Desuden yder regionen forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder samt jordemoderhjælp ved fødsel på hospital og i hjemmet.

Herudover kan kommunen beslutte, at gravide med særlige behov skal tilbydes en særlig indsats. Heraf følger muligheden for et styrket samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

Der er ikke lovkrav om, at sundhedsaftalerne mellem region og kommuner skal omfatte svangreomsorgen, men den nye struktur med kommunalreformen og ændret opgavefordeling har gjort det væsentligt at fokusere på det tværsektorielle arbejde. Det fremgår af anbefalingerne, at samarbejdet indenfor svangreomsorgen tilrettelægges lokalt, eksempelvis i et fødeplanudvalg, og at det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på området.

Sundhedsstyrelsen anbefaler således, at der etableres et formaliseret, velbeskrevet og tæt samarbejde mellem hospitalernes fødesteder, jordmodercentre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Formålet er at udarbejde beslutningsgrundlaget for regionens planlægning af svangreomsorgen samt lokale og fælles retningslinjer for visitation. Herudover bør der:

- fastlægges prioriterede indsatsområder
- udarbejdes planer for samarbejdet for komplicerede graviditetsforløb
- udarbejdes planer for samarbejdet i barselsperioden
- sikres drift og videreudvikling af kliniske databaser
- udarbejdes regionalt og kommunalt informationsmateriale om tilbuddene
- ske koordinering af opgavefordelingen mellem region og kommuner for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Det fremgår desuden af anbefalingerne, at:

- der skal udarbejdes retningslinjer for sammenhæng og kontinuitet i overgangen fra sekundær- til primærsektor
- regionen skal udarbejde en vejledning for overflytning til fødeafdeling ved komplikationer
- på de enkelte fødeafdelinger skal der være retningslinjer for, hvad der sker, hvis der opstår komplikationer
- der skal udfærdiges standarder for opfølgningssamtale ved udskrivning
- genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte skal monitoreres inden for 14 dage efter fødslen efter Den Danske Kvalitetsmodel.

Endelig anbefales det, at svangreomsorgen for gravide med rusmiddelproblemer bør organiseres i et regionalt familieambulatorium.

Anbefalingerne for svangreomsorgen trådte i kraft den 1. september 2009, men Sundhedsstyrelsen anfører, at implementering af nye anbefalinger på nogle punkter vil kræve en længere forberedelse af den fornødne logistik og planlægning.

## **1.2 Region Hovedstadens Fødeplanudvalg**

Med henblik på at opfylde anbefalingerne for svangreomsorgen og fastlægge indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel nedsættes der et permanent fødeplanudvalg for Region Hovedstaden, jvf. bilag 1.

Fødeplanudvalget er bredt sammensat med repræsentanter fra regionsadministrationen, praksissektor og kommuner samt repræsentation med læger, sygeplejersker, jordemødre, sundhedsplejersker m.fl. Der er repræsentation fra alle fire planlægningsområder i Region Hovedstaden samt Bornholm. Grundstammen i fødeplanudvalget består af repræsentanter fra Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik og formandskabet varetages af formand samt næstformand fra det sundhedsfaglige råd.

Udvalget har som sin første opgave udarbejdet nærværende forslag til en regional fødeplan. Regionens fødeplan skal sikre, at der tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje for alle regionens borgere i relation til graviditet, fødsel og barsel. Den regionale fødeplan afløser således alle gamle eksisterende fødeplaner.

Arbejdet er omfattende, idet regionens planlægning af svangreomsorgen rækker fra planer for samarbejdet med kommunerne og praksissektor over til vejledning og standarder for særlige områder, monitorering samt informationsmateriale.

Fødeplanudvalgets opgaver har derfor været fordelt således, at fødeplanudvalget har taget sig af de generelle og overordnede opgaver, mens tre arbejdsgrupper, jvf. bilag 2, der refererede til fødeplanudvalget, har taget sig af de mere specifikke opgaver.

### 1.3 Organisering af fødselsområdet i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er inddelt i fire planlægningsområder samt Bornholm. I henhold til Region Hovedstadens Hospitalsplan 2007 er det besluttet, at kvinde-barn området, der omfatter gynækologi/obstetrik og pædiatri, skal varetages på områdehospitalerne; dog varetager Rigshospitalet funktionen i planlægningsområde Byen. Hermed sikres det, at fødsler varetages på hospitaler med pædiatri og neonatologi.

Som følge heraf varetages graviditet, fødsel og barsel, når hospitalsplanen er fuldt implementeret i planlægningsområde Nord på Hillerød Hospital, i planlægningsområde Midt på Herlev Hospital, i planlægningsområde Syd på Hvidovre Hospital og i planlægningsområde Byen på Rigshospitalet. På Bornholm varetages området på Bornholms Hospital, dog vil funktioner der ikke varetages her, blive varetaget på Rigshospitalet.

Udover hovedfunktioner for gynækologi/obstetrik der varetages på alle fødestederne, varetages ligeledes regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. Således varetages der regionsfunktioner på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Herlev Hospital og Hillerød Hospital. Desuden varetages højt specialiserede funktioner på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Herlev Hospital.

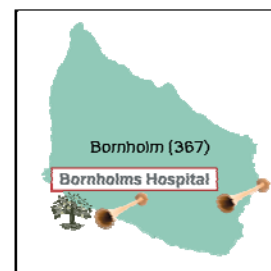
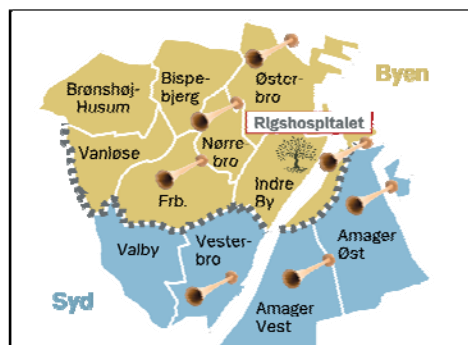
Der samarbejdes for alle funktioner med en række specialer, og for de højt specialiserede funktioner samarbejdes der også med psykiatrien. Andelen af sårbare gravide med psykisk sygdom, misbrugsproblemer, socialt belastede m.fl. er stigende, og der er således behov for en øget forebyggende indsats, og særligt for disse grupper er der behov for samarbejde med psykiatrien.

For en nærmere præcisering af regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner henvises til Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) ”Specialeplanlægning”.

Kortet nedenfor viser placeringen af fødeafdelinger og jordemoderkonsultationer medio 2010. Udover de lokale jordemoderkonsultationer, der er placeret i kommuner og bydele, er der også jordemoderkonsultation på hospitalerne. Fødeafdelingen (gynækologisk/obstetrisk afdeling) på Gentofte Hospital hører ledelsesmæssigt under Rigshospitalet.

Planlægningsområde	Jordemoderkonsultation
Nord	Hillerød Hospital Helsingør Frederikssund Hørsholm

## Fødeafdelinger og jordemoderkonsultationer i 2010



-  Fødeafdelinger
-  Jordemoderkonsultationer
-  ( ) Antal fødte i 2008, Danmarks statistik
-  Under ledelse af Røgshospitalet

### Planlægningsområde

### Jordemoderkonsultation

Midt

Herlev Hospital  
 Ballerup  
 Glostrup  
 Ishøj  
 Tåstrup  
 Amager

Syd	Hvidovre Hospital Vesterbro Amager
Byen	Rigshospitalet Gentofte Hospital Nørrebro Østerbro Frederiksberg Hospital
Bornholm	Bornholms Hospital Nexø

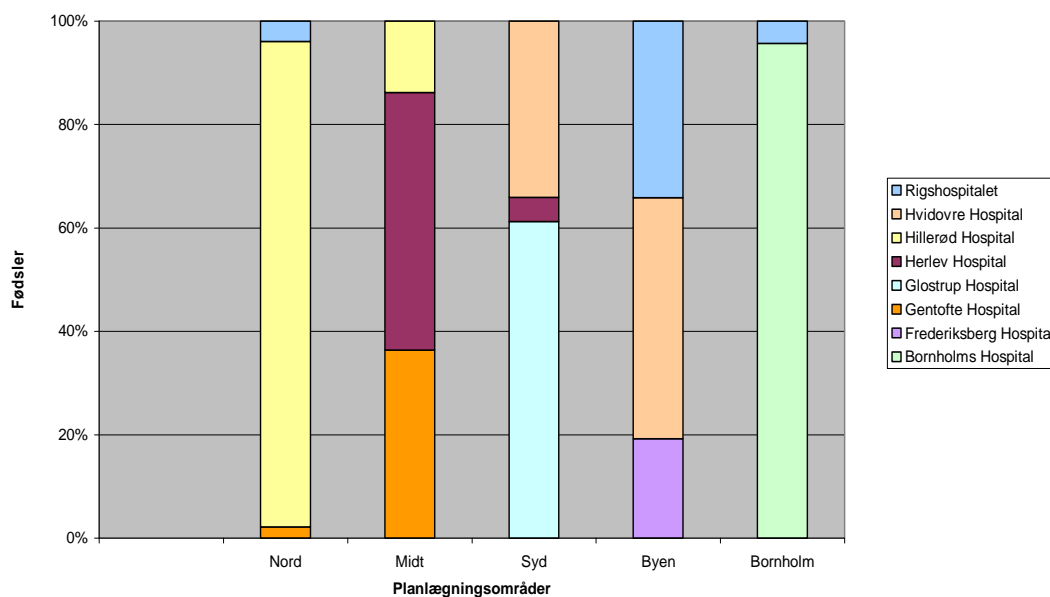
Da hospitalsplanen bliver implementeret successivt i Region Hovedstaden, sker der en løbende ændring i, hvilke kommuner og bydele de enkelte fødeafdelinger betjener. For en aktuel status henvises der til ”visitationsmeddelelser” på hjemmesiden [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

### Regionens retningslinjer for visitation

Muligheden for at føde skal foregå så tæt på den gravide kvindes bopæl som muligt. For at opfylde de sundhedspolitiske hensigtserklæringer herunder hensynet til kvalitet og udvikling er grundlaget for fødeafdelingerne de fire planlægningsområder og Bornholm.

Gravide kvinder er desuden omfattet af frit sygehusvalg og kan vælge mellem alle fødesteder i Danmark. Den praktiserende læge rådgiver kvinden og sikrer visitation til fødestedet på baggrund af kvindens ønsker. Det frie valg kan dog begrænses, dels hvis hospitalet ikke har tilstrækkelig kapacitet, og dels hvis der er risici forbundet med graviditeten eller fødslen. Herudover kan der være behov for lokale retningslinjer, hvorfor Rigshospitalet aftaler nærmere visitationsretningslinjer med Bornholm.

Fødested for kvinder bosat i pågældende planlægningsområde i 2008

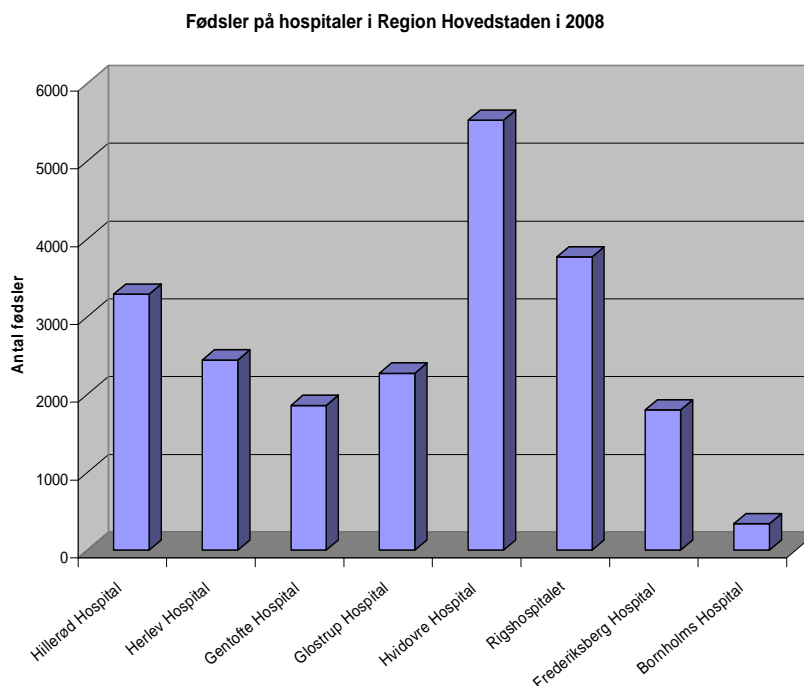


Kilde: Landspatientregistret

Figuren ovenfor viser på hvilke hospitaler de kvinder, der er bosat i de pågældende planlægningsområder, har født i 2008. Nogle kvinder benytter frit valg, og det gælder især i planlægningsområde Midt, Syd og Byen. Når en række kvinder derudover føder andre steder end på planområdet fødested skyldes det dog især, at hospitalsplanen og omlægningen af optageområder i 2008 kun lige var påbegyndt implementeret.

#### 1.4 Fødselsudvikling og fødselsdata

Region Hovedstaden havde 21.300 fødsler i 2008. Heri indgår knap 1000 fødsler for kvinder bosat i andre regioner.



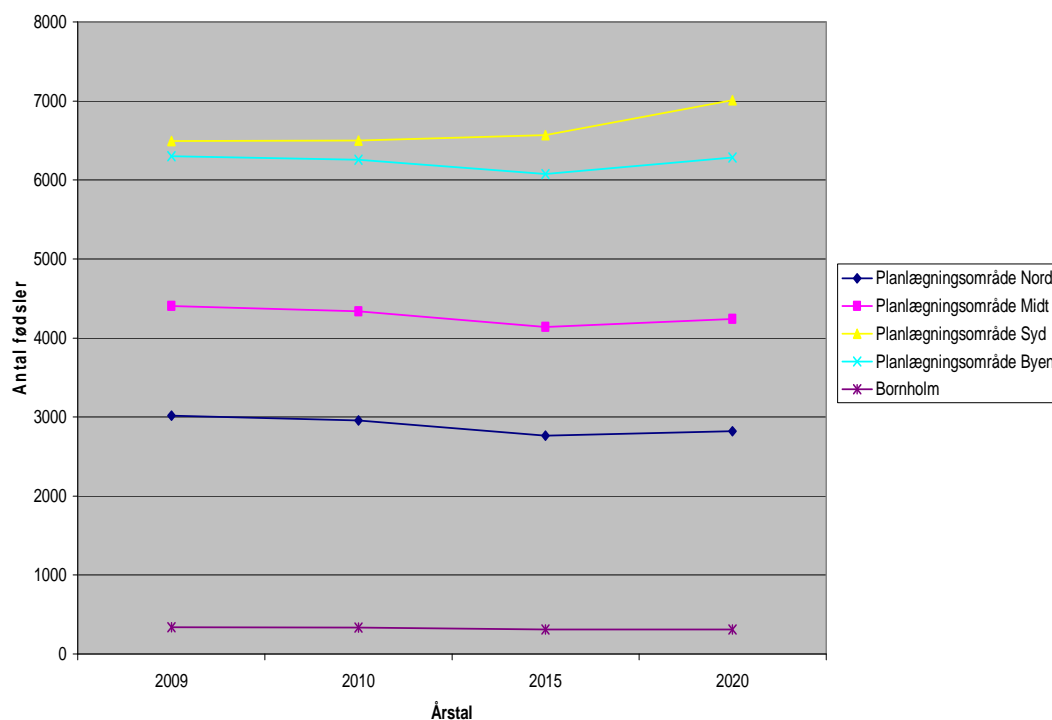
Kilde: Landspatientregistret

I figuren ovenfor vises antallet af fødsler fordelt på de enkelte hospitaler i regionen. Der er flest fødsler på Hvidovre med 5.526 og færrest fødsler på Bornholm med 340. Herudover fordelte fødslerne sig med 3.769 på Rigshospitalet, 3.288 på Hillerød, 2.443 på Herlev, 2.273 på Glostrup, 1.860 på Gentofte og 1.801 på Frederiksberg. Som led i implementeringen af hospitalsplanen varetager Glostrup og Frederiksberg Hospitaler ikke længere fødsler.

Nedenfor vises en demografisk betinget fremskrivning for antallet af fødsler i regionen for perioden fra 2009 til 2020. Fremskrivningen er baseret på den generelle befolkningsudvikling. Fremskrivningen viser, at antallet af fødsler stort set er uændret med en stigning på 106 fødsler for hele regionen i perioden frem til 2024.

Ses der på de enkelte planlægningsområder er der variationer i den forventede udvikling. I planlægningsområde Syd forventes antallet af fødsler at stige med 8 % (517) mens der i planlægningsområde Byen forventes et uændret antal fødsler. I planlægningsområderne Nord og Midt forventes antallet af

Fødselsfremskrivning fra 2009 til 2020



Kilde: Danmarks Statistisk og Københavns Kommune

fødsler at falde med 7 % (202) og 4 % (164). På Bornholm forventes der ligeledes en nedgang i antallet af fødsler med godt 9 % (31). Udviklingen er demografisk betinget og er et resultat af aldersforskydninger, og om der er flere eller færre kvinder i den fødedygtige alder.

Gennemsnitsalderen i 2008 for førstegangsfødende var 29 år mens gennemsnitsalderen for alle fødende var 30,4 år.

Igennem de senere år er andelen af gravide med overvægt steget, og i dag er 1/3 af de gravide overvægtige, og 10 % er svært overvægtige. I 2008 blev der udarbejdet en sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommunerne. Det må antages, at den viden der her er afdækket om borgernes sundhed, også gør sig gældende for gravide. Sundhedsprofilen kan således anvendes af fødestederne i forhold til, hvor der kan være behov for at sætte ind over for livsstils sygdomme hos de gravide kvinder.

### 1.5 Mål og principper for svangreomsorgen

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen er formålet med sundhedsvæsenets indsats beskrevet. Det fremgår:

”at indsatsen skal bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal styrke og bistå kvinden og hendes partner/familien under hele forløbet. Målet er, at denne periode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed”.

Da dette er regionens første fødeplan, er det væsentligt at fastlægge fælles mål og principper, ligesom det er væsentligt med et fælles udgangspunkt for regionens indsats på svangreområdet. Svangreområdet blev således før regionsdannelsen varetaget af Københavns og Frederiksborg Amter, Bornholms regionskommune og H:S, og der var nuancer og mindre forskelligheder i måden at tilrettelægge indsatsen på, ligesom målene var forskellige.

I det følgende opstilles mål og delmål for Region Hovedstadens samlede indsats i svangreomsorgen, kvalitetsudvikling af området samt samarbejde mellem kommuner, hospitaler og praktiserende læger. Mål og delmål tager udgangspunkt i og uddyber regionens sundhedspolitiske hensigtsserklæringer.

### **Overordnet mål**

I overensstemmelse med Region Hovedstadens sundhedspolitiske hensigtsserklæringer skal regionen sikre, at der tilbydes fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje for alle regionens borgere under graviditet, fødsel og barsel. Indsatsen skal være på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau. Endelig er sammenhæng i indsatsen afgørende, og derfor er det nødvendigt med et godt og stabilt samarbejde mellem hospitalerne, de praktiserende læger og kommunerne.

Region Hovedstadens fødeplan skal derfor i svangreomsorgen sikre:

- en lige og behovsdifferentieret indsats
- et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, praksis og kommuner
- en høj faglig kvalitet, monitorering og patientsikkerhed

### **Lige og behovsdifferentieret indsats**

Svangreomsorgen skal være af høj faglig kvalitet, og der skal tilstræbes størst mulig ensartethed i klinisk praksis og service til borgerne. Der skal sikres fri og lige adgang til sundhedsydelse ved samme behov.

Svangreomsorgen skal være differentieret, og der gives særlig støtte til udsatte og sårbare gravide, som er kendetegnet ved misbrug, psykisk lidelse, udviklingshæmning og sociale belastninger. Der rettes særlig opmærksomhed overfor kvinder for hvem graviditet, fødsel og barsel kan forventes at blive kompliceret.

Indsatsen skal tilpasses kvindernes og familiernes erfaringsgrundlag, og indsatsen skal respektere kvindens integritet i hele forløbet. Indsatsen skal understøtte faderens naturlige medvirken i forløbet, den tidlige familiedannelse med vægt på amningens etablering, og at familien kan blive sammen, også ved sygdom.

### **Velfungerende samarbejde mellem hospitaler, praksis og kommuner**

Indsatsen skal være sammenhængende i hele forløbet på tværs af faggrupper og sektorgrænser og skal opleves sådan af kvinderne. Der tilstræbes især kontinuitet i jordemoderindsatsen samt samarbejde mellem jordemødre, praktiserende læger og sundhedspleje.

Særligt overfor sårbare og udsatte gravide og deres familier skal der sikres et hurtigt og målrettet tværfagligt samarbejde, således at disse familier får de bedste udviklingsmuligheder allerede under graviditeten.

### **Høj faglig kvalitet, monitorering og patientsikkerhed**

Praksis skal i videst muligt omfang baseres på evidens, og kvaliteten skal løbende overvåges og evalueres med udgangspunkt i det samlede forløb.

For at sikre en høj faglig kvalitet og optimal patientsikkerhed skal der ske en videreudvikling i kvalitetsmålesystemer, databaser og audit samt træning af personalet.

Fødestederne skal fortsat varetage uddannelses- og forskningsforpligtelser på højt niveau, leve op til universitetsforpligtelserne samt varetage de højt specialiserede funktioner som fastlagt af Sundhedsstyrelsen.

### **1.6 Information om tilbuddene**

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen skal region og kommuner udarbejde informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunens tilbud.

Der findes i dag ganske meget materiale på området, og det er en stor opgave at gennemgå og udarbejde nyt materiale samt overveje de bedst mulige informationskilder. Opgaven om udarbejdelse af informationsmateriale henlægges derfor til en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg med igangsætning i efteråret 2010.

## 2. Regionens tilbud på svangreområdet

Svangreomsorg omfatter rådgivning før befrugtning, graviditet, fødsel, barsel og støtte til familiedannelse. De forskellige tilbud og konsultationer er del af en individuel tilrettelagt helhed med jordemoder og praktiserende læge som hovedansvarlige for raske gravide. Den obstetriske speciallæge koordinerer undersøgelse og behandling af komplicerede forløb. Hvis der foreligger specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister samt kommunale tilbud herunder socialforvaltning.

Svangreomsorgen omfatter både forebyggende og sundhedsfremmende elementer. Fødselsforberedelsen har hovedvægten på det sundhedsfremmende element. Denne indsats skal ses i forbindelse med det forebyggende arbejde, der finder sted ved graviditetsundersøgelserne hos jordemoder og læge. Det drejer sig om forskellige livsstilsforhold, der er forbundet med for tidlig fødsel eller børn født med for lav fødselsvægt og som forberedelse til såvel forælderrollen som til fødslen.

Sundhedsstyrelsen har inddelt svangreomsorgen i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravide kvindes behov.

Niveau 1 er det basale tilbud til alle gravide kvinder og deres familier.

Niveau 2 er et udvidet tilbud til fx overvægtige eller rygere, kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse, mislykket ammeforløb eller risiko for graviditetsbetinget sukkersyge.

Niveau 3 er et udvidet tilbud, som involverer ekstra tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Det er til kvinder med fx psykologiske/psykiatriske problemstillinger, nyopståede eller kroniske somatiske lidelser eller kvinder med svære sociale problemstillinger.

Niveau 4 er et specialiseret tilbud med specialiserede institutioner som familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Det er til kvinder med fx særligt komplicerede problemstillinger som rusmiddelskader, svære psykiske/psykiatriske lidelser eller alvorlig social belastning.

Regionen opfylder på langt de fleste områder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om svangreomsorg. Der er fire anbefalinger regionen ikke opfylder i dag, og det er:

- fødselsforberedelse til kvinder/par med særlige psykosociale, sproglige eller kulturelle behov
- fast jordemoder tilstede under den aktive fase af fødslen
- hjemmebesøg ved ambulante fødsel og hjemmefødsel
- efterfødselsamtale til alle familier.

I regionen gives der på de øvrige områder et stort set ensartet tilbud med mindre variationer og nuancer. I det følgende uddybes såvel disse områder som Sundhedsstyrelsen anbefalinger nærmere, og der gives anbefalinger til et lige, men behovsdifferentieret serviceniveau på tværs af fødestederne for at sikre lige adgang til svangreomsorg, fødsel og barsel for regionens kvinder.

## 2.1 Tilbud til den gravide

Fødestederne i Region Hovedstaden giver omsorg til godt 21.000 gravide kvinder om året. Alle gravide tilbydes basistilbuddet, som tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for svangreomsorgen”. Dette tilbud udvides med yderligere tilbud til kvinder fra niveau 2, 3 og 4 afhængig af, hvad den enkelte gravide har behov for.

Basisydelse til den gravide hos jordemoderen, den praktiserende læge, fødested og eventuelt sundhedsplejerske omfatter:

Konsultation hos den praktiserende læge:

- tre konsultationer og visitation til fødested samt den første graviditetsundersøgelse i uge 6 - 10 med screening
- fremsendelse af svangerskabs- og vandrejournal til fødestedet
- niveaudeling skal fremgå af lægens journal med begrundelse herfor.

Screeningsundersøgelser på fødested (dog varetages disse for Bornholm på Rigshospitalet af hensyn til høj og ensartet kvalitet):

- Doubletest
- Nakkefoldsskanning
- Misdannelsesskanning.

Konsultation hos jordemoder:

- vurdering af kvindens risiko for graviditets- eller fødselskomplikationer samt psykosociale forhold og på baggrund heraf visiteres kvinden til relevante tilbud
- visitation af gravide ud fra nedenstående skema.

Besøg af sundhedsplejerske:

- hjemmebesøg som minimum til særligt udsatte gravide beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge”.

### Differentiering af jordemoderindsatsen

Konsultationerne hos jordemoderen tilrettelægges ud fra individuelle behov og Sundhedsstyrelsens niveau 1 til 4. Konsultationerne tilbydes som individuelle eller gruppekonsultationer, dog tilbydes den første jordemoderkonsultation altid som individuel konsultation. Jordemoderens indsats inkluderer risikoopsporing, forebyggelse og sundhedsfremme. Der tilbydes en høj grad af kontinuitet, tryghed og kendthed, hvorfor det tilstræbes, at det er den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, der følger kvinden under hele graviditetsforløbet.

Den gravide og hendes partner skal tilbydes information tilpasset deres behov og forudsætninger. Informationen bør afpasses efter kulturel diversitet, og jordemoderen bør vise særlig opmærksomhed over for gravide, hvis livsvil-

kår og livsstil kan medføre særlige risici for mor og/eller foster. Der tilbydes hjemmebesøg i graviditeten for særligt sårbare familier.

Der foretages risikovurdering og fosterdiagnostik ved behov og ved fortilfælde med særlige arvelige sygdomme. Parret tilbydes genetisk rådgivning og undersøgelser, fosterhertescanning, misdannelsediagnostik, kontrol af syge og væksthæmmede fostre samt fostre med misdannelser. Behandling og kontrol, der foregår på afsnit for føtalmedicin, kan ske i samarbejde med børnekardiologer og børnekirurger.

Den enkelte kvinde kan igennem graviditeten bevæge sig mellem de fire forskellige niveauer afhængig af hendes aktuelle situation og sundhedstilstand. Niveaudelingen af svangreomsorgen og tværfagligt samarbejde sikrer den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til medicinske og psykiske risikofaktorer. Det anbefales at nedenstående indsats, der viser differentieringen, tilbydes kvinderne i regionen. Det indebærer, at alle kvinder får det basale tilbud svarende til niveau 1. Niveau 2, 3 og 4 er udvidede tilbud differentieret efter kvindens behov.

### Differentiering af svangreomsorgen

Niveau	Målgruppe	Tilbud til kvinden
<b>Niveau 1:</b> Basale tilbud til alle om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje	Gravide uden kendte medicinske, sociale eller psykologiske risikofaktorer	<p><b>Graviditet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5 til 7 jordemoderkonsultationer afhængig af behov</li> </ul> <p><b>Fødsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fast tilstedeværelse af en jordemoder ved aktiv fødsel</li> <li>▪ Hjemmefødsel hvis ønsket</li> <li>▪ Ambulant fødsel som standard til flergangsfødende med normal og ukompliceret fødsel</li> <li>▪ Fødsel med barselophold</li> </ul> <p><b>Ambulant fødsel og hjemmefødsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Telefonkontakt inden for første døgn efter udskrivning</li> <li>▪ To jordemoderkontakter, den første 2 til 3 dage efter fødslen og den anden efter behov</li> </ul> <p><b>Barsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hælbloodprøve indenfor 48 – 72 timer</li> <li>▪ Hørescreening efter aftale</li> <li>▪ Efterfødselssamtale med føde- eller konsultationsjordemoderen indenfor en måned</li> <li>▪ Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger</li> </ul>
<b>Niveau 2:</b> Niveau 1 samt udvidet tilbud som kan varetages af faggrupper indenfor svangreomsorg	Gravide med kendte risikofaktorer fx rygere, overvægtige, tvillinger, risiko for sukkersyge, risiko for sukkersyge, risiko for sukkersyge,	<p><b>Graviditet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jordemoderkonsultationer for gravide med kendte risikofaktorer</li> </ul> <p><b>Fødsel:</b></p>

	tidl. dårlig fødselsoplevelse og mislykket amme-forløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Som niveau 1 dog ikke hjemmefødsel for kvinder med obstetriske/medicinske problemer</li> </ul> <p><b>Barsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indlæggelse differentieret ud fra normal eller kompliceret fødsel</li> </ul>
<b>Niveau 3:</b> Niveau 1 samt udvidet tilbud, som involverer tværfagligt og/eller tværsektorielt samarbejde med andre faggrupper	Gravide med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger	<p><b>Graviditet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tværfagligt tilbud om psykologisk støtte under graviditeten</li> <li>▪ Samarbejde med kommuner om socialt sårbare gravide</li> <li>▪ Tværfagligt samarbejde om obstetriske eller medicinske problemstillinger</li> </ul> <p><b>Fødsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tværfagligt samarbejde om obstetriske, medicinske og/eller psykologiske problemstillinger</li> </ul> <p><b>Barsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indlæggelse til obstetrisk færdigbehandling</li> </ul>
<b>Niveau 4:</b> Niveau 1 samt udvidet tilbud som involverer tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med specialiserede institutioner	Gravide med særligt komplicerede problemstillinger fx rus middelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning	<p><b>Graviditet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Henvielse/samarbejde med Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital og/eller tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om alvorlige psykiske og/eller sociale problemstillinger</li> </ul> <p><b>Fødsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tværfagligt samarbejde om obstetriske/neonatale risici</li> </ul> <p><b>Barsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indlæggelse og samarbejde med kommuner ved udskrivning</li> </ul>

## 2.2 Kontinuitet i graviditet og fødsel

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det bør tilstræbes, at den samme jordemoder eller en mindre gruppe af jordemødre, følger kvinden i gennem graviditeten.

Fødeplanudvalget anbefaler, at den gravide tilbydes kontinuitet ved, at hun følges af én eller en mindre gruppe af jordemødre i graviditeten.

Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at det bør prioriteres, at den fødende kontinuerligt har en jordemoder hos sig under den aktive del af fødslen.

Der er god dokumentation for, at kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder under fødslen nedsætter kvindens behov for medicinsk smertelindring, øger hendes tilfredshed og øger chancen for at fødslen forløber spontant.

Derfor anbefaler fødeplanudvalget ligeledes, at regionen tilbyder kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder til alle kvinder i aktiv fødsel.

Til en mindre gruppe særligt sårbare kvinder kan det have stor betydning, at jordemoderen i graviditeten er den samme jordemoder, som også er til stede i den aktive del af fødslen. Det skaber stor tryghed for kvinden, hvis hun kender den jordemoder, der skal varetage omsorgen for hende under fødslen, idet jordemoderen har mulighed for at kende kvindens ønsker og behov allerede inden fødselens start. Såfremt det er muligt, opfordres fødestederne til at tage højde herfor.

Anbefalingen om kontinuerlig og fast tilstedeværelse af en jordemoder til alle kvinder i aktiv fødsel medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

### 2.3 Fødselsforberedelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle tilbydes fødsels- og forældreforberedelse som et temaopdelt tilbud. Herudover bør der etableres fødsels- og forældreforberedelse målrettet kvinder/par med særlige psykosociale, sproglige og kulturelle behov. Fødsels- og forældreforberedelsen kan tilrettelægges tværfagligt i samarbejde med sundhedsplejerske og andre faggrupper.

Fødselsforberedelsen er væsentlig, idet den forstærker den forebyggende indsats, der allerede ligger i jordemoderkonsultationerne, og den medvirker til at fremme den enkelte kvindes evne til at mestre graviditet, fødsel og barsel. Fødeplanudvalget anbefaler derfor, at alle gravide tilbydes fødselsforberedelse.

Fødselsforberedelsen tilrettelægges som temaeftermiddage/aftener målrettet forskellige grupper af gravide kvinder. Der kan indgå foredrag, undervisning og film. Det er individuelt, hvornår en kvinde eller et par ønsker at begynde fødselsforberedelsen, men typisk påbegyndes den, når kvinden har indledt sin barselordlov. Temaerne i fødselsforberedelsen skal indeholde:

- *Graviditet:* Fokus på graviditetsforandringer, livsstil, gener samt forberedelse til den forestående fødsel.
- *Fødsel:* Udgangspunkt i den naturligt forløbende fødsel. Fødselens faser gennemgås med, hvad der foregår på de forskellige tidspunkter, og forventningerne gennemtænkes. Desuden vil kvinden/parret blive orienteret om smertelindring i fødselsforløbet, vestibulation samt, hvilke fødestillinger der kan anvendes. Andre emner er afnavling, bristninger og suturing.
- *Barsel/amning:* Fokus på anbefalinger om amning, støtte og information til kvinden og familien uanset om de vælger amning eller modermælkserstatning. Omkring 32. graviditetsuge er kvinden mest åben overfor information og planlægning af barsels-/ammeforløb.
- *Efterfødselstilbud:* Behandler fødselens afslutning med fødsel af moderkage samt eventuel suturering af fødselsvejen. Der vil også blive orienteret om de indgreb, der kan anvendes under fødselsforløbet samt undersøgelse og behandling af barnet og etablering af hurtig mor-barn kontakt lige efter fødslen. Amningen vil igen blive taget op især med fokus på den første amning.

- *Udvikling af forældreskab:* Dækker familiedannelse, ændring i parrelationer og samliv, forælderrollen, moder og far følelser, familienetværk, idealer og tro på egne instinkter. Udfordringer og støtte hjemme samt det sociale netværks betydning.

Fødselsforberedelsen tilrettelægges for 10 – 12 personer i forløb af fire til seks gange i mindre hold af ca. 1,5 times varighed. Optimalt er det den jordemoder, som kvinderne i forvejen kender fra graviditetsundersøgelserne, der afholder fødselsforberedelsen. Der kan desuden tilknyttes ressourcepersoner som for eksempel sundhedsplejerske, tolk og diætist.

Herudover anbefales det at tilrettelægge enkeltstående temaeftermiddage for flergangsfødende, der skal føde ambulantly, og hvor der er behov for en kort gennemgang af fødslen og det ambulante barselsforløb. Endelig anbefales fødestederne at tilrettelægge målrettet fødselsforberedelse for grupper af kvinder fra niveau 3 og 4, som har særlige problemstillinger.

Anbefalingen om målrettet fødselsforberedelse til kvinder fra niveau 3 og 4 medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

## 2.4 Fødslen

At føde er en naturlig fysiologisk proces, som både er en fysisk udfordring og en begivenhed, som huskes resten af livet. Fødselsoplevelsen kan således have langvarige positive eller negative psykologiske eftervirkninger. Sundhedspersonalet bør derfor ikke blot arbejde for det gode udkomme, men også for den gode oplevelse.

### Fødsel med barselophold

Til kvinder der føder første gang, og som ikke ønsker at føde ambulantly eller til kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger tilbydes fødsel med barselophold. Der er typisk tale om to overnatninger sammen med faderen og i bedste fald på enestue.

Hvis der er yderligere behov for ophold på en fødeafdeling, vil der typisk blive tilbudt ophold på fællestue uden faderen eller på patienthotel, indtil mor og barn er klar til at tage hjem.

### Ambulantly fødsel

Flere og flere kvinder føder ambulantly, idet der sker en omlægning fra lange fødselsindlæggelser til korte ambulantly forløb for kvinder, der forventes at kunne føde uden komplikationer. Det forventes, at antallet af ambulantly fødsler i regionen vil udgøre ca. 25 % i 2010.

Det anbefales, at en ambulantly fødsel defineres som en fødsel, hvor mor og barn sendes hjem fire til seks timer efter fødslen, når alle rutine tjek af mor/barn er overstået. Hvis fødslen foregår om natten vil hjemsendelse så vidt muligt vente til morgentimerne, medmindre familien ønsker at forlade hospitalet.

I de første timer efter fødslen observeres kvindens og barnets tilstand af jordemoderen. Før kvinden forlader fødegangen, skal hun informeres om rele-

vante observationer i forhold til sig selv og barnet og om henvendelsesmuligheder efter hjemkomst. Barnet skal være undersøgt af jordemoderen, og eventuelle efterundersøgelser skal være planlagt. Jordemoderen er ansvarlig for, at sundhedsplejersken får besked om, at kvinden udskrives ambulant.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinden tilbydes to besøg af jordemoderen, og at det ene besøg, der finder sted 2 - 3 dage efter fødslen, foregår i hjemmet. Fødeplanudvalget er enig heri og støtter anbefalingen. Fødeplanudvalget anbefaler desuden, at den anden jordemoderkontakt foregår i barselambulatoriet.

### **Hjemmefødsel**

Antallet af hjemmefødsler udgjorde i 2008 0,9 % i hele landet. Regionen ligger lidt lavere end på landsplan med 0,5 % eller 119 hjemmefødsler i 2008. Antallet af hjemmefødsler i regionen har været uændret igennem mange år.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal regionen tilrettelægge et tilbud til gravide, der ønsker at føde hjemme. Fødeplanudvalget anbefaler, at hvert fødested varetager de hjemmefødsler, der er i det optageområde, fødestedet betjener.

Hjemmefødslerne varetages af jordemødre med særlig interesse og kompetence i hjemmefødsler. Hermed sikres det, at de faglige kompetencer og den faglige kvalitet lever op til de krav, der stilles inden for Region Hovedstaden. Disse jordemødre er i et ansættelsesforhold, hvor der stilles krav til, at de samtidig er bekendt med afdelingsprocedurer og faglige retningslinjer herunder ved livstruende situationer. Det er væsentligt, idet 12-20 % af alle hjemmefødsler må overflyttes til en fødeafdeling, og den jordemoder der har deltaget i hjemmet kan således fortsat medvirke ved fødslen på hospitalet. Fødeafdelingerne har desuden udarbejdet vejledning for, hvordan overflytning fra hjemmet til den relevante afdeling skal ske, hvis der opstår komplikationer.

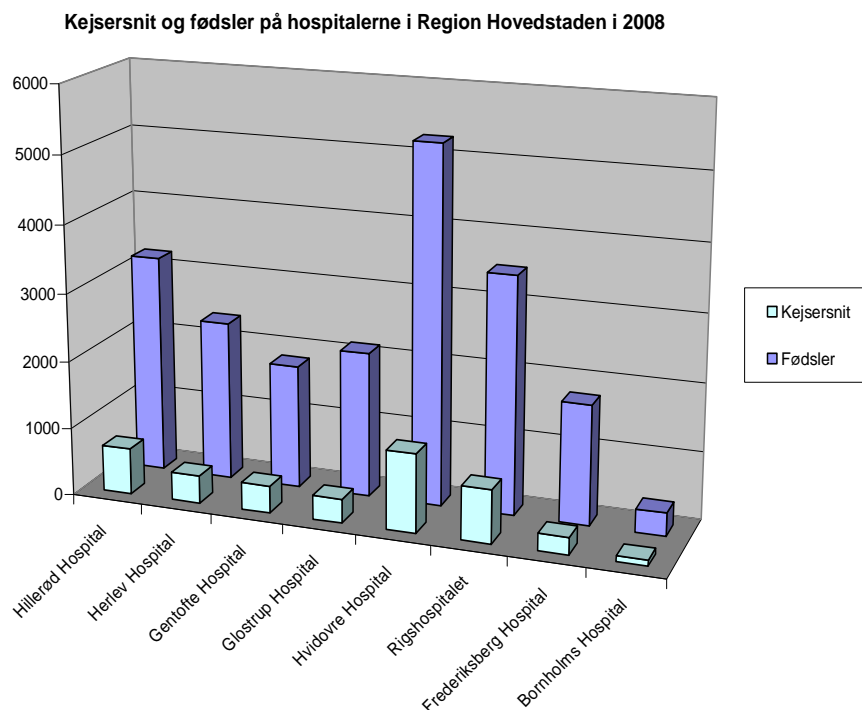
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordemoderen tilbyder to besøg af jordemoderen, hvoraf det første besøg bør foregå i hjemmet 2 – 3 dage efter fødslen. Tidspunkt og sted for andet besøg aftales efter behov. Fødeplanudvalget er enig heri og støtter anbefalingen. Fødeplanudvalget anbefaler desuden, at den anden jordemoderkontakt foregår i barselambulatoriet.

Hvis der er problemer med amning eller anden ernæring, vandladning og afføring, udvikling af gulsot, moderens fysiske restitution eller psykiske forhold, skal indlæggelse overvejes. Ved indlæggelse kontakter fødestedet den kommunale sundhedstjeneste med henblik på besøg af sundhedsplejersken senest 7 dage efter hjemkomsten. Ved hjemmefødsel aflægger sundhedsplejersken i henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen besøg på 3. og 5. dag efter fødslen.

### **Kejsersnit**

20,2 % af de kvinder der er bosat i regionen føder ved kejsersnit, hvilket ligger en anelse under antallet af kejsersnit på landsplan, som udgør 21,4 % i 2008. Akutte kejsersnit udgør omkring 10 % af det samlede antal kejsersnit.

Allerede under graviditeten bør kvinden modtage information om kejsersnit, for eksempel om årsagen til indgrebet, fordele og risici for mor og barn, hvordan det foregår og eventuelle komplikationer. Figuren viser antal kejsersnit ekskl. obstetriske operationer i forhold til antallet af fødsler på de enkelte hospitaler for kvinder bosat i regionen



Kilde: Landspatientregistret

Antallet af kejsersnit varierer med flest kejsersnit på Rigshospitalet, Hvidovre, Gentofte, Hillerød og Bornholm med henholdsvis 22,4 %, 22 %, 21,8 %, 21 % og 25 %. Der foretages færrest kejsersnit på Herlev, Glostrup og Frederiksberg med henholdsvis 17,4 %, 16,5 % og 14,2 %. Der er mindre variationer i antallet af kejsersnit, som skyldes forskelle i patientsammensætningen, idet fødeafdelinger der ikke har neonatalafdeling kun varetager normale fødsler.

Alle kvinder der ønsker kejsersnit får grundige samtaler med speciallæge og bliver orienteret om konsekvenserne af deres valg. Kvinderne bliver desuden informeret om fordelene ved at føde vaginalt både for moder og barn. Målet er, at parret træffer et informeret valg ud fra fordele og risici vejet op mod angsten for en vaginal fødsel.

### De første timer efter fødslen

Uforstyrret samvær mellem barn og forældre i de første timer efter fødslen er meget vigtig. Etablering af god forældre-barn kontakt og hud-mod-hud kontakt mellem mor og barn giver positiv effekt på barnets parathed til at tage brystet, sutteteknik og ammevarighed. Ved komplicerede forløb og kejsersnit er det endnu vigtigere at prioritere mor-barn kontakten så tidligt som muligt.

Kvinden skal, hvis hun ønsker det, starte etablering af den første amning, som fødestedet har ansvar for, indtil sundhedsplejen tager over. Jordmoderen skal støtte og vejlede kvinden i etableringen af amningen. Jordmoderen skal ligeledes vejlede og støtte kvinden i forhold til ernæring med moder-mælksersstatning.

Anbefalingen om, at kvinderne tilbydes et hjemmebesøg ved ambulansfødsel og hjemmefødsel medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer

## **2.5 Barsel - den første tid efter fødslen**

Det anbefales, at alle ambulansfødsel og hjemmefødsel kontaktes telefonisk hjemme på førstedagen af jordmoderen med henblik på mor og barns trivsel og tilbydes hjemmebesøg 2 til 3 dage efter fødslen. Ved hjemmebesøget følges op på, om amningen er kommet i gang, og både mor og barns tilstand observeres, og det anbefales, at der samtidig tages hælblodprøve.

Der er barselambulatorier på alle fødesteder. Det anbefales, at kvinderne selv kan henvende sig i barselambulatoriet angående amme vejledning og observation for brystbetændelse, og hvor barnet kan blive undersøgt for fx navleinfektion, gulsot og trivsel.

Alle fødestederne har samtidig en åben hotline, som kvinderne kan ringe til døgnet rundt, og hvor kvinderne kan vejledes. Det anbefales desuden, at fødestederne etablerer en brugervenlig hjemmeside, hvor kvinden og familien kan finde relevante råd og vejledninger.

### **Efterfødselsamtale**

Sundhedsstyrelsen finder, at alle familier bør tilbydes en efterfødselsamtale med en jordmoder med henblik på at skabe en afslutning på graviditet og fødsel. Indholdet i samtalen er kvinden og partnerens oplevelser i forbindelse med graviditet og fødsel. Der bør være særlig opmærksomhed på kvinder, der har haft et patologisk eller traumatisk forløb, og der kan være behov for mere tid til samtalen ved sygt barn, kejsersnit, dødfødsel m.fl.

Fødeplanudvalget anbefaler, at det ved udskrivningen vurderes, om der er behov for efterfødselsamtale. Ved behov tilbydes familien en efterfødselsamtale indenfor en måned. Samtalen varetages enten af jordmoderen eller fødselslægen afhængig af fødselsforløb og parrets ønske.

Anbefalingen om efterfødselsamtale medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

### **Hælblodprøve og hørescreening**

I følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal hælblodprøven foretages mellem 48 og 72 timer efter barnets fødsel, og hørescreening foretages, når barnet er mindst 48 timer gammelt. Det stiller krav til stor fleksibilitet på fødestederne på grund af accelererede patientforløb og ambulante fødsler.

Hørescreening bør som i dag være en stationær screening tilrettelagt ud fra den organisering og arbejdsdeling, der er på fødestederne. Det anbefales, at

hælbloodprøve tages i hjemmet alternativt på hospitalet, mens hørescreening sker på hospitalet.

## 2.6 Regionalt familieambulatorium

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, at varetagelsen af svangreomsorgen for gravide med rusmiddelproblemer bør organiseres i et regionalt familieambulatorium. På finansloven for 2008 blev der afsat midler til etablering og drift af landsdækkende familieambulatorier efter modellen på Hvidovre Hospital. Frem til 2009 har der kun været familieambulatoriefunktion i regionen, som dækker planlægningsområde Byen inkl. Bornholm og Syd. I december 2009 er der udarbejdet en projektansøgning om udbredelse af familieambulatoriefunktionen således, at også planlægningsområde Nord og Midt er dækket.

Familieambulatoriet er forankret på Hvidovre Hospital med en udefunktion på Rigshospitalet. Forslaget medfører, at der etableres yderligere to udefunktioner på henholdsvis Hillerød Hospital og Herlev Hospital. Udefunktionerne har faste lokaler og adgang til servicefaciliteterne på det pågældende hospital. Derudover er der et fast tværfagligt team, som er ansat ved Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital. Teamet varetager det kliniske arbejde på faste ugedage efter behov i den relevante udefunktion. Der er et omfattende samarbejde med neonatal afdeling og pædiatrisk afdeling, idet børnene ofte er indlagt i længere tid.

Projektansøgningen, der blev sendt til Sundhedsstyrelsen den 22. december 2009, er godkendt i marts 2010. Implementeringen med udbredelsen af familieambulatoriet til resten af regionen sker i 2010.

## 2.7 Private jordemødre og fødeklinikker

Foreningen af private jordemødre har ca. 6 - 7 private jordemødre i Region Hovedstaden, hvoraf nogle også arbejder i det offentlige samt for vikarbureauer. Der er to private klinikker i regionen, og det er muligt ved egenbetaling at føde på den ene af klinikkerne. Foreningen kender ikke antallet af private hjemmefødsler i regionen, men anfører, at det er kvinder, der ønsker en kendt jordemoder igennem hele forløbet.

Hvis der opstår komplikationer ved fødsler, der foregår på privatklinik, eller hvis der opstår komplikationer ved hjemmefødsel med privat praktiserende jordemoder indlægges kvinden på hospital.

I de situationer hvor kvinden må overflyttes til hospital, ophører den privat praktiserende jordemoders ydelser. Det er således hospitalets jordemødre, der overtager fødslen, og den privat praktiserende jordemoder fungerer som enhver anden pårørende og må udføre opgaver i forhold hertil.

Årsagen hertil er især hensyn til patientsikkerhed. Privatpraktiserende jordemødre vil således ikke kunne være bekendt med de forskellige procedurer og faglige retningslinjer på regionens fødesteder, og der vil ikke være sikkerhed for, at de har de rette eller nødvendige kompetencer, som kræves, ikke mindst i forhold til hurtig indgriben ved komplikationer eller kritiske fødsler. Endvi-

dere er der hensyn til spørgsmål om ansvar, som også er medvirkende til at den privat praktiserende jordemoders ydelser må ophøre ved overflytning.

## 2.8 Opsamling på anbefalinger

I det foregående er de områder, hvor regionen ikke opfylder anbefalingerne for svangreomsorgen uddybet, og der er sat fokus på de områder, hvor der er behov for et ensartet serviceniveau på tværs af fødestederne. Med den foreslåede indsats sikres lige adgang til graviditet, fødsel og barsel for regionens kvinder. Fødeplanudvalget har følgende anbefalinger:

- Kvinderne i regionen tilbydes en differentieret indsats afhængig af behov.
- Kvinderne tilbydes kontinuitet i graviditeten.
- Der tilbydes 5 til 7 jordemoderkonsultationer i graviditeten.
- Fødestederne tilbyder fødselsforberedelse i grupper og enkeltstående temaeftermiddage for flergangsfødende samt målrettet fødselsforberedelse for kvinder fra niveau 3 og 4.
- Hvert fødested etablerer en brugervenlig hjemmeside med råd og vejledning.
- Der er tilbud om ambulante fødsel, hvor kvinden udskrives 4-6 timer efter fødslen. Ambulant fødsel er standard for flergangsfødende uden komplikationer.
- Der er tilbud om hjemmefødsel, hvor hvert fødested varetager hjemmefødsler for eget optageområde.
- Der er fast tilstedeværelse af jordemoder ved aktiv fødsel.
- Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger, hvis der ikke ønskes ambulante fødsel.
- Efter ambulante fødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen, og den anden foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Efter hjemmefødsel er der to jordemoderkontakter. Den ene foregår i hjemmet 2 til 3 dage efter fødslen, og den anden foregår efter behov i barselambulatoriet.
- Fødestedet tager telefonisk kontakt inden for det første døgn efter fødslen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel.
- Der tages hælblodprøve i hjemmet/på afdelingen ved ambulante fødsel og hjemmefødsel, og hørescreening foregår efter aftale.
- Der er barselambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig.
- Ved behov tilbyder fødestederne efterfødselsamtale inden for en måned.

## 3. Samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner

Graviditet, fødsel og barsel er et komplekst forløb, der involverer flere myndigheder og sundhedspersoner i kommunen, på hospitalet og i almen praksis. Det er væsentligt, at nybagte mødre og familier oplever et sammenhængende og kontinuerligt forløb. For at sikre sammenhæng i graviditets- og barselsforløbet er der behov for et velfungerende, integreret samarbejde mellem de tre parter, der løser opgaver i forbindelse med et fødselsforløb. Med henblik på at opnå forbedret patientsikkerhed og et højt fagligt niveau i håndteringen af den gravide og fødende er det nødvendigt at beskrive overleveringer og ansvarsfordeling mellem sektorer nøjagtigt, således at de involverede sundhedspersoner er velinformerede og bevidste om ansvars- og opgavefordelingen.

### 3.1 Ansvarsfordeling mellem sektorer

Den praktiserende læge og jordmoderen er de gennemgående sundhedsfaglige kontaktpersoner gennem hele den normale graviditet og fødsel. Forløbet bør tilrettelægges individuelt efter den enkelte gravides og hendes partners behov og ressourcer. Som hovedregel overtager kommunen ansvaret efter første sundhedsplejebesøg.

#### Den praktiserende læges ansvar

Den praktiserende læge er den første kontakt i graviditeten. I forbindelse med første graviditetsundersøgelse oprettes svangerskabs- og vandrejournale. Svangerskabsjournalen fungerer som henvisning til fødestedet. Vandrejournalen følger den gravide og udfyldes ved alle konsultationer hos praktiserende læge, jordmoder eller obstetrisk afdeling. Det skal sikre, at relevante oplysninger følger kvinden og er til rådighed for de involverede fagpersoner. Ved graviditet har den praktiserende læge ansvaret for henvisningen, som danner grundlag for visitationen.

Ved første konsultation informeres desuden om frit valg af fødested, muligheden for fosterdiagnostiske undersøgelser, vejledning i livsstil, kosttilskud, medicin, arbejde samt optagelse af anamnese (sygdomshistorie). En præcis og fyldestgørende anamnese med objektive fund, undersøgelsesresultater samt sociale og psykologiske forhold danner grundlag for jordmoderens og kommunens muligheder for at understøtte den gravide med det rigtige tilbud. I tilfælde af meget udtalt bekymring kan der være behov for akut anmeldelse til kommunen og/eller akut indlæggelse.

#### Fødestedets ansvar

Fødestedet har ansvaret for forløbet gennem graviditeten, under fødslen og under indlæggelsen i barselperioden, herunder for informationerne til praktiserende læge og kommune i forbindelse med udskrivning. Fødestedet har endvidere ansvaret for screeningsundersøgelserne af barnet også efter udskrivning og ansvaret for familien i tiden indtil det første besøg af sundhedsplejersken.

Jordemoderen i konsultationen er den fagperson, som har den hyppigste kontakt med den gravide. Gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats skaber jordemoderen forudsætningerne for, at graviditeten forløber planmæssigt. Ved alle konsultationer bør det være målet, at kvinden gennem dialogen og undersøgelserne bliver støttet i at tage vare på sig selv og sin graviditet og til at træffe informerede valg.

### **Kommunens ansvar**

Kommunen har ansvaret for at tilrettelægge tilbuddet i barselperioden i henhold til oplysningerne fra fødestedet i forbindelse med udskrivning. Kommunen overtager som udgangspunkt ansvaret efter det første besøg fra sundhedsplejen. Kommunernes forebyggelsesindsats er indrettet forskelligt, og der påhviler således jordemødrene i de fire planlægningsområder en opgave i forhold til at danne sig et overblik over de kommunale tilbud i området, som kan være rygestopkurser, kostvejledning etc.

Det vil understøtte samarbejdet mellem parterne, såfremt kommunikationen understøttes af elektroniske medier. Det anbefales derfor, at alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse. Det skal tydeligt fremgå af henvendelsen, hvem den skal videresendes til, og om det er til sundhedsplejen, sagsbehandlerne i socialforvaltningen eller begge funktioner.

### **3.2 Forløb og overgange mellem sektorer under graviditet, fødsel og barsel**

I figuren nedenfor vises en oversigt over forløb og overgange mellem de involverede sektorer og deres repræsentanter i kommune, praksis og på fødested.

Praktiserende læge fremsender svangerskabsjournalen til det ønskede fødested, og på baggrund af lægens oplysninger visiteres den gravide til det relevante tilbud, det vil sige jordemoder, obstetriker eller andre faggrupper/og eller kommunale tilbud.

Jordemoderen modtager journalen til vurdering og sørger for, at kvinden bliver indkaldt til undersøgelse.

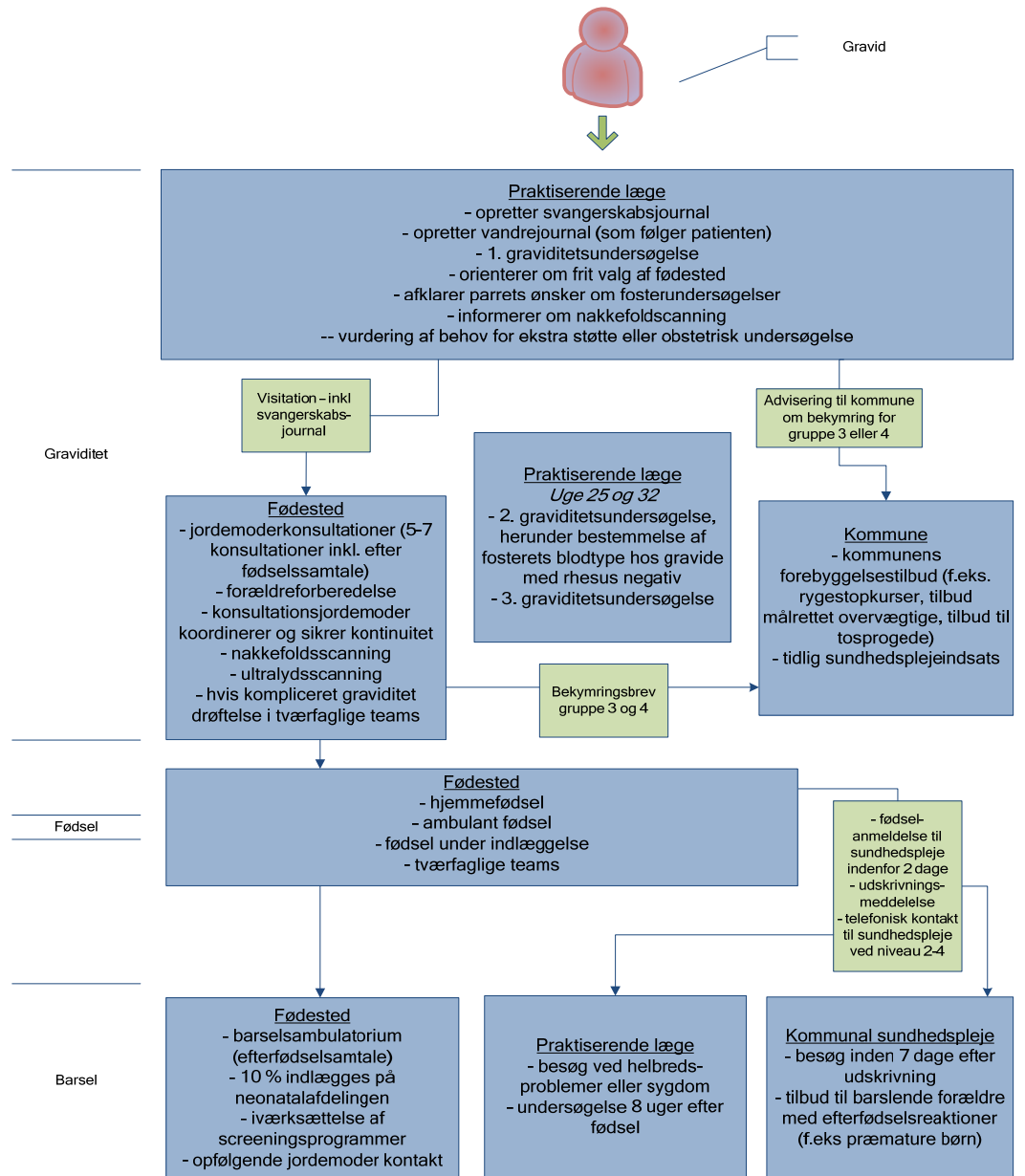
Fødeafdelingen orienterer den gravide om muligheden for besøg af sundhedsplejersken i hjemmet allerede under graviditeten. Hvis fødestedet skønner, at der er behov for en tidlig indsats fra kommunens sundhedsplejersker og/eller de sociale myndigheder på børneområdet tages der kontakt under graviditeten.

Det er konsultationsjordemoderens ansvar at koordinere og sikre kontinuiteten i graviditeten samt sikre, at den gravide følger de normale tilbud, og ved behov henvises til relevante undersøgelser og fagpersoner eller andre instanser.

Flere og flere kvinder føder ambulantly eller udskrives hurtigt efter fødslen, og der er derfor behov for at beskrive arbejdsgange og opgavefordeling mellem jordemoder, barselsafdeling og kommunal sundhedspleje. Det anbefales der-

for, at der via sundhedsaftalerne arbejdes videre med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler.

## Patientforløb ved graviditet, fødsel og barsel



Når kvinden føder ambulante eller bliver indlagt til barselsophold på hospitalet, skal fødestedet sikre, at der etableres kontakt til sundhedsplejersken, og at der følges op på eventuelle tiltag i løbet af graviditeten.

Efter udskrivning varetager fødestedet det sundhedsfaglige tilbud til familien med henblik på at understøtte det nyfødte barns trivsel i de første dage efter fødslen. I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen vurderer jordemo-

deren behovet for opfølgning, og det foregår blandt andet gennem en opfølgningssamtale.

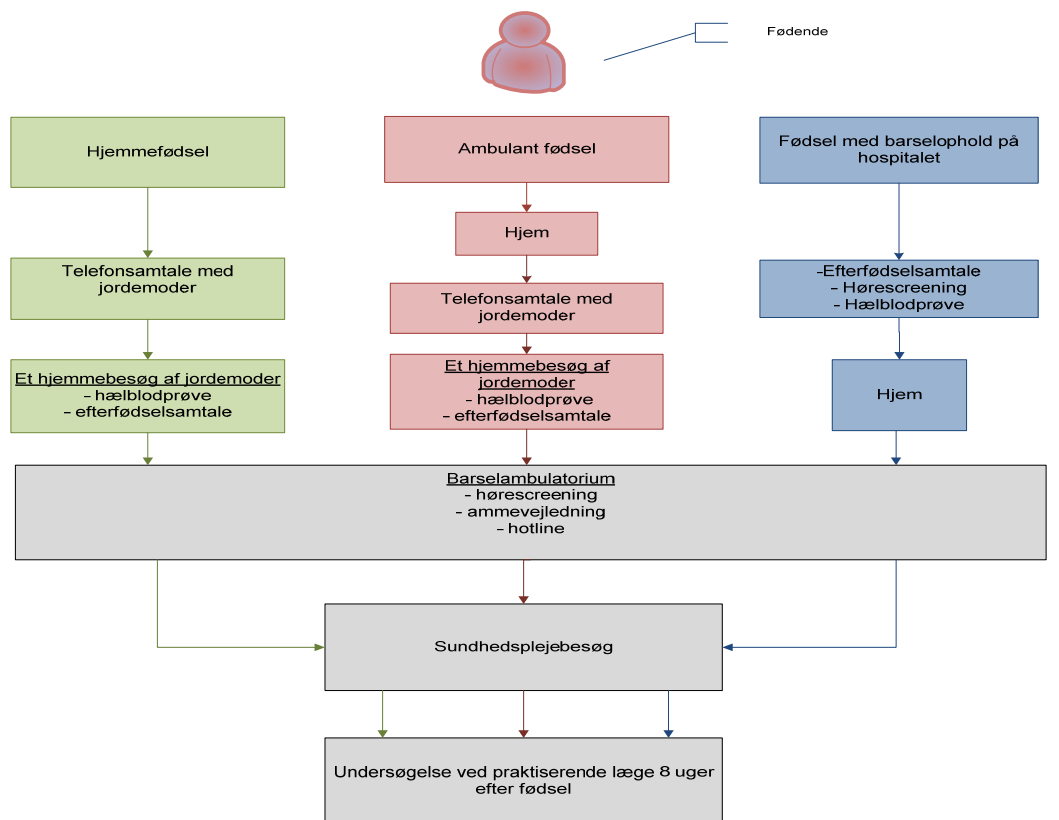
Der skal være mulighed for, at alle forældre kan henvende sig til jordemoder eller barselafdeling uden henvisning på alle tider af døgnet (jf. afsnit 2.5 om jordemoder hotline), indtil sundhedsplejersken er kommet på første besøg.

Det er også i forbindelse med barselopholdet på hospitalet, at fødende får den nødvendige information og vejledning om amning m.v. Fødestederne i Region Hovedstaden har forskelligartet terminologi for denne funktion. Derfor anbefales det, at fødestederne anvender ensartet terminologi, og det forslås, at funktionen benævnes barselambulatorium.

### Udskrivning efter fødsel

Inden kvinden/parret udskrives, udfyldes udskrivningsmeddelelse, som udleveres til kvinden, og som ligeledes sendes til sundhedsplejersken og den alment praktiserende læge.

### Forløb ved udskrivning efter fødsel



Den kommunale sundhedspleje modtager oplysninger om en ny fødsel inden for to døgn efter barnets fødsel. Sundhedsplejen tager kontakt til familierne indenfor fem dage efter barnets fødsel og aflægger besøg indenfor syv dage efter familien er udskrevet fra fødestedet.

Figuren viser forløbet efter udskrivning ved hjemmefødsel, ambulante fødsel og ved fødsel, hvor der har været barselophold på fødeafdeling. Uanset hvilken type fødsel der er tale om, er der tilbud om hælblodprøve, hørescreening og efterfødselsamtale. Alle kvinder kan henvende sig i barselambulatoriet for råd og vejledning, og for kvinder der har født ambulante eller hjemme tages desuden hørescreening. Efterfødselsamtalen foregår hos fødejordemoder, konsultationsjordemoder eller hos obstetriker og skal være afholdt senest en måned efter fødslen.

Sundhedsplejen tager over ved første besøg af sundhedsplejersken, og egen læge tilbyder undersøgelse 8 uger efter fødslen.

### **Fysisk placering af decentrale jordemoderkonsultationer**

Jordemoderfunktionerne og sundhedsplejen har fordel af et tæt samarbejde. Placering af de to funktioner på samme fysiske lokation har vist sig at understøtte samarbejdet. For de normale graviditetsforløb kan der være gavn af anvendelse af fælles faciliteter blandt andet til fødsels- og forældreforberedende undervisning samt til koordinering af en forebyggende indsats, således at et normalt forløb ikke bliver kompliceret.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordemodercentre så vidt muligt bør placeres i nærmiljøet, således at der bliver nem adgang for den gravide. I kommunerne er der fokus på at samle en række af de kommunale sundhedsopgaver i såkaldte sundhedshuse eller sundhedscentre, hvor også sundhedsplejen i nogle tilfælde placeres. Placering af de to funktioner på samme fysiske adresse har vist sig at understøtte samarbejdet for såvel de normale som de komplicerede graviditetsforløb.

Det anbefales, at kommunerne efter aftale med regionen indtænker jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje. Det findes i dag på Vesterbro i Københavns Kommune samt i Ishøj Kommune. Samtidig anbefales det, at det med udgangspunkt i et passende befolkningsunderlag og fødestedernes optageområder planlægges, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere jordemoderkonsultationer uden for fødestedet.

## **3.3 Tidlig indsats og komplicerede graviditetsforløb**

### **Den tidlige indsats**

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægges der vægt på, at gravide med særlige behov mødes med en veltilrettelagt indsats tidligt i graviditeten. Selv om den tværfaglige indsats er forankret i hospitalsvæsenet, bør den praktiserende læge og kommunen medtænkes tidligt og inddrages så snart, det kan være relevant. For psykisk sårbare er det vigtigt, at der så tidligt som muligt spændes et sikkerhedsnet ud i kommunalt regi. Jordemoderfunktionen bør først og fremmest være ansvarlig for den tidlige indsats og bør samtænke samarbejdet med den praktiserende læge, sundhedsplejersken og de sociale myndigheder i

kommunen, når jordemoder/læge skønner, at der er en problemstilling, der kræver en tidlig indsats primært indenfor niveau 3 og 4.

På fødestederne anbefales det, at der er en koordinerende jordemoder som tager sig af kvinder fra niveau 2, 3 og 4 og sørger for sammenhæng i indsatsen. Der er jf. afsnit 2.6 et særligt tilbud til kvinder med rusmiddelproblemer, som familieambulatoriet tager sig af. Den koordinerende jordemoder sørger for, at kvinden bliver indkaldt til undersøgelse hos jordemoder. Den koordinerende jordemoder fungerer som sparringspartner/rådgiver for de jordemødre og sygeplejersker, som arbejder med kvinder fra niveau 2, 3 og 4. Det er ligeledes den koordinerende jordemoder, der har ansvar for at rette henvendelse til andre faggrupper/instanser (børneafdelingen, misbrugscenter, psykiater, familierådgivning og andre kommunale instanser), såfremt der er behov herfor.

Fødestedernes optageområder indeholder flere kommuner med forskellige tilbud, og det øger behovet for koordinering. Det forudsætter samtidig, at den koordinerende part er informeret om og har overblik over de forskellige muligheder og tilbud, som findes i forhold til de meget forskellige problemstillinger, der kan være for gravide fra niveau 3 og 4. Også i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, eksempelvis om kostvejledning og rygestop, er der ønske om at kende mere til tilbuddene i forskellige regi og skabe mulighed for i højere grad at samarbejde om tilbuddene.

På den baggrund anbefales det, at det enkelte fødested skaber overblik over de relevante kommunale henvisningsmuligheder i fødestedets optageområde.

På alle regionens fødeafdelinger er der etableret tværfaglige team, som kan bestå af jordemødre, sygeplejersker og speciallæger, og som i visse tilfælde inddrager den praktiserende læge og kommunen. Indsatsen evalueres og justeres løbende efterhånden som problemer opstår, udvikler sig eller forsvinder. I visse tilfælde kan der etableres ad hoc tværfaglige team for enkelte gravide eller forløbet kan tilrettelægges individuelt efter aftale mellem den gravide og speciallægen.

### **Det komplicerede graviditetsforløb**

Gravide med forløb, som allerede ved indledningen af graviditeten er kompliceret for eksempel på grund af bestående sygdom, tidligere komplicerede forløb og misdannelser, sociale forhold eller forbrug af rusmidler visiteres enten af egen læge eller af den visiterende jordemoder. Ved oprettelsen af svangerskabsjournalen skaber den praktiserende læge overblik over eventuelle fysiske eller psykosociale risikofaktorer, som kan føre til et unormalt graviditets- eller fødselsforløb. Informationen drøftes med kvinden og påføres svangerskabsjournalen, som den visiterende jordemoder anvender som grundlag for visitationen.

Det er væsentligt, at det fremgår af svangrejournalen, såfremt den praktiserende læge har adviseret kommunen om en bekymring. I udvalgte tilfælde kan den praktiserende læge følge den gravide mere tæt end i de normale graviditetskontroller. Den praktiserende læge, sundhedsplejersken og sagsbehandleren i kommunen bør undervejs i forløbet enten orienteres løbende eller efter behov medinddrages enten via vandrejournalen eller ved elektroniske meddelelsesformer. I nogle af disse forløb vil der allerede fra start være etab-

leret en kontakt til sundhedsplejerske eller de sociale myndigheder på børneområdet.

Det er oplagt, at anvende eksisterende netværk mellem de alment praktiserende læger og kommunen til at forbedre samarbejdsrelationerne mellem almen praksis, sundhedsplejen og socialforvaltningen i kommunen. En dialog kunne eksempelvis indeholde behovet for underretning om en niveau 3 eller 4 gravid samt eventuelt aftale om indhold af korrespondancen. Det anbefales, at kommunen indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via de kommunale praksiskon-sulenter eller tilsvarende ordning.

Kvinder, der bliver indkaldt til lægeundersøgelse i svangreambulatoriet med henblik på en udredende samtale om problemernes omfang og en overordnet obstetrisk plan for det videre forløb af graviditeten, skal herefter følges af jordemoderen suppleret med et relevant antal kontroller hos obstetriker i svangreambulatoriet. Ved den første undersøgelse hos den obstetriske speci-allæge planlægges forløbet af undersøgelserne gennem graviditeten, herunder ultralyd skanninger, konsultationer hos jordemoder, hos egen læge og hos speciallægen. Der tages ligeledes stilling til, om der skal afsættes ekstra kon-sultationstid til undersøgelserne.

Samarbejdet med børneafdelingen er særligt vigtigt, idet mange komplicerede graviditetsforløb indebærer, at der skal træffes specielle forholdsregler for barnet ved eller efter fødslen. Hvis der er særlige behov i forbindelse med fødslen bør dette være noteret i journalen. Der kan være behov for pædiater, og/eller behov for at andre relevante personer eller instanser kontaktes i forbindelse med fødslen.

### **3.4 Elektronisk kommunikation mellem sektorer**

Der er behov for øget fokus på den elektroniske kommunikation på tværs af sektorer. Formålet er, at den elektroniske kommunikation skal skabe ensartet, rettidig og relevant information i det tætte samarbejde mellem sundhedsaktørerne – hospital – praksis – kommune. Overgangen til elektronisk kommunikation forventes yderligere at være med til at skabe bedre sammenhæng i tværsektorielle patientforløb samt styrke patientsikkerheden på grund af den øgede og rettidige udveksling af informationer på tværs af sektorer. Elektronisk understøttelse af hele svangreområdet på tværs af sektorgrænser vil særligt gavne de udsatte mødre og deres fostre/børn, idet der vil være hurtig adgang til aktuelle og opdaterede informationer.

#### **Kommunikation mellem hospital og kommune**

Parallelt med udrulningen af den elektroniske kommunikation der i stigende omfang udveksles mellem hospitaler og kommuner i forbindelse med ældreomsorgen, er det hensigten også på svangreområdet at udvikle en tilsvarende kommunikationsform. Elektronisk kommunikation skal ske via standardiserede meddelelser, der afsendes via OPUS! til kommunernes it-systemer. Der benyttes udelukkende MedCom standarder, der er nationale, standardiserede aftaler både med hensyn til teknisk forsendelse og fagligt indhold. Meddelelserne kan derfor afsendes fra alle landets hospitaler til alle landets kommuner, der hvor standarden er indført. Det betyder, at sundhedssamarbejdet også på det elektroniske område kan foregå på tværs af regioner og kommuner.

Der findes allerede en MedCom standard for fødselsanmeldelse til den kommunale sundhedspleje, men standarden er udviklet før 1. generation af Sundhedsaftalen og før de nye anbefalinger for svangreomsorg. Region Hovedstaden har derfor indgivet ansøgning til MedCom om, at de i 2010 foretager en revision af den nuværende fødselsanmeldelse således, at den lever op til de øgede krav om udveksling af sundhedsfaglige data, jf. sundhedsaftalen på tværs af sektorer.

Det anbefales således, at det aftales med kommunerne, hvordan MedCom standarderne for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune.

### **Kommunikation mellem hospital og praksis**

I arbejdet med fødeplanen er det blevet tydeligt, at der er stort behov for at regionen etablerer elektronisk vandrejournal til udveksling af data mellem hospitals- og praksissektoren. I dag oprettes en papirvandrejournal ved første svangrebesøg hos egen læge på et 3-lags gennemslagspapir. Dele af papirerne sendes til fødestedet, mens andet opbevares og medbringes af kvinden selv gennem hele svangre forløbet ved alle besøg hos henholdsvis jordemoder, hospitalslæge og egen læge. Dette udgør en patientsikkerhedsmæssig svaghed særligt for udsatte mødre. Det forekommer, at vandrejournalen glemmes ved besøg, og informationer går dermed tabt fra et kontrolbesøg til det næste. Denne løsning er særligt sårbar ved overgange mellem sektorer, hvor der ikke sker anden form for standardiseret udveksling af informationer.

Digital Sundhed under Sundhedsstyrelsen har fået til opgave at udarbejde et demonstrationsprojekt med elektronisk vandrejournal i Danmark og ønsker at indgå et samarbejde med Region Hovedstaden herom. Formålet er at udvikle og afprøve en elektronisk vandrejournal. Det anbefales derfor, at regionen understøtter udviklingen af en elektronisk vandrejournal, som kan tilgås af almen praksis og fødestedet.

### **3.5 Opsamling på anbefalinger**

Som det fremgår af anbefalingerne for svangreomsorgen, anbefaler Sundhedsstyrelsen et tæt og velbeskrevet samarbejde mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Det tværsektorielle samarbejde er yderligere aktualiseret som følge af ændret opgavefordeling ved kommunalreformen samt differentiering af svangreomsorgen og niveauopdelt indsats.

Beskrivelsen i det foregående viser, at der er behov for at sikre hensigtsmæssige overgange mellem sektorerne samt sikre optimale og sammenhængende forløb særligt for kvinder fra niveau 2, 3 og 4.

Nogle af de anbefalinger fødeplanudvalget peger på kan umiddelbart implementeres af parterne. Det gælder følgende anbefalinger:

- Alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse. Det skal tydeligt fremgå af henvendelsen, hvem den skal videresendes til, og om det er til sundhedsplejen, sagsbehandlerne i socialforvaltningen eller begge funktioner.

- Fødestederne anvender ensartet terminologi, og ambulatorier for amning m.v. benævnes barselambulatorium.
- Med udgangspunkt i et passende befolkningsunderlag og fødestedernes optageområder planlægger regionen, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere jordemoderkonsultationerne uden for fødestedet.
- Fødestederne udpeger koordinerende jordemødre, som tager sig af kvinder fra niveau 2, 3 og 4 og sørger for sammenhæng i indsatsen.
- Det enkelte fødested skaber overblik over de relevante kommunale henvisningsmuligheder i fødestedets optageområde.
- Regionen indgår i samarbejde med Digital Sundhed og understøtter udviklingen af en elektronisk vandrejjournal, som kan tilgås af almen praksis og fødestedet.

Andre af anbefalinger kan med fordel indgå i arbejdet med sundhedsaftalerne, idet der er behov for nærmere drøftelse og bearbejdning. Det gælder følgende anbefalinger:

- Via sundhedsaftalerne arbejdes der videre med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler.
- Efter aftale med regionen indtænker kommunerne jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje.
- Kommunerne indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via de kommunale praksiskonsulenter eller tilsvarende ordning.
- Det aftales med kommunerne, hvordan MedCom standarderne for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune.

Fødeplanudvalget skal således anbefale, at de fire ovennævnte anbefalinger indgår i arbejdet med sundhedsaftalerne.

## 4. Kvalitetsudvikling, monitorering og patientsikkerhed

### 4.1 Opgavefordeling mellem region og kommuner om kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

I anbefalingerne for svangreomsorgen anbefaler Sundhedsstyrelsen, at det formaliserede samarbejde mellem region og kommuner også omfatter koordinering af opgavefordelingen vedrørende kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

I obstetrikken foregår der allerede i dag kvalitetsudvikling og patientsikkerhedsarbejde med udgangspunkt i guidelines fra det faglige selskab, Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), Joint Commission International (JCI) og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), og fra sommeren 2010 forventes det nationale indikatorprojekt (NIP) for fødsler at blive implementeret.

Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel er at fremme samarbejdet mellem sektorerne og skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb. DDKM er under implementering, og alle regionens hospitaler skal akkrediteres i 2012. Kommunernes arbejde med modellen hviler på frivillighed, idet kommunerne ikke er tilført ressourcer hertil. Der er udviklet en række kommunale standarder, og nye er på vej, bl.a. for sundhedsplejen.

Herudover foretager fødeafdelingerne kvalitetsmåling på kliniske data herunder kvalitetsmåling på fødselsstatistik fra Sundhedsstyrelsen om fødsler og fødselskomplikationer. Det anbefales, at sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik følger, opgør og sammenligner disse data i regionen.

Imidlertid giver de forskellige kvalitetsmålingssystemer kun et overordnet og aggregeret samt begrænset billede af kvaliteten. Der er således behov for at udvikle ensartede og standardiserede mål, som alle fødeafdelingerne anvender til løbende og kontinuerlig monitorering. En væsentlig del af løsningen herpå er implementering af en obstetrisk database jf. afsnit 4.2.

Udover ovennævnte kvalitetsmålingssystemer er der behov for optimering af samarbejdet og snitfladen mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Det gælder såvel for kommunikation som for reaktion på svar fra prøver for screening i graviditeten fx ved:

- nakkefoldsskanning (doubletest)
- rhesus immunisering
- hiv
- hepatitis
- diabetes mellitus (sukkersyge)
- toxoplasmose.

Det er et stort problem, at svarene på disse prøver jævnligt går tabt i mellem sektorerne og med risiko for forkert vurdering. I værste fald bliver svar ikke vurderet eller bliver set for sent og med deraf ringere mulighed for at handle

på et givent svar. Årsagen til problemerne hænger sammen med, at den eksisterende vandrejournal i papir ikke anvendes optimalt i dag, idet kommunikationen mellem sektorerne alt overvejende er elektronisk. Der er således behov for en vandrejournal, der er elektronisk.

Der er et stigende antal ambulante fødsler og tidlig udskrivning, som har afledte konsekvenser for kvalitetsudviklingen og patientsikkerheden. Der er derfor behov for:

- at den obligatoriske screening i form af hælblodprøve og hørescreening monitoreres med henblik på om den bliver gennemført, således at forebyggelse og tidlig opsporing af alvorlige sygdomme og høreskader med risiko for indlæringsproblemer og sociale problemer hos barnet sikres
- at amme frekvens og -længde monitoreres i henhold til anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, hvor Sundhedsstyrelsen netop har igangsat et pilotprojekt. Desuden stiller DDKM krav om kvalitetsovervågning på dette område
- at genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte monitoreres som det kræves fra DDKM
- at udviklingen af mastitis (brystbetændelse) overvåges.

Der sker ikke nogen systematisk monitorering eller opfølgning i dag på de fire områder. Nogle tal forventes at kunne blive trukket med data fra NIP-indikatorer, andre fra Statens Serum Institut, og for nogle sker der ingen systematisk monitorering. Det anbefales, at kvalitetsovervågningen gennemføres i tæt samarbejde mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Det anbefales, at der udarbejdes fælles journaldokumentation som grundlag for indsamling af data om barnets ernæring, gennemførelse af hælblodprøve og hørescreening i både hospitalets journal og i sundhedsplejerskernes journalsystem. Dermed skabes der basis for at kunne aggregere og indsamle data til kvalitetsudvikling og -sikring på disse områder.

Imidlertid er der behov for en præcis afdækning af, hvad og hvordan der monitoreres, hvem der gør hvad, samt hvordan det bør gøres i fremtiden. Det anbefales derfor, at der nedsættes en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg, som ser nærmere herpå.

Som nævnt tidligere er der behov for overgang til elektronisk vandrejournal. Det anbefales, at vandrejournalen bliver elektronisk tilgængelig for alle involverede behandlere herunder pædiaterne samt den gravide kvinde. Den gravide kvinde vil hermed også kunne deltage i den faglige kommunikation om eget patientforløb, hvorved patientsikkerheden optimeres.

Endelig anbefales det, at data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitets Model til det obstetriske forløb samles i Enhed for Klinisk Kvalitet, som i forvejen arbejder med data på udvalgte sygdomsområder.

## **4.2 Drift og videreudvikling af kliniske databaser**

Der er i obstetrikken en lang tradition for at indsamle data, som kan belyse kvaliteten af såvel svangreprofylakse som fødsler. Det danske medicinske fødselsregister blev etableret i 1973, og fra 1995 har en række data vedrørende alle sygehusfødsler været registeret i Landspatientregistret (LPR). Formå-

let med LPR var primært at indsamle medicinalstatistiske data til brug for planlægning i centraladministrationen og hos sygehusejerne. I 1998 blev formålet med LPR udvidet til også at omfatte forskning og kvalitetsudvikling.

Selv om LPR efterhånden indeholder mange og forholdsvis detaljerede data om svangerskab og fødsel, udgør LPR-data kun en delmængde af de data, som registreres på de obstetriske afdelinger. Både af hensyn til kvalitetsudvikling og forskning er det nødvendigt at have en velfungerende regional obstetrisk database.

I forbindelse med scanninger af fostre anvendes den føtalmedicinske elektroniske journal og database "Astraia". Astraia indeholder obligatoriske data og kan benyttes i forbindelse med forskning og kvalitetssikring. Databasen samkøres med Dansk Cytogenetisk Centralregister og LPR.

På de obstetriske afdelinger anvendes to forskellige elektroniske patientjournaler (EPJ) som kan opsamle data til kvalitetsudvikling og forskning. Det er H:S Obstetrisk database og DocuLive. Det er i praksis ikke muligt at samkøre data fra de to systemer, og benchmarking i regionen kan kun baseres på data fra LPR.

H:S Obstetrisk database er teknologisk forældet og udvikles ikke længere. Den kan ikke overføre data til GS!Åben, og data som skal indberettes til LPR må også indtastes manuelt i GS!Åben, hvilket indebærer omfattende dobbeltindtastning. Anvendelse af de registrerede data til kvalitetsudvikling og forskning er vanskelig. DocuLive er en mere end 10 år gammel journal, men har en veludviklet EPJ-funktionalitet, udvikles fortsat og har integration til GS!Åben. Den er dog ikke integreret med Opus notat, hvilket indebærer, at notater vedrørende obstetrik og gynækologi skrives i to forskellige systemer.

Ingen af de to systemer indeholder en funktion for vandrejournal, hvilket indebærer, at den løbende deling af oplysninger om svangerskabet mellem den praktiserende læge og hospitalet er besværlig og ofte mangelfuld. Efter at de praktiserende læger er gået over til elektronisk journalføring, betyder anvendelsen af en papirbaseret vandrejournal, at oplysningerne fra fødeafdelingen ofte ikke kommer ind i den praktiserende læges journal, og at oplysninger fra denne journal ikke bliver overført til vandrejournalen og dermed ikke er tilgængelige for fødeafdelingen. Ligeledes er der heller ikke integration til de systemer, som anvendes til lagring af kardiogrammer (registrering af veer og fosterets hjerterytme) og ultralydsscanninger.

Der er behov for en konsolidering, som indebærer, at obstetriske journaldata kan registreres på samme måde i hele regionen og tilgås af alle obstetriske afdelinger i regionen. IT-understøttelse af det obstetriske speciale er en meget kompleks opgave, som så vidt muligt skal tilgodese en række behov, herunder:

- En journal, som opfylder flere faggruppers behov for dokumentation, og som indeholder en række specialespecifikke skemaer og funktioner, herunder generering af epikriser, fødselsanmeldelser, meddelelser til sognekontor m.v.

- Integration med GS!Åben samt systemer til lagring af kardiogrammer og ultralydsscanninger, Labka m.v.
- Mulighed for registrering af data til brug for kvalitetsudvikling og forskning og overførsel af data til en regional obstetrisk kvalitetsdatabase
- Etablering af en regional obstetrisk kvalitetsdatabase i Analyseportalen med indikatorrapporter samt let tilgængelig mulighed for analyse og udtræk af data
- Kommunikation med kommuner og praktiserende læger i henhold til MedCom-standarderne
- Elektronisk vandrejournal.

Denne kompleksitet nødvendiggør en nærmere analyse af behovene og mulighederne for at dække behovene med de systemer, der er på markedet. En sådan analyse falder uden for rammerne af den regionale fødeplan. Analysen bør gennemføres snarest, da den nuværende situation medfører et unødvendigt stort forbrug af ressourcer til dokumentation og registrering, mangelfulde muligheder for kvalitetsudvikling og forskning samt betydelig risiko for kvalitetsbrist og utilsigtede hændelser. Da de obstetriske databaser på en del af regionens obstetriske afdelinger ikke videreudvikles eller supporteres, er der desuden en risiko for, at nogle obstetriske afdelinger som følge af et nedbrud står uden mulighed for at registrere data vedrørende kvaliteten.

Det anbefales derfor, at der snarest gennemføres en analyse af, hvilke behov et system som understøtter det obstetriske speciale skal dække herunder udarbejdelse af kravspecifikation for en specialespecifik obstetrisk journal.

Der gennemføres sideløbende en analyse af, hvilke tiltag som kan sikre, at der frem til det tidspunkt hvor en ny specialespecifik journal er fuldt implementeret, kan foretages den nødvendige registrering af kvalitetsdata. Det skal sikre, at uddata er tilgængelige i det omfang, som er nødvendigt for at varetage den løbende kvalitetsudvikling, herunder forberedelse til akkreditering.

### **4.3 Perinatal audit**

Når et barn bliver skadet ved fødslen, dør i fostertilstanden eller dør ved fødslen er det vigtigt at gennemgå forløbene efter fastlagte retningslinjer. En gennemgang af udvalgte fødselsforløb benævnes perinatal audit. Formålet er at lære af ikke optimale fødselsforløb for at forebygge fremtidige skader.

Trods den teknologiske udvikling og en stigende hyppighed af indgreb under fødslen vil der stadig opstå komplikationer under fødslen. Nogle få børn dør omkring fødselstidspunktet, og andre børn får varige mén i form af alvorlige hjerneskader med livslange konsekvenser for barnet og familien. Der er tale om et mindre antal børn, men for disse børn og familier har det meget store konsekvenser. Flere af forløbene henvises til patientklagenævnet eller patientforsikringen, og eventuelle skadeserstatninger afholdes af regionen.

Ved systematisk at udføre perinatal audit kan det afklares, i hvilke situationer personalet kunne have handlet anderledes, og der kan påpeges systematiske eller enkeltstående forhold, som der er mulighed for at korrigere på fødestederne. Det kan være ændrede retningslinjer, kontrolforanstaltninger eller uddannelses tiltag.

En perinatal audit kan også anskues som en kerneårsagsanalyse af flere utilsigtede hændelser. De utilsigtede hændelser analyseres efter de samme principper som ved en kerneårsagsanalyse af en enkelt hændelse. Denne er kendetegnet ved systematisk at skrælle lag på lag af hændelsen for herved at nå ind til den inderste kerne - de egentlige årsager til skaden. Formålet er, at organisationen/fødeafdelingen kan lære af og forbygge skader.

Der eksisterer på flere af fødestederne fastlagte auditprocedurer, og der er gode erfaringer hermed fra de tidligere amter i regionen og H:S. Det tidligere Københavns amt foretog over en 15-årig periode systematisk perinatal audit af døde børn, men nedlagde proceduren i en kombination af ressourcemæssige problemer og regionsdannelsen. Det tidligere H:S havde også lang erfaring med audit, men kunne på grund af manglende ressourcer ikke opretholde den. I det tidligere Frederiksborg amt og nu på Hillerød Hospital holdes interne auditprocedurer, hvor fødselsforløb der ikke har været helt optimale gennemgås. Erfaringerne viser, at skal der opnås optimal læring, skal der skabes et åbent og professionelt forum med deltagelse af uvildige specialister indenfor alle relevante faggrupper og specialer.

Undersøgelser viser, at med perinatal audit kan mellem 50 % og 70 % af dødsårsagerne påvises. Ved at opgøre alle dødsfald, dødsårsager og eventuelt medvirkende årsager fra et større område som hele regionen kan resultaterne anvendes til at forbedre kvaliteten i svangreomsorgen. Resultaterne kan således anvendes til at indføre generelle ændringer i regionen og på fødeafdelingerne eller til at stramme op om enkelte procedurer, så fejl forebygges. Auditprocessen kan desuden medvirke til at påpege fejl relateret til håndtering i lægepraksis, fra jordemoder eller i hospitalsregi, og den kan medvirke til at påvise organisatoriske svagheder, fx fejl som skyldes uensartet brug af vandrejournalen.

Perinatal audit bør være en naturlig og integreret del af svangreomsorgen og kvalitetssikringen af håndteringen af graviditeter og fødsler. Derfor anbefales det at indføre en procedure med perinatal audit med en systematisk gennemgang af alle døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade. Det drejer sig om ca. 75 patientforløb om året i regionen. Desuden anbefales det, at fødeafdelingerne har lokale fora, hvor resultaterne fra perinatal audit diskuteres og anvendes.

Anbefalingen medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

#### **4.4 Obstetrisk færdighedstræning**

Arbejdet på fødegang og sengeafdeling for gravide og barslende er oftest præget af fred og ro, hvilket fremmer de gode fødselsforløb for patienterne. Der kan dog opstå situationer, der kræver hurtig og effektiv indgriben ligesom i et traumecenter eller på en intensiv afdeling. Der er derfor behov for, at medarbejderne uden tøven kan håndtere livstruende situationer, fx alvorlig blødning efter fødslen, eller når barnet i fødselsøjeblikket sidder fast med skuldrene. Erfaringen med disse sjældne og meget alvorlige komplikationer kan ikke kun opnås ved kontakt med patienterne. Derfor er der behov for at foretage øvelser på samme måde som brandøvelser, og på fødegangen kaldes øvelserne obstetrisk færdighedstræning.

Obstetrisk færdighedstræning iværksættes i varierende omfang på regionens fødeafdelinger, men der foregår ikke en egentlig systematisk indsats og undervisning. Der er således behov for at styrke og sikre et ensartet niveau for færdighedstræningen.

Obstetrisk færdighedstræning har mange vigtige formål, hvoraf det vigtigste er at undgå, at de nyfødte børn fødes med senfølger efter fødselsforløb, der ikke varetages optimalt. De skader, de nyfødte børn påføres, hører samtidig til de skader, der udløser de største erstatninger.

Obstetrisk færdighedstræning omfatter alle de medarbejdere, der er ansat på det obstetriske område. Samtidig er det erfaringen, at et godt træningsprogram får medarbejderne til at føle sig trygge, fører til faldende sygefravær og giver større arbejdsglæde.

Undervisningen bør foregå i de vante rammer således, at der opnås erfaring med, hvor de nødvendige medicinske præparater findes, hvorledes andre personalegrupper kontaktes osv. Det betyder, at der på alle fødeafdelinger er behov for at opbygge en organisation, der kan tilrettelægge undervisningen. Samtidig skal der afsættes ressourcer til undervisningen.

Der bør udpeges et antal specifikke emner for undervisningen. Emner, der ofte behandles er fx skulderdystoci, blødning efter fødslen, svangerskabsforgiftning, genoplivning af nyfødte, tvillingefødsler, sædefødsler og CTG (registrering af veer og fosterets hjerterytme).

Det anbefales, at iværksætte obstetrisk færdighedstræning tilrettelagt som et undervisningsforløb af to dage fordelt over 2 år således, at alle emner er gennemgået. Undervisningen bør desuden tilrettelægges tværfagligt så de medarbejdere, der også til dagligt løser problemerne i fællesskab, arbejder sammen under de praktiske øvelser.

Udbyttet af obstetrisk færdighedstræning bør løbende evalueres med henblik på optimering af de pædagogiske principper således, at medarbejderne opnår de færdigheder, der er nødvendige. Efter kurset udskrives et bevis for gennemført kursus med henblik på en egentlig certificering af medarbejderne som bør foregå ca. hvert 2. år.

Anbefalingen om obstetrisk færdighedstræning medfører øgede ressourcer, der ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer.

#### **4.5 Undersøgelse af fødende kvinders oplevelser**

Sideløbende med arbejdet med fødeplan er der igangsat en patienttilfredshedsundersøgelse om kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel i Region Hovedstaden. Det er en undersøgelse svarende til de øvrige landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser benævnt "LUP". Formålet er, at få en samlet evaluering af fødende kvinders oplevelser gennem deres forløb fra graviditet til barsel, hvor de er i kontakt med flere sektorer og faggrupper. Undersøgelsen skal belyse og sammenligne kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel med det formål:

- at få indsamlet systematisk viden om kvindernes oplevelser og vurderinger og følge det over tid
- at give de enkelte afdelinger og primær sektor input til at arbejde med kvalitetsforbedringer, og
- at sammenligne fødeafdelinger med regionsgennemsnittet.

Undersøgelsen gennemføres primo 2010. Kvinder, der har født og er udskrevet fra et af fødestederne i regionen, har fået tilsendt et brev med information om undersøgelsen samt et link til et elektronisk spørgeskema to til fire uger efter fødslen. Årsagen hertil er, at kvinderne skal nå at bearbejde indtrykkene fra fødslen samt have haft kontakt til sundhedsplejen. Spørgeskemaet indeholder spørgsmål om kvindernes oplevelser hos praktiserende læge, jordemoderkonsultationer, fødslen, barselophold på hospital, udskrivelse samt overgangen til sundhedsplejen. Desuden spørges om kontakt til læger under eventuel indlæggelse, på svangreambulatoriet og under selve fødslen.

Enheden for Brugerundersøgelser er ansvarlig for at gennemføre undersøgelsen og står for ledelse og koordinering af processen. Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik fungerer som styregruppe for undersøgelsen. Der er nedsat en faglig arbejdsgruppe, der kommer med input til undersøgelsen.

Undersøgelsen forventes offentliggjort i juni 2010, og det anbefales, at det permanente fødeplanudvalg udformer en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen.

#### **4.6 Opsamling på anbefalinger**

Som det fremgår af ovenstående, er der stort behov for optimering herunder tilvejebringelse og kvalificering af de data, der i dag indsamles på fødselsområdet. For en række data er der samtidig behov for, at det sker i samarbejde mellem fødesteder, praksissektor og kommuner. Fødeplanudvalget anbefaler følgende:

- Sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik følger, opgør og sammenligner kliniske data i regionen.
- På sigt gennemføres kvalitetsovervågningen i tæt samarbejde mellem hospitaler, praksissektor og kommuner, og der udarbejdes fælles journaldokumentation i både hospitalets journal og i sundhedsplejerskernes journalsystem. Imidlertid er der behov for en præcis afdækning, og derfor nedsættes en arbejdsgruppe under det permanente fødeplanudvalg, som ser nærmere herpå.
- Vandrejournalen gøres elektronisk og bliver tilgængelig for alle involverede behandlere herunder pædiaterne samt den gravide kvinde.
- Data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitets Model til det obstetriske forløb samles i Enhed for Klinisk Kvalitet.
- Der gennemføres en analyse af, hvilke behov et it-system, som understøtter det obstetriske speciale, skal dække herunder udarbejdelse af kravspecifikation for en specialespecifik obstetrisk journal.
- Der indføres en procedure med perinatal audit for en systematisk gennemgang af døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade. Fødeafdelingerne har lokale fora, hvor resultaterne fra perinatal audit diskuteres og anvendes.

- Der iværksættes obstetrisk færdighedstræning tilrettelagt som et undervisningsforløb af to dage fordelt over 2 år.
- Det permanente fødeplanudvalg udformer en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen af fødende kvinders oplevelser.

## 5. Kvinde-barn centre

Før dannelsen af regionen var behandlingen af kvindesygdomme, fødsler og børnesygdomme spredt på flere hospitaler. Ofte blev kvinder og børn flyttet fra en afdeling til en anden eller fra et hospital til et andet. Som det fremgår af hospitalsplanen, ændres det således, at behandlingsforløbene samles på fire kvinde-barn centre på Hillerød Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Kortet nedenfor viser placeringen af kvinde-barn centrene og fødeafdelingerne, når hospitalsplanen er gennemført.

### Fremtidens kvinde-barn centre



På de nye kvinde-barn centre vil der være fokus på hele familiens behov, når en kvinde skal føde, og når børnene skal indlægges. Alle fødestuer er indrettet med det nødvendige udstyr. Efter fødslen kommer mor og barn til barsels-

gangen. Her vil stuerne blive indrettet så forældrene, den nyfødte og eventuelle søskende kan være sammen.

Kvinde-barn centrene bygges op ud fra nye principper, så de indlagte er så tæt som muligt på de relevante specialer. Det giver en god sammenhæng i behandlingen, og det gør indlæggelsen til en bedre oplevelse.

Selvom kvinde-barn centrene samles fire steder i regionen kan gravide stadig komme til undersøgelse lokalt og hos jordemoder enten på det nærmeste hospital eller i lokale jordemoderkonsultationer/sundhedscentre.

Bornholms Hospital har en særlig status, og på hospitalet vil der fortsat være fødselshjælp og behandling af kvindesygdomme og børn, så bornholmerne er sikret adgang til hurtig behandling i nærområdet.

## 6. Økonomiske konsekvenser

Implementeringen af en række af anbefalingerne i fødeplanen har økonomiske konsekvenser, der medfører øgede udgifter, som ikke kan afholdes inden for hospitalernes nuværende økonomiske rammer. Nedenfor gennemgås de forventede økonomiske konsekvenser af de enkelte anbefalinger. Anbefalinger, der er udgiftsneutrale eller allerede finansieret, er ikke omfattet.

### Fødselsforberedelse

Fødeafdelingerne tilbyder fødselsforberedelse til alle. Som det ses i afsnit 2.3 anbefales det imidlertid at tilbyde målrettet fødselsforberedelse til kvinder fra niveau 3 og 4. Den årlige udgift hertil anslås til 0,5 mio. kr.

### Fast tilstedeværelse af jordemoder i aktiv fødsel

Det er dokumenteret, at tilstedeværelse af en jordemoder under fødslen nedsætter behovet for smertelindring og øger chancen for en almindelig og spontan fødsel. Derfor anbefales det som anført i afsnit 2.2, at regionen tilbyder kontinuerlig tilstedeværelse af en jordemoder til alle kvinder i aktiv fødsel. Udgiften hertil anslås til 12,3 mio. kr. om året.

### Et hjemmebesøg ved henholdsvis ambulært fødsel og hjemmefødsel

En større og større andel af kvinder føder ambulært, og i 2010 forventes ca. 25 % svarende til 5.300 kvinder at føde ambulært, mens en meget lille del omkring 100 kvinder føder hjemme. Som det fremgår af afsnit 2.4 anbefales det, at der tilbydes et hjemmebesøg til ambulært fødende og til hjemmefødende. Udgiften hertil anslås til 2,6 mio. kr. om året.

### Efterfødselsamtale ved behov

I afsnit 2.5 anbefaler Fødeplanudvalget, at der ved behov tilbydes efterfødselsamtale til familien. Det forudsættes, at omkring 20 % af kvinderne har behov for en efterfødselsamtale, som anslås til 0,5 mio. kr. om året.

### Perinatal audit

Som det fremgår af afsnit 4.3 anbefales det at etablere perinatal audit i regionen. Der foreslås etableret en central sekretariatsfunktion, hvor fødestederne indberetter døde børn og børn med skader. Sekretariatet er ansvarlig for indkaldelse til møder og referater, for database og statistisk gennemgang af resultater samt for udarbejdelse og formidling af rapporter. Herudover etableres der en lokal sekretariatsfunktion på de fire fødeafdelinger inkl. Bornholm, som sikrer, at alle relevante sager indberettes, og som sender kopi af journalmaterialet til det centrale sekretariat. Udgiften hertil anslås at udgøre 0,5 mio. kr. årligt.

### Obstetrisk færdighedstræning

I afsnit 4.4 anbefales det at gennemføre obstetrisk færdighedstræning. Regionens fødeafdelinger er store, og det er et stort antal medarbejdere, der skal undervises. Det kræver væsentlige ressourcer til uddannelse af undervisere herunder udgifter til fravær af medarbejderne under kurserne samt indretning af fødestuer til obstetrisk færdighedstræning. Det anslås, at udgifter til de nødvendige initiativer udgør ca. 1 mio. kr. pr. fødested inkl. Bornholm, i alt 4 mio. kr. pr. år.

## 7. Implementering

I det følgende listes de enkelte anbefalinger med henblik på, hvem der er ansvarlig for at sikre implementeringen samt tidsrammen herfor. Dog afhænger tidsrammen for implementering af forslag med økonomiske konsekvenser af tilførsel af ressourcer.

Anbefaling	Ansvarlig	Tidsramme
Kvinderne i regionen tilbydes en differentieret indsats afhængig af behov	Fødestederne	Er implementeret
Kvinderne tilbydes kontinuitet i graviditeten	Fødestederne	Er implementeret
Der tilbydes 5 til 7 jordemoderkonsultationer i graviditeten	Fødestederne	Er implementeret
Fødestederne tilbyder målrettet fødselsforberedelse til kvinder fra niveau 3 og 4	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Hvert fødested etablerer en brugervenlig hjemmeside med råd og vejledning	Fødestederne	1. juli 2011
Ambulant fødsel, hvor kvinden udskrives 4 til 6 timer efter fødslen.	Fødestederne	Er implementeret
Tilbud om hjemmefødsel som hvert fødested varetager for eget optageområde	Fødestederne	1. januar 2011
Fast tilstedeværelse af jordemoder ved aktiv fødsel	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Førstegangsfødende får tilbud om to overnatninger	Fødestederne	Er implementeret
Efter ambulant fødsel er der to jordemoderkontakter. Den første 2 til 3 dage efter fødslen i hjemmet og den anden efter behov i barselsambulatoriet	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Efter hjemmefødsel er der to jordemoderkontakter. Den første 2 til 3 dage efter fødslen i hjemmet og den anden efter behov i barselambulatoriet.	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Telefonisk kontakt ved jordemor inden for det første døgn efter fødslen ved ambulant fødsel og hjemmefødsel	Fødestederne	Er implementeret

Der tages hælblodprøve i hjemmet/på afdelingen ved ambulans fødsel og hjemmefødsel, og hørescreening foregår efter aftale	Fødestederne	Er implementeret
Der er barselambulatorier på alle fødesteder, hvor kvinderne selv kan henvende sig	Fødestederne	Er implementeret
Fødestederne tilbyder ved behov efterfødselssamtale inden for en måned	Fødestederne	1. april 2011, men afhængig af økonomi
Alle elektroniske henvendelser til kommunerne sendes til kommunernes hovedpostkasse.	Fødestederne	1. juli 2010
Fødestederne anvender ensartet terminologi, hvorfor ambulatorier for amning m.v. benævnes barselambulatorium	Fødestederne	Er implementeret
Fødestederne udpeger koordinerende jordemødre, som koordinerer indsatsen for kvinder fra niveau 2, 3 og 4	Fødestederne	Ultimo 2010
Fødestederne skaber overblik over relevante kommunale henvisningsmuligheder i optageområdet	Fødestederne	Løbende
Vandrejournalen gøres elektronisk og bliver tilgængelig for alle involverede behandlere herunder pædiaterne samt den gravide kvinde	Digital Sundhed i DK. Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet indgår i demonstrationsprojekt	Projektstart forventes i 2010
Der arbejdes med at fastlægge en klar arbejdsfordeling mellem fødested og optagekommuner for hjemmefødsler og ambulante fødsler	Sundhedsaftaleregi	Indenfor aftaleperioden
Efter aftale med regionen indtænker kommunerne jordemodercentre ved planlægning af sundhedscentre, hvor der også er sundhedspleje	Sundhedsaftaleregi	Indenfor aftaleperioden
Kommunerne indgår i dialog med praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg	Sundhedsaftaleregi	Indenfor aftaleperioden
Aftale med kommunerne om hvordan MedCom standarder for svangreomsorg skal anvendes til kommunikation	Sundhedsaftaleregi og Koncern IT	Indenfor aftaleperioden. Prioriteres ifm. investeringsbudget 2011
Følger, opgør og sammenligner kliniske data i regionen	SFR for gynækologi og obstetrik	Løbende

På sigt kvalitetsovervågning i mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Behov for præcis afdækning og derfor nedsættes en arbejdsgruppe	Fødeplanudvalg med deltagelse af Koncern IT	Primo 2011 nedsættes arbejdsgruppe
Data til overvågning af krav fra Den Danske Kvalitetsmodel til det obstetriske forløb	Enhed for Klinisk Kvalitet	Løbende
Der gennemføres analyse og kravspecifikation til et it-system på det obstetriske område	Koncern IT	Prioriteres ifm. investeringsbudget 2011
Der indføres perinatal audit af døde og børn op til 1-års alderen, der har fået en fødselsskade.	Fødestederne	Påbegyndes i 2011, men afhængig af økonomi
Der iværksættes obstetrisk færdighedstræning	Fødestederne	Påbegyndes i 2011, men afhængig af økonomi
Der udformes en strategi for, hvordan der kan følges op på resultaterne i undersøgelsen af fødende kvinders oplevelser	Fødeplanudvalg	Ultimo 2010
Nedsættelse af arbejdsgruppe for udarbejdelse af informationsmateriale	Fødeplanudvalg	Ultimo 2010

Det permanente fødeplanudvalg følger og sikrer, at implementeringen sker som fastlagt for de enkelte anbefalingers tidsramme. Fødeplanudvalget følger udviklingen på svangreområdet og drøfter og behandler nye tiltag samt opfølgning på anbefalingerne for svangreomsorgen. Fødeplanudvalget udarbejder en kort årlig status til regionsrådet, og foretager en samlet opdatering af fødeplanen i 2015.

# Ordliste

Aktiv fødsel	Den gravide er i aktiv fødsel, når livmodermunden er åbnet mindst 3 cm, og der er effektive veer
DDKM	Den Danske Kvalitetsmodel
DK	Danmark
DRG	Takst til afregning af patientydelse
DocuLive	Elektronisk journalsystem
DPSD	Dansk Patientsikkerhedsdatabase
EPJ	Elektronisk patientjournal
Føtalmedicin	Den del af obstetrikken som har med ultralyd af fostre at gøre
GS!Åben	Patientadministrativt system til registrering af patient-administrative data
Gynækologi	Kvindesygdomme
HIV	Human immunodeficiency virus
Hælbloodprøve	Screening og undersøgelse af blodet hos den nyfødte for en lang række sjældne stofskiftesygdomme
H:S	Hovedstadens Sygehusselskab
JCI	Joint Commission International
LPR	Landspatientregistret
Neonatal	Perioden som nyfødt
NIP	Det Nationale Indikatorprojekt
Obstetrik	Fødsler og fødselshjælp
OPUS!	System til registrering af kliniske data
Perinatal	Tiden umiddelbart før eller efter fødslen
Pædiatri	Speciale der omfatter børnesygdomme samt neonatologi, der er nyfødtes sygdomme
pH-måling	Rutinemæssig blodprøve til bestemmelse af syre/base balance med henblik på iltmangel
Suturering	Syning af mellemkødet ved bristning eller klip
SST	Sundhedsstyrelsen
MedCom	Det danske Sundhedsdatanet

## Bilag 1: Kommissorium for Region Hovedstadens fødeplanudvalg

Den 6. august 2009

### Formål

Nye anbefalinger for svangreomsorgen 2009, der omfatter sundhedsvæsenet indsats ved graviditet, fødsel og barsel, erstatter Sundhedsstyrelsen retningslinjer fra 1998. Anbefalingerne er opdateret som følge af den faglige/medicinske og demografiske udvikling på området. Anbefalingerne henvender sig bredt til sundhedspersonalet og beskriver såvel lovbundne krav som hensigtsmæssige tiltag.

Formålet med svangreomsorgen er at yde en differentieret indsats med udgangspunkt i den gravides ønsker og behov. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende og skal sikre en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed. Den differentierede indsats og det tværfaglige samarbejde niveaudeles i fire niveauer, der strækker sig fra det basale tilbud til det specialiserede tilbud afhængig af den gravides behov.

Der er ikke lovkrav om, at sundhedsaftalerne skal omfatte svangreomsorgen, men den nye struktur med kommunalreformen har gjort det væsentligt at fokusere på det tværsektorielle arbejde. Det fremgår af anbefalingerne, at samarbejdet indenfor svangre-omsorgen tilrettelægges lokalt, eksempelvis i et fødeplanudvalg, og at det er muligt at indgå frivillige sundhedsaftaler på området.

### Opgaver

Sundhedsstyrelsen anbefaler således, at der etableres et formaliseret, velbeskrevet og tæt samarbejde mellem fødesteder, jordmodercentre, praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste. Formålet er at udarbejde besluttingsgrundlaget for regionens planlægning af svangreomsorgen, lokale retningslinjer for visitation og fælles retningslinjer. Der bør herudover:

- fastlægges prioriterede indsatsområder
- udarbejdes planer for samarbejdet for komplicerede graviditetsforløb
- udarbejdes planer for samarbejdet i barselsperioden
- sikres drift og videreudvikling af kliniske databaser
- udarbejdes regionalt og kommunalt informationsmateriale om tilbuddene
- koordinere opgavefordelingen mellem region og kommuner for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Det fremgår desuden af anbefalingerne, at:

- der skal udarbejdes retningslinjer for sammenhæng og kontinuitet i overgangen fra sekundær- til primærsektor
- regionen skal udarbejde en vejledning for overflytning til fødeafdeling ved komplikationer
- der på de enkelte fødeklinikker skal være retningslinjer for, hvad der sker, hvis der opstår komplikationer

- der skal udfærdiges standarder for opfølgningssamtale ved udskrivning efter indlæggelse efter 1-2 døgn, og
- genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte skal monitoreres inden for 14 dage efter fødslen efter Den Danske KvalitetsModel.

Endelig fastlægges det i anbefalingerne, at svangreomsorgen for gravide med rusmiddel problemer organiseres i et regionalt familieambulatorium.

Anbefalingerne for svangreomsorgen træder i kraft pr. 1. september 2009, men Sundhedsstyrelsen anfører, at implementering af nye anbefalinger på nogle punkter vil kræve en længere forberedelse af den fornødne logistik og planlægning.

### **Fødeplanudvalg**

Med henblik på at opfylde anbefalingerne for svangreomsorgen og fastlægge indsatsen ved graviditet, fødsel og barsel nedsættes der et permanent fødeplanudvalg for Region Hovedstaden. Udvalgets får som sin første opgave at udarbejde et forslag til en regional fødeplan. Regionens fødeplan skal sikre, at der tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje for alle regionens borgere i relation til graviditet, fødsel og barsel. Den regionale fødeplan afløser alle gamle eksisterende fødeplaner.

Fødeplanudvalget skal være bredt sammensat med repræsentanter fra region, praksissektor og kommuner. Der skal være repræsentation fra læger, sygeplejersker, jordmødre m.fl. og så vidt muligt med repræsentation fra alle fire planlægningsområder i regionen og Bornholm. Grundstammen i fødeplanudvalget består af repræsentanter fra Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik (SFR) suppleret med yderligere relevante repræsentanter. Formandskabet varetages af formand og næstformand fra Det Sundhedsfaglige Råd for Gynækologi og Obstetrik. Fødeplanudvalget har følgende medlemmer:

- Vicedirektør Steen Werner Hansen, Bispebjerg Hospital, Formand (SFR)
- Ledende overlæge Helle Ejdrup Bredkjær, Hillerød Hospital, Næstformand (SFR)
- Chefjordemoder Elisabeth Feder, Gentofte Hospital, (SFR)
- Ledende overlæge Peter Hornes, Hvidovre Hospital (SFR)
- Oversygeplejerske Vibeke Fleckenstein Jacobsen, Hvidovre Hospital
- Ledende jordemoder Mette Simonsen, Rigshospitalet (SFR)
- Ledende overlæge Morten Lebech, Herlev Hospital (SFR)
- Chefjordemoder Ingelise Andersen, Herlev Hospital (SFR)
- Ledende jordemor Helle Kunkel, Bornholms Hospital
- Ledende oversygeplejerske Stine Fjølstervang, Hvidovre Hospital (SFR pædiatri)
- Centerchef Birgitte Welcher, Psykiatrisk Center Hvidovre (SFR Psykiatri)
- Almen praktiserende læge Berit Lavik (SFR)
- Almen praktiserende læge Kirsten Vinsand
- Almen praktiserende læge udpeget af Lægeforeningen Hovedstaden
- Udviklingskonsulent Gitte Holm, Gentofte Kommune (SFR)
- Sundhedsfaglig konsulent Helle Svinkløv, Københavns Kommune (SFR)
- Ledende sundhedsplejerske Inge Lise Bøyesen, Albertslund Kommune

- Ledende sundhedsplejerske Anne Boye, Helsingør Kommune
- Enhedschef Christian Worm, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.
- Specialkonsulent Hanne Susan Rasmussen, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning (projektleder og sekretær for fødeplanudvalget)

Fødeplanudvalget kan i processen nedsætte interne arbejdsgrupper til beskrivelse af nærmere definerede opgaver. Fødeplanudvalget formulerer kommissorier for grupperne, og de skal som standard indeholde følgende:

- kortlægning af nuværende serviceniveau og forskelle
- sikring af harmonisering
- anbefale nødvendige initiativer for udmøntningen af anbefalingerne
- kortlægge udviklingsmuligheder og
- estimere ressourcebehovet.

Fødeplanudvalget har mulighed for at inddrage andre relevante parter ad hoc, såfremt det vurderes hensigtsmæssigt. I udvalgets arbejde indgår bl.a. Anbefalinger for svangreomsorgen 2009, Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier 2009 og Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge alle tre fra Sundhedsstyrelsen.

Fødeplanen udformes så vidt muligt således, at delelementer, fx plan for samarbejdet med kommunerne i barselsperioden, kan udtages som selvstændige dokumenter og tilføjes i sundhedsaftaleregion.

Sideløbende med arbejdet med fødeplan igangsættes der en brugerundersøgelse, som skal bidrage med viden om kvindernes oplevelser om, hvad der er vigtigt for kvinderne, og hvad der fungerer godt. Formålet er også fremover at afdække brugernes oplevelser, for at sikre at sundhedsvæsenets tilbud til gravide er optimale.

### **Tidsplan**

Arbejdet igangsættes i august 2009 og afsluttes den 1. april 2010. Fødeplanudvalgets arbejde forelægges Regionsrådet og Sundhedskoordinationsudvalg samt administrativ styregruppe jf. vedlagte tidsplan.

Fødeplanudvalget fortsætter efter april 2010 med henblik på opfølgning og monitorering. Der udarbejdes et nyt kommissorium for dette arbejde i september 2010.

## Bilag 2: Underarbejdsgrupper under fødeplanudvalget

Den 2. september 2009

### Delkommissorier

I henhold til kommissorium for Region Hovedstadens fødeplanudvalg skal der nedsættes et permanent fødeplanudvalg for Region Hovedstaden, der som sin første opgave får at udarbejde en fødeplan. Arbejdet bliver omfattende, idet der udover beslutningsgrundlaget for regionens planlægning af svangreomsorgen er en række arbejdsopgaver, som rækker fra planer for samarbejdet med kommunerne og praksissektor over til vejledning og standarder for særlige områder, monitorering samt informationsmateriale. Sundhedsstyrelsen anfører da også, at nogle opgaver vil kræve en længere tidsfrist end den fastsatte 1. september 2009. Samtidig betyder bredden i opgaverne, at der er behov for inddragelse af mange forskellige parter såvel eksterne som interne.

De mange opgaver der skal løses af fødeplanudvalget deles således, at hovedudvalget (fødeplanudvalget) tager sig af de generelle og overordnede opgaver, mens tre arbejdsgrupper tager sig af de mere specifikke opgaver.

Fødeplanudvalget drøfter, samler og behandler de tre arbejdsgruppers arbejde. Herudover varetager fødeplanudvalget en række overordnede og generelle opgaver, som omfatter:

- planlægning af svangreomsorgen
- udarbejdelse af lokale retningslinjer for visitation
- udarbejdelse af fælles retningslinjer
- fastlæggelse af prioriterede indsatsområder
- regionalt og kommunalt informationsmateriale om tilbuddene samt
- udarbejdelse af en vejledning for overflytning ved komplikationer (som udarbejdes af SFR for gynækologi/obstetrik).

Fødeplanudvalget skal for alle opgaver sikre, at de gravide i regionen tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje, og at der fastlægges et ensartet tilbud i graviditeten, ved fødslen og i barselsperioden.

### Delkommissorier for tre arbejdsgrupper

Til at forestå dele af arbejdet nedsættes tre arbejdsgrupper under fødeplanudvalget. Arbejdsgrupperne består af medlemmer fra fødeplanudvalget samt medlemmer fra Koncern Plan og Udvikling (KPU). Derudover kan der suppleres med særligt sagkyndige fra hospitaler, kommuner eller praksis. Et medlem fra fødeplanudvalget udpeges som tovholder for den enkelte arbejdsgruppe, og medlemmer fra KPU udpeges som sekretær.

I henhold til tidsplanen vil arbejdsgrupperne have tre måneder til arbejdet. Det er ikke forventeligt, at arbejdsgrupperne inden for denne tidsramme kan nå et færdigt resultat på alle områder. Derfor er opgaven for arbejdsgrupperne dels at overveje, hvilke opgaver de kan nå at løse indenfor tidsrammen og løse disse. Dels skal arbejdsgrupperne fastlægge en ramme med tidsplan for de opgaver, der ikke kan nå at blive løst, men som i stedet må fremstå som videre plantiltag i fødeplanen og henvises til et ad hoc udvalg under fødeplanudvalget.

Endelig skal alle tre arbejdsgrupper forholde sig til:

- kortlægning af nuværende serviceniveau og forskelle
- sikring af harmonisering
- anbefale nødvendige initiativer for udmøntningen af anbefalingerne
- kortlægge udviklingsmuligheder og
- estimere ressourcebehovet.

### **Arbejdsgruppe 1 - delkommissorium om samarbejdet mellem hospitaler, praksis og kommuner**

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen:

- skal der udarbejdes planer for samarbejdet for komplicerede graviditetsforløb
- skal der udarbejdes planer for samarbejdet i barselsperioden
- skal der udarbejdes retningslinjer for sammenhæng og kontinuitet i overgangen mellem hospitaler, praksis og kommuner
- skal der udfærdiges standarder for opfølgningssamtale ved udskrivning efter indlæggelse efter 1-2 døgn.

Arbejdsgruppens arbejde indgår som bidrag til den samlede fødeplan, men kan eventuelt også udarbejdes som selvstændige dokumenter, der kan indføres i sundhedsaftaleregion. I arbejdsgruppens arbejde skal indgå overvejelser om kommunikation via it. Endelig kan der eventuelt hentes inspiration i den aftaleskabelon, der er anvendt i Region Hovedstadens Psykiatri for samarbejdsaftaler mellem region og kommuner.

I arbejdsgruppe 1 deltager relevante medlemmer fra fødeplanudvalget, hospitalerne og fra KPU.

Arbejdsgruppe 1 sekretariatet betjenes af Enheden for Kommunesamarbejde og Enheden for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.

### **Arbejdsgruppe 2 - delkommissorium om kvalitetsudvikling, databaser og monitorering samt patientsikkerhed**

I henhold til anbefalingerne for svangreomsorgen:

- skal opgavefordelingen mellem region og kommuner for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed koordineres
- skal der sikres drift og videreudvikling af kliniske databaser
- skal genindlæggelsesfrekvensen af nyfødte monitoreres inden for 14 dage efter fødslen efter Den Danske KvalitetsModel

Herudover har fødeplanudvalget tilføjet

- perinatal audit
- brugerundersøgelser samt
- it-overvejelser.

I arbejdsgruppe 2 deltager relevante medlemmer fra fødeplanudvalget, hospitalerne og fra KPU.

Arbejdsgruppe 2 sekretariatetbetjenes af Enheden for Udvikling og Kvalitet og Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.

### **Arbejdsgruppe 3 - delkommissorium om harmonisering af serviceniveau**

Som led i anbefalingerne for svangreomsorgen ønsker Region Hovedstaden, at en arbejdsgruppe vurderer behovet for harmonisering og ensartet serviceniveau på tværs af regionen på blandt andet følgende områder:

- ambulante fødsler
- hjemmefødselsordninger
- konsultationer under graviditeten og ordninger med ”kendt” jordmoder samt
- fødselsforberedelse herunder for fremmedsprogede

Herudover har fødeplanudvalget tilføjet

- forebyggelsessamtaler (rygning m.v.).

I arbejdsgruppe 3 deltager relevante medlemmer fra fødeplanudvalget, hospitalerne og fra KPU.

Arbejdsgruppe 3 sekretariatetbetjenes af Enheden for Hospitals- og Psykiatriplanlægning.

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 8

Emne: Afrapportering fra kvalitetsudvalget vedrørende analyse af det  
ortopædkirurgiske område

1 bilag

Kvalitetsudvalget

# Analyse af det ortopædkirurgiske område

**REGION**

Afreportering til regionsrådet  
Maj 2010

## Indledning

Regionsrådet vedtog i februar 2010 følgende kommissorium for kvalitetsudvalget:

Kvalitetsudvalget starter – med udgangspunkt i oplæg om udkast til kvalitetspolitikken – med at drøfte kvantitet og kvalitet med fokus på det ortopædkirurgiske område.

Der foretages en analyse af aktiviteten indenfor det ortopædkirurgiske område, både i offentligt og privat regi.

Kvalitetsudvalget har drøftet ortopædkirurgi på tre møder med udgangspunkt i data for organisering og aktivitet på området i Region Hovedstaden.

I det følgende redegøres for organisering af de ortopædkirurgiske funktioner i Region Hovedstaden som følge af hospitalsplanen, herunder akutmodtagelser og skadestuer. Endvidere drøftes mulighederne for en mere rationel organisering af de ortopædkirurgiske funktioner og etablering af central visitation.

I bilag 1 ses oversigt over antal sengedage, ambulatoriebesøg og indlæggelser fordelt på regionens hospitaler, andre regioner samt privathospitaler.

I bilag 2 ses oversigt over skadestuebesøg på regionens skadestuer, fordelt over døgnet.

## Organisering af ortopædkirurgiske funktioner i Region Hovedstaden

Ortopædkirurgi er et stort grundspeciale, hvor der inden for specialet har udviklet sig en række ekspertområder. Specialet omfatter forebyggelse, undersøgelse og behandling af medfødte og erhvervede sygdomme i bevægeapparatet, såvel af traumatisk som af ikke-traumatisk art, hvor operative indgreb eller bandagering er et væsentligt led. Rehabilitering er en væsentlig del af ortopædkirurgi.

### Struktur og kapacitet ved regionsdannelsen

Ved regionens dannelse var der akut ortopædkirurgiske funktion på ti matrikler.

De akutte ortopædkirurgiske funktioner fordelte sig således:

- Amager Hospital med 40 senge
- Bispebjerg Hospital med 101 senge
- Hvidovre Hospital med 88 senge
- Glostrup Hospital med 60 senge
- Herlev Hospital med 54 senge
- Gentofte Hospital med 84 senge
- Frederikssund Hospital med 35 senge
- Hillerød Hospital med 50 senge
- Helsingør Hospital med 22 senge
- Bornholms Hospital
- Rigshospitalet med 69 senge

Derudover var der elektive ortopædkirurgiske funktioner på to matrikler:

- Hørsholm Hospital med 48 senge
- Frederiksberg Hospital med 29 senge

Samlet var der primo 2007 en normeret ortopædkirurgisk sengekapacitet på hovedfunktionsniveau på ca. 610 senge (ekskl. Rigshospitalet og Bornholms Hospital).

### Udviklingstendenser

Generelt har der gennem flere år været en markant stigning i efterspørgsel efter ortopædkirurgiske ydelser. Befolkningsudviklingen med stadig flere ældre betyder, at der må forventes en fortsat stigning i antallet af patienter med knoglebrud, især i hofteregion, håndled, ryg og skuldre samt øget behov for kunstige led.

### Sammenhæng til andre specialer

Ortopædkirurgien har et tæt samarbejde med følgende specialer på hovedfunktionsniveau: Anæstesi, radiologi, intensiv, kardiologi, kirurgi og fys- og ergoterapi. Specialfunktioner kræver yderligere forskellige samarbejdspartnere afhængig af hvilken specialfunktion, der er tale om.

### **Fremtidig struktur efter hospitalsplanen**

Der skal efter hospitalsplanen være fire akutte afdelinger i regionen på hovedfunktionsniveau samt én afdeling, der kun varetager opgaver på specialfunktionsniveau placeret på:

- Hillerød Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Nord
- Herlev Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Midt
- Hvidovre Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Syd
- Bispebjerg Hospital, der varetager specialet for planlægningsområde Byen
- Rigshospitalet, der kun varetager specialfunktioner

Den fremtidige struktur medfører, at de akutte ortopædkirurgiske funktioner samles på ovenstående hospitaler og dermed flyttes fra Frederikssund Hospital, Helsingør Hospital, Gentofte Hospital, Glostrup Hospital og Amager Hospital. Der skal efter planen varetages elektive ortopædkirurgiske funktioner på:

- Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital, hvor funktionen på lægesiden knyttes til Hillerød Hospital
- Gentofte Hospital, hvor funktionen på lægesiden knyttes til Herlev Hospital
- Amager Hospital og Glostrup Hospital, hvor funktionen på lægesiden knyttes til Hvidovre Hospital
- Frederiksberg Hospital, hvor funktionen på lægesiden knyttes til Bispebjerg Hospital

Den fremtidige struktur medfører, at den elektive ortopædkirurgiske funktion på Hørsholm Hospital flyttes til Helsingør Hospital. De eksisterende idrættsklinikker bevares. En række specialfunktioner fordeles på hospitalerne med hovedfunktionsniveau. De akutte afdelinger vil også varetage elektiv kirurgi.

### **Status**

Der er aktuelt akut ortopædkirurgisk hovedfunktion på 7 matrikler. De akutte ortopædkirurgiske hovedfunktioner fordeler sig aktuelt således:

- Bispebjerg Hospital med 107 senge
- Hvidovre Hospital med 116 senge
- Glostrup Hospital med 36 senge (udfunktion fra Hvidovre Hospital)
- Herlev Hospital med 71 senge
- Hillerød Hospital med 46 senge
- Helsingør Hospital med 22 senge (udfunktion fra Hillerød Hospital)
- Bornholms Hospital med 16 senge

Hertil kommer specialfunktionerne på Rigshospitalet.

Derudover er der aktuelt elektive ortopædkirurgiske funktioner på 5 matrikler:

- Amager Hospital med 6 senge (udfunktion fra Hvidovre Hospital)
- Gentofte Hospital med 28 senge (samarbejdsfunktion med Herlev Hospital)
- Hørsholm Hospital med 31 senge (udfunktion fra Hillerød Hospital)
- Frederikssund Hospital med 35 senge (udfunktion fra Hillerød Hospital)
- Frederiksberg Hospital med 33 senge

Pr. 1. marts er der sket en omlægning og lukning af akutfunktionen på Frederikssund Hospital, som herefter kun varetager elektiv ortopædkirurgi. Den akutte ortopædkirurgi fra hospitalets optageområde visiteres herefter til Hillerød Hospital. Samlet er der aktuelt ca. 550 ortopædkirurgiske senge (ekskl. Rigshospitalet). Pr. 1. juni 2010 hjemtager Hvidovre Hospital, den ortopædkirurgiske sengeafdeling på Amager Hospital. Sengene fra Amager fordeles mellem henholdsvis Glostrup og Hvidovre Hospital. På Amager Hospital vil der herefter udelukkende være samme dagskirurgi.

#### **Akutmodtagelser og skadestuer**

I hospitalsplanen er fastlagt en opbygning med én fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau i hvert af de fire planlægningsområder placeret på de fire områdehospitaler:

- Hillerød Hospital
- Herlev Hospital
- Hvidovre Hospital og
- Bispebjerg Hospital

På nærhospitalerne vil der være døgnåbne skadestuer for selvhenvendende for at sikre, at borgerne ved akut opståede mindre skader, der ikke behandles hos praktiserende læger eller lægevagt, fortsat har et tilbud om behandling i rimelig nærhed. Disse integreres i den medicinske modtagefunktion på følgende hospitaler:

- Helsingør Hospital (overgår til medicinsk modtagerfunktion medio 2010)
- Frederikssund Hospital (medicinsk modtagerfunktion)
- Gentofte Hospital (medicinsk modtagerfunktion)
- Glostrup Hospital (overgår til medicinsk modtagerfunktion på et endnu ikke fastlagt tidspunkt)
- Amager Hospital (medicinsk modtagerfunktion)
- Frederiksberg Hospital (medicinsk modtagerfunktion)

Bornholms Hospital indtager en særstatus pga. de særlige geografiske forhold og vil uændret have akutmodtagelse.

Den nye organisering af akutområdet indebærer, at:

- De nuværende skadestuer på hospitaler med hovedfunktion integreres i de fælles akutmodtagelser

- De nuværende skadestuer på nærhospitalerne reorganiseres og bemannes med læger fra de medicinske afdelinger
- Hospitaler med fælles akutmodtagelser vil modtage flere akutte patienter, hvoraf nogle skal indlægges
- Regionens nærhospitaler vil modtage færre akutte patienter.

## Fokus for udvalgets drøftelser

I forlængelse af status for den aktuelle organisering af ortopædkirurgien og hospitalernes akutfunktioner i regionen har udvalget valgt at fokusere på følgende temaer:

- En rationel organisering af ortopædkirurgien
- Etablering af central visitation

## En rationel organisering af ortopædkirurgien

Indledningsvis skal det bemærkes at den fremtidige struktur for ortopædkirurgien som er fastlagt i hospitalsplanen, med akut ortopædkirurgi på områdehospitalerne, Bornholms Hospital og Rigshospitalet (specialfunktioner), samt elektive funktioner på nærhospitalerne grundlæggende vurderes at være rationel. Det vurderes især at den vil medvirke til at sikre et fornuftigt volumen til akutfunktionerne, der får et patientunderlag der kan sikre en høj kvalitet i behandlingen og gode muligheder for bl.a. udvikling forskning og rekruttering.

På den baggrund vurderes det især, at en rationel organisering af ortopædkirurgien i de kommende år vil handle om at sikre den fortsatte implementering af hospitalsplanen og de udestående omlægninger. Det handler især om den endelige samling af akutfunktionerne, samt om en reduktion i antallet af matrikler med elektive funktioner.

Samlingen af akutfunktioner udestår i planlægningsområde Nord og Syd. Begge steder beror den udestående samling af funktioner på aktuelle begrænsninger i de fysiske rammer på områdehospitalerne i Hillerød og Hvidovre.

I relation til reduktion i antallet af matrikler med elektive funktioner har udvalgets drøftelser fokuseret på mulighederne for at afvikle funktionerne på Hørsholm Hospital, som vurderes for den mest realistiske omlægning inden for en kortere tidshorisont.

Hørsholm Hospital er organisatorisk en del af Hillerød Hospital og de ortopædkirurgiske afsnit en del af Ortopædkirurgisk Afdeling i Hillerød. Al ortopædkirurgi i planlægningsområde Nord tilrettelægges således fra Ortopædkirurgisk Afdeling på Hillerød Hospital og er tilpasset det nuværende mix at akutte og elektive ortopædkirurgiske behandlinger på hospitalerne i Hillerød, Frederikssund, Helsingør og Hørsholm.

Aktiviteten på de ortopædkirurgiske afsnit på Hørsholm Hospital er især på hofte, knæ og rygområdet. Der er et tæt samarbejde mellem ortopædkirurger og reumatologerne om især rygbehandlinger. I 2009 var der i ortopædkirurgien på Hørsholm Hospital en aktivitet på ca. 1.500 operationer, 6.500 sengedage (svarende til ca. 20 senge belagt 85 %) og godt 35.000 ambulante besøg inkl. besøg i Reumatologisk klinik og fysio- og ergoterapien. Udover ortopædkirurgien og reumatologien er der en mindre kirurgisk funktion med brokoperationer.

Ca. 75 % af aktiviteten på Hørsholm Hospital (både opgjort i operationer og i sengedage) er for borgere i planlægningsområde Nord, mens den resterende aktivitet hovedsagligt er for borgere i planlægningsområde Midt.

Skulle det besluttes at afvikle funktionerne på Hørsholm Hospital vil en fordeling af aktiviteten i overensstemmelse med hospitalsplanens optageområde således betyde at ca. 75 % af aktiviteten flyttes til Hillerød Hospital eller et af de to nærhospitaler i planlægningsområde Nord, mens ca. 25 % af aktiviteten skulle flytte til Herlev Hospital eller den elektive samarbejdsfunktion på Gentofte Hospital.

Det vurderes umiddelbart, at det vil være muligt at udvide den ortopædkirurgiske behandlingskapacitet på Hillerød Hospital med 16 senge ved en mindre intern rokade.

Reumatologien vurderes det muligt at flytte til Helsingør Hospital, således som det også er intentionen i hospitalsplanen. Aktiviteten i Brokklinikken er relativ lav, og det forventes, at den kan flyttes til Hillerød Hospital.

Det vurderes, at de skitserede omlægninger vil forudsætte anlægsbevillinger, hvis omfang pt. er uafklaret.

Der kan dog også tænkes andre scenarier som evt. ikke vil forudsætte anlægsbevillinger og som derfor bør overvejes og undersøges. Det kunne være at flyttet hovedparten af den ortopædkirurgiske aktivitet til Gentofte Hospital og aktiviteten på rygområdet til Glostrup Hospital (hvor Videnscenter for Rygsygdom er under etablering). I givet fald kan der blive behov for at justere optageområderne for den planlagte ortopædkirurgi ligesom der evt. er et opmærksomhedspunkt ifht. vagtdækningen på Hillerød Hospital som skal udredes.

Samtidig vurderes det, at en flytning af alle funktioner fra Hørsholm Hospital vil indeholde et endnu ikke opgjort rationaliseringspotentiale, ligesom det vil frigøre matriklen til andre formål eller evt. frasalg.

Udvalget anbefaler, at administrationen anmodes om at udrede mulighederne for og de økonomiske konsekvenser af flytning af funktionerne på Hørsholm Hospital. Udredningen tager afsæt i et scenarie, hvor ortopædkirurgien og kirurgien som udgangspunkt flyttes til Hillerød Hospital, rygkirurgien til Glostrup Hospital og reumatologi til Helsingør Hospital.

## Etablering af Central Visitation

På baggrund af et generelt behov – bl.a. fremført af praksissektoren – for at gøre henvisning til undersøgelse og behandling simple, hurtigere og mere sikre for patienterne, er der nedsat en administrativ arbejdsgruppe med den opgave at beskrive forudsætningerne for oprettelsen af centrale visitationsenheder, såkaldte CVI'er.

Arbejdet er igangsat med inspiration fra den eksisterende CVI for planområde Nord. Overvejelserne går på at etablere yderligere 3 CVI'er på hhv. Herlev, Hvidovre og Bispebjerg Hospitaler. Der forventes i sommeren 2010 at foreligge et administrativt oplæg til etablering af tre nye CVI'er, der så forventes at kunne etableres fra primo 2011.

Den centrale visitations hovedformål er at optimere logistikken omkring henvisningsforløb. Det sker ved at lægerne i praksissektoren ikke behøver at bruge tid på at finde den for patienten relevante hospitalsafdeling. Praksislægerne skal blot sende henvisningerne til CVI'erne, der så står for videreformidling og håndtering af en række praktiske opgaver forbundet med henvisningerne. CVI'erne forventes, som den eksisterende CVI i Hillerød, at blive bemanded med erfarne lægesekretærer med lægefaglig back-up. Generelt forventes kvaliteten af indlæggelsen løftet, grundet øget sikkerhed for hurtig og korrekt visitation.

Det er tanken, at alle henvisninger fra praksissektoren – både akutte og elektive - som udgangspunkt skal ske til den CVI, hvis planområde patienten bor i. Akutte patienter vil typisk blive henvist i et samarbejde med aktørerne på akutområdet, for eksempel Vagtcentral og ambulancetjenester. Bornholm Hospital forventes af geografiske grunde ikke omfattet, ligesom det er vurderingen at psykiatrien ikke umiddelbart bør omfattes af CVI.

Det er ikke i sig selv et hovedformål med etableringen af CVI at skabe muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse. Det forventes dog, at CVI'erne vil kunne skabe muligheder for en bedre kapacitetsudnyttelse, idet der via CVI'ernes arbejde antages at blive bedre overblik over konkret ledig kapacitet.

Dette overblik skal suppleres med den viden om kapacitet, som findes i Region Hovedstadens Informations- og Rådgivningsenhed (IRE). IRE har blandt andet til opgave at informere patienter om mulighederne for behandling på private hospitaler/klinikker samt behandlingstilbud udenfor Region Hovedstaden, herunder i udlandet. Endvidere er enheden involveret i

at koordinere arbejdet omkring patienters brug af frit valg og udvidet frit valg. Som en konsekvens af disse opgaver har enheden et godt overblik over behandlingskapaciteten på regionens hospitaler. Der bør derfor tænkes i løsninger, der kombinerer CVI'ernes og IRE's viden - gennem et tæt samarbejde – for at få det bedst mulige overblik over ledig kapacitet på hospitalerne og dermed en optimeret kapacitetsudnyttelse.

Udvalget anbefaler at administrationen anmodes om at fortsætte arbejdet med at udrede forudsætningerne for etablering af Centrale Visitationsenheder på områdehospitalerne. Omkring elektive patienter skal der sikres en samlet regional koordinering.

## Skadestuer

Udvalget har endvidere drøftet skadestueområdet, og der vedlægges aktivitetsdata for de enkelte skadestuer (bilag 2).

Udvalget anbefaler, at administrationen igangsætter analyser af konsekvenserne ved at lukke skadestuerne på nærhospitalerne om natten/i weekenden.

## Bilag 1

## Kapacitet og status år 2009

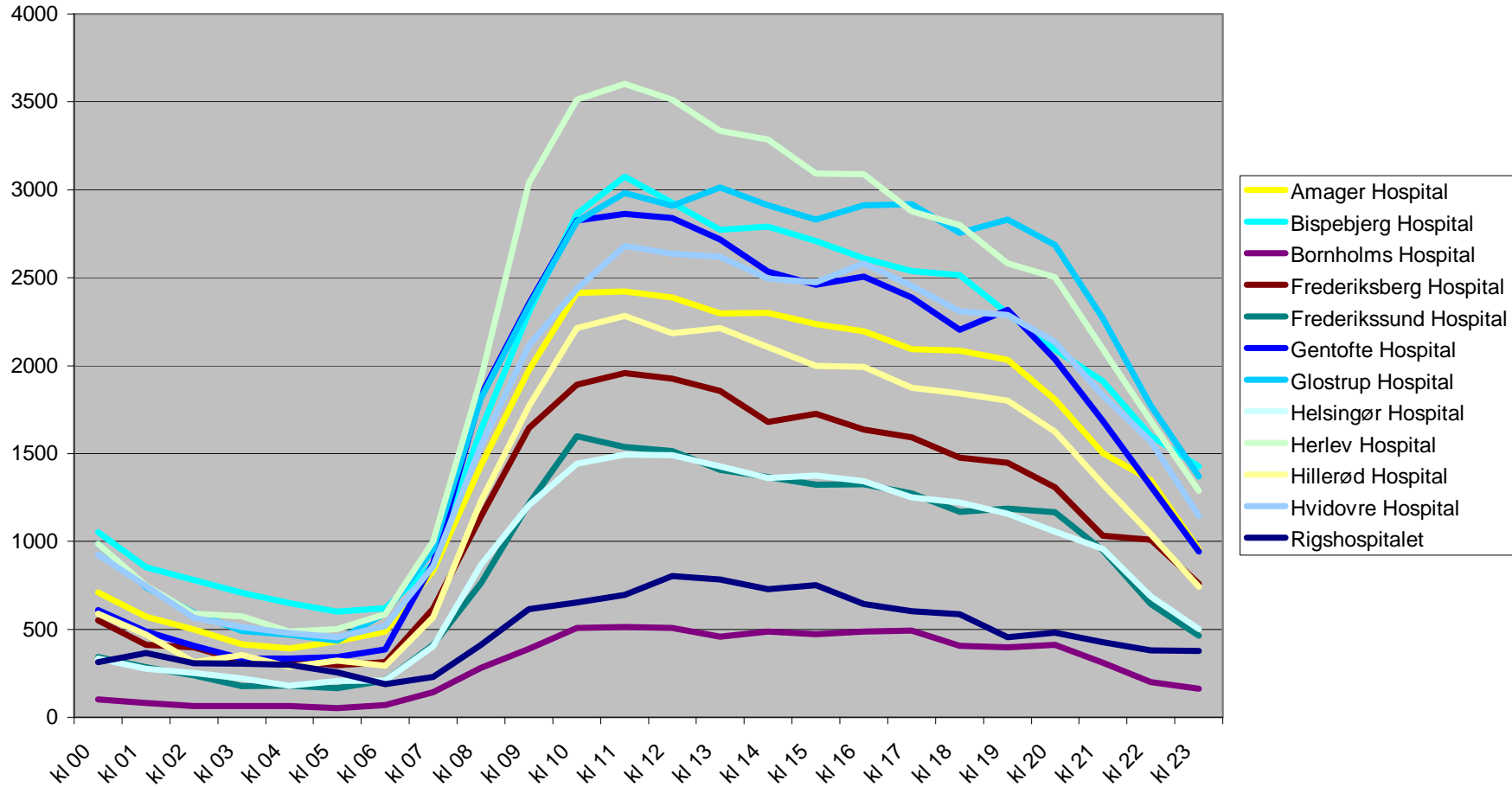
	Amager Hospital	Bispebjerg Hospital	Bornholms Hospital	Frederiksberg Hospital	Frederikssund Hospital	Gentofte Hospital	Glostrup Hospital	Helsingør Hospital	Herlev Hospital	Hillerød Hospital	Hørsholm Hospital	Hvidovre Hospital	Hovedstaden i alt	Region Sjælland	Heraf borgere fra region Sjælland	Egne borgere i andre regioner	Egne borgere på private hospitaler
Sengedage - akutte	300	22.512	754	579	4.300	1.395	10.612	9.559	4.030	18.902	483	14.064	87.490	2.606	1.955	6	
Sengedage - elektiv	1.559	5.770	308	9.597	1.721	3.916	2.678	1.265	3.969	2.634	5.810	6.143	45.370	5.022	730	2.506	
Ambulante besøg	17.402	28.410	3.462	30.097	12.725	31.337	20.238	5.936	27.652	23.306	19.673	35.392	255.630	14.451	3.602	7.389	
Indlæggelser - akutte	79	3.136	127	60	898	417	2.106	1.557	827	3.424	74	2.959	15.664	513	854	3	
Indlæggelser - elektive	463	2.186	56	3.010	1.095	1.174	604	447	1.765	1.044	1.693	1.367	14.904	1.451	216	1.517	

## Bilag 2

### Skadestuebesøg på Region H hospitaler, fordelt på indlæggelsestidspunkt – år 2009

Time	Amager Hospital	Bispebjerg Hospital	Bornholms Hospital	Frederiksberg Hospital	Frederikssund Hospital	Gentofte Hospital	Glostrup Hospital	Helsingør Hospital	Herlev Hospital	Hillerød Hospital	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Hovedtotal
0	710	1.053	102	551	342	610	987	333	987	588	925	312	7.500
1	570	853	80	411	284	487	741	276	749	470	746	365	6.032
2	499	780	65	398	237	406	595	251	588	313	567	307	5.006
3	414	709	64	318	178	334	490	221	575	355	513	306	4.477
4	392	650	63	325	181	333	471	181	488	287	479	299	4.149
5	433	601	52	295	164	343	435	207	502	323	454	254	4.063
6	487	620	70	313	209	386	593	210	587	292	519	189	4.475
7	833	874	141	618	413	875	955	402	1.002	569	858	229	7.769
8	1.433	1.637	281	1.142	762	1.833	1.815	868	1.929	1.230	1.546	411	14.887
9	1.975	2.304	389	1.646	1.214	2.351	2.337	1.208	3.039	1.769	2.115	615	20.962
10	2.412	2.862	509	1.890	1.597	2.826	2.818	1.441	3.512	2.214	2.437	653	25.171
11	2.422	3.075	512	1.959	1.538	2.864	2.981	1.494	3.603	2.283	2.679	695	26.105
12	2.388	2.927	509	1.927	1.513	2.839	2.910	1.491	3.514	2.184	2.637	804	25.643
13	2.298	2.773	459	1.856	1.407	2.718	3.015	1.428	3.337	2.214	2.620	782	24.907
14	2.299	2.790	488	1.680	1.366	2.534	2.913	1.361	3.287	2.107	2.494	728	24.047
15	2.236	2.709	472	1.726	1.322	2.459	2.830	1.376	3.091	1.999	2.475	750	23.445
16	2.197	2.612	487	1.636	1.326	2.506	2.912	1.343	3.090	1.993	2.583	643	23.328
17	2.095	2.538	493	1.593	1.273	2.387	2.918	1.249	2.877	1.875	2.455	604	22.357
18	2.087	2.516	407	1.475	1.168	2.204	2.756	1.221	2.800	1.841	2.308	585	21.368
19	2.032	2.297	397	1.448	1.185	2.317	2.831	1.156	2.583	1.801	2.290	454	20.791
20	1.807	2.092	412	1.307	1.167	2.037	2.685	1.055	2.504	1.623	2.136	481	19.306
21	1.502	1.912	309	1.033	949	1.684	2.269	956	2.095	1.327	1.829	425	16.290
22	1.348	1.601	201	1.008	644	1.314	1.772	687	1.685	1.040	1.570	379	13.249
23	955	1.426	161	761	465	942	1.370	503	1.288	743	1.145	377	10.136
<b>Total</b>	<b>35.824</b>	<b>44.211</b>	<b>7.123</b>	<b>27.316</b>	<b>20.904</b>	<b>39.589</b>	<b>46.399</b>	<b>20.918</b>	<b>49.712</b>	<b>31.440</b>	<b>40.380</b>	<b>11.647</b>	<b>375.463</b>

Skadestuebesøg 2009, antal og fordelt over døgnet  
matrikler



Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 9

Emne: Udbygning og modernisering af de fysiske rammer på en række  
psykiatriske centre

2 bilag


**NOTAT**

**Telefon** 45 11 20 00  
**Direkte** 45 11 20 57  
**Fax** 45 11 20 07  
**Mail** psykiatri@psv.regionh.dk  
**Web** www.psykiatri-regionh.dk

Ref.: Anne Lund Jensen

Dato: 3. februar 2010

**Ansøgning om midler til udbygning og modernisering af de fysiske rammer i psykiatrien**
**Puljen til udbygning af enestuer**

På opfordring fra Ministeriet for sundhed og forebyggelse ansøger Region Hovedstadens Psykiatri om 30,2 mio. kr. af den samlede pulje på 75 mio. kr. til etablering og/eller modernisering af enestuer. Der er tidligere fremsendt ansøgning vedr. modernisering af eksisterende enestuer. Denne ansøgning vedrører omdannelse af flersengsstuer til enestuer på seks af regionens almenpsykiatriske centre.

Inden for det sidste år er der igangsat adskillige større anlægsprojekter, der sikrer en markant reduktion i antallet af flersengsstuer. Indsatsen sker på forskellige fronter bl.a. som led i Region Hovedstadens Budget 2010, hvor der er afsat 105 mio. kr. til en ombygning af Psykiatrisk Center Ballerup, som vil medføre at samtlige flersengsstuer nedlægges. Desuden er der sket en reduktion i antallet af flersengsstuer på Psykiatrisk Center Sct. Hans. På sigt vil endeligt tilsagn fra regeringens kvalitetsfond sikre enestuer til alle patienter indlagt på Psykiatrisk Center Sct. Hans og Psykiatrisk Center København. Samtidig medfører bevillingen fra den forrige pulje til ombygning og modernisering af de fysiske rammer i psykiatrien, at Psykiatrisk Center Hvidovre nu kan gå i gang med et stort projekt, der sikrer enestuer til alle patienter.

De projekter, som indgår i denne ansøgning, er en række mindre projekter, som tilsammen vil sikre yderligere 46 patienter enestuer. Der er tale om projekter, som ikke er gennemført, fordi de er logistisk komplicerede, og fordi de hver især repræsenterer et mindre antal enestuer. Flere steder er det nødvendigt med rokader og tilbygninger på centrene for at sikre den optimale udnyttelse af de fysiske rammer samt at ombygningen ikke påvirker andre faciliteter negativt. Men set som et samlet projekt, som der her er mulighed for, vil det være muligt at tilbyde mange patienterne moderne og tidsvarende enestuer og fællesrum for et rimeligt beløb.

Oversigten nedenfor viser hvordan midlerne ønskes fordelt mellem de seks centre.

<b>Delprojekter</b>	<b>Ansøgt beløb</b>
1. 8 enestuer på Psykiatrisk Center Gentofte	4,43 mio. kr.
2. 16 enestuer på Psykiatrisk Center Glostrup	10,40 mio. kr.
3. 4 enestuer på Psykiatrisk Center Nordsjælland	3,19 mio. kr.
4. 12 enestuer i børne- og ungdomspsykiatrien	9,50 mio. kr.
5. 6 enestuer på Psykiatrisk Center København	2,68 mio. kr.
<b>Total</b>	<b>30,20 mio. kr.</b>

Gennemførelsen af det samlede projekt med etablering af 46 enestuer medfører, at andelen af sengepladser på flersengsstuer i psykiatrien reduceres fra 14,5 % til 11%. Det betyder, at efter de gennemførte ombygninger af psykiatriens sengemasse vil denne bestå af ca. 90% enestuer. Projekterne betyder samtidig, at samtlige børn og unge indlagt på psykiatriske sengeafsnit i Region Hovedstaden kan indlægges på enestuer. Derudover kommer, at de to voksenpsykiatriske centre Nordsjælland og Glostrup ligeledes vil kunne tilbyde alle deres patienter indlæggelse på enestuer.

Set i sammenhæng med de tidligere nævnte projekter betyder det, at der – med disse projekter – er konkrete planer for nedlæggelse af stort set samtlige flersengsstuer i Region Hovedstadens Psykiatri.

## **Baggrund**

Behovet for modernisering af patientforholdene på de seks centre, herunder særligt nedlæggelse af flersengsstuer, er presserende, idet indlæggelse på enestuer er centralt i sikringen af et godt patientforløb og herunder høj kvalitet i behandlingen.

Fordelene ved enestuer er mangestregede. De har effekter på både patientsikkerhed, patienttilfredshed og kvaliteten i behandlingen.

I forhold til patientsikkerhed kan etablering af enestuer forebygge antallet af utilsigtede hændelser. Samtidig forbedres hygiejnen, hvilket særlig er af betydning på regionens ældrepsykiatriske afsnit, hvor patienterne oftere er inkontinente. Adgang til eget toilet og bad vil i højere grad kunne fremme hygiejnen, men det skal påpeges, at det ikke på alle centre er muligt at etablere adgang til eget bad og toilet på alle patientstuer. Dette skyldes begrænsninger i de fysiske rammer.

Patienttilfredsheden kan fremmes ved at risikoen for misforståelser og brist i kommunikation kan mindskes, da dialogen mellem patient og personale kan tages direkte på patientstuen uden hensyn til diskretion. Samtidig kan kontakten mellem patienter og pårørende blive mere tryk og hjemlig. Dette gælder alle patienter, men er særlig centralt i behandlingen af børn og unge, hvor familien udgør et ekstra vigtigt element i behandlingsforløbet.

Udover de nævnte forhold kan etableringen af enestuer generelt være med til at fremme patienternes helbredelsesproces ved at støjniveauet kan reduceres. Dette er særligt relevant på regionens lukkede sengeafsnit, hvor enestuerne kan fungere som skærmning af både udadreagerende og skrøbelige patienter, så patienterne kan sikres den nødvendige ro og plads i svære situationer.

I arbejdet med nedlæggelse af flersengsstuer er interne rokader, eksempelvis flytning af funktioner eller hele sengeafsnit, nødvendige for at bevare det eksisterende antal sengepladser det enkelte afsnit, ligesom det er vigtigt at bevare fællesrum, grupperum, mv..

### **Delprojekt 1. Psykiatrisk Center Gentofte**

Med projektet kan der nedlægges 4 to-sengsstuer på centrets ene lukkede sengeafsnit, der i dag består af 4 to-sengsstuer og 4 enestuer. Dette er muligt ved at flytte funktioner mellem afsnittene. Projektet vil tillige omfatte en forbedring af bad- og toiletforhold mv..

Der søges om 4,4 mio. kr. til dette projekt.

#### **Etableringsudgifter**

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Etablering af 8 enestuer ved ombygning af aktivitetsrum, flytning af funktioner og forbedring af bad- og toiletforhold	4.429.000,-

### **Delprojekt 2. Psykiatrisk Center Glostrup**

Projektet på Psykiatrisk Center Glostrup omfatter nedlæggelse af samtlige af centrets 8 flersengsstuer. Centrets flersengsstuer ligger spredt på fem forskellige afsnit. Derfor indeholder projektet både tilbygninger til tre sengeafsnit og en flytning af funktioner internt på centret.

Udover sikring af enestuer til patienterne muliggør tilbygningerne, at Arbejdstilsynets krav om bedre adgang til kontorfaciliteter og aftrædelsesrum for centrets personale kan imødekommes. I det forudgående arbejde med at imødekomme Arbejdstilsynets krav var man på centret nået til den konklusion, at man var nødt til at omdanne nogle enestuer til flersengsstuer. Dette ville naturligvis være en nødløsning, og med dette projekt vil det være muligt at forbedre personalets arbejdsforhold samtidig med patientforholdene forbedres.

3 af centrets eksisterende flersengsstuer ligger i modtagelsen og det tilknyttede lukkede sengeafsnit. Det er meget uhensigtsmæssigt i betragtning af, at der er tale om patienter i en akut fase, hvor ro og mulighed for at være alene med pårørende eller personale er vigtigt. Nedlæggelsen af disse flersengsstuer forudsætter en større ændring af modtageforholdene, som til gengæld også vil løse flere andre problemer i den nuvæ-

rende indretning. Der vil ske en sammentækning af modtagelsen af patienter til både børne- og ungepsykiatrien samt voksenpsykiatrien, hvor der – jfr. Sundhedstyrelsens anbefalinger - er adskilte adgangsforhold og lokaler til de forskellige patientgrupper. Samtidig etableres der særskilt indgang til politi og redningskorps af hensyn til patientsikkerheden.

Tabellen nedenfor viser fordelingen af udgifter til de beskrevne forslag til ændringer i centrets fysiske rammer.

#### **Etableringsudgifter**

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
1. Tilbygninger	7.500.000,-
2. Ombygning af modtageforhold	2.903.000,-
<b>Total</b>	<b>10.403.000,-</b>

### **Delprojekt 3. Psykiatrisk Center Nordsjælland**

Dette projekt indebærer en flytning og ombygning af akutmodtagelsen, som rummer centrets eneste flersengsstuer.

Forslaget omfatter desuden en mindre ombygning af centrets ældrepsykiatriske senge-afsnit således at patienterne får adgang til eget bad- og toilet fra stuen. Som nævnt er nem adgang til toilet central for reduktionen af utilsigtede hændelser som fald samt reduktion i risiko for infektioner mv.

Der søges om ca. 3,2 mio. kr. til dette projekt og fordelingen af udgifterne fremgår af tabellen nedenfor.

#### **Etableringsudgifter**

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Omdannelse af 2 to-sengsstuer til 4 enestuer	3.193.000,-

### **Delprojekt 4. Børne- og ungdomspsykiatrien (2 matrikler)**

Samlet betyder projektet omdannelse af 2 to-sengsstuer til 4 enestuer på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg og omdannelse af 4 to-sengsstuer til 8 enestuer på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. Med projektet etableres der samlet set 12 enestuer, hvilket gør, at der fremover kun er enestuer i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Der vil være tale om et stort kvalitetsmæssigt løft. Udviklingen i behandlingstilbuddet til denne patientgruppe omfatter en langt højere grad af familieinddragelse og medfører, at der på afsnittene i perioder er overnattende forældre, hvilket gør de eksisterende pladsforhold ekstra belastede og behovet for enestuer stort.

### ***Renovering af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjergs specialafsnit for patienter med spiseforstyrrelser B102***

Specialafsnittets fysiske rammer er utidssvarende, der mangler bl.a. enestuer og der er kun 1 bad til 8-9 patienter. Patienterne på dette afsnit er piger og drenge i 7-17 års alderen.

Specialafsnit for spiseforstyrrelser er et højt specialiseret afsnit. Patienterne er svært syge og har alle helt specielle problemer omkring vægt og kropsopfattelse. De er i forskellige faser af deres sygdomsforløb, flere har fast vagt, og erfaringsmæssigt aflærer patienterne uhensigtsmæssig adfærd af hinanden. Det er derfor ud fra både et fagligt og etisk synspunkt centralt, at alle anoreksipatienter har enestuer med eget bad og toilet.

De svært syge patienter har i perioder brug for behandling i særligt beskyttede omgivelser på grund af selvmordsfare eller hallucinationer og voldsom, destruktiv adfærd. De overflyttes da til alment lukket afsnit, hvilket er uhensigtsmæssigt i forhold til den specialiserede anoreksibehandling. Det indgår derfor i projektet, at der i forbindelse med ombygning af B102 etableres et skærmet område.

Etableringen af i alt 4 nye enestuer (en i skærmet område) samt etablering af bad og toilet på eksisterende stuer er estimeret til 5,2 mio. kr.

### ***Etablering af enestuer på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup***

Gennemførelsen af dette projekt vil sikre, at centrets fire to-sengsstuer kan omdannes til 8 enestuer. En omdannelse af sengemassen indebærer at afsnittets fællesarealer indtages. Derfor indeholder projektet etablering af en 100 kvadratmeter stor tilbygning, der skal indeholde køkken/spisestue, opholdsrum, tv-stue og handicaptoilet med brus. På denne måde fastholdes adgangen til fællesarealer, der er ligeså central i behandlingen som enestuerne.

Projektet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup vil koste ca. 4,3 mio. kr.

Tabellen nedenfor viser fordelingen af udgifterne til de to projekter i børne- og ungdomspsykiatrien.

#### **Etableringsudgifter**

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg	5.150.000,-
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup	4.347.000,-
<b>Total</b>	<b>9.497.000,-</b>

### **Delprojekt 5. Psykiatrisk Center København**

Centrets ældrepsykiatriske sengeafsnit består af 12 senge, hvoraf 6 er på to-sengsstuer. Afsnittet har desuden kun to toiletter til de 12 senge, hvilket ikke er tilstrækkeligt.

Dette særligt fordi afsnittets patienter ofte demente ældre patienter er særligt plejekrævende i forhold til hygiejne. Afsnittet kan i tilfælde af eksempelvis multiresistente bakterier hos en patient heller ikke isolere denne på egen stue med bad- og toilet. Disse problemstillinger er et tilbagevendende punkt på afsnittets APV og derfor centralt at få rettet op på.

Med projektet er ønsket at få etableret tre nye sengestuer og tre nye toiletter og bad på afsnittet.

#### **Etableringsudgifter**

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Ombygning af sengestuer og forbedring af bad- og toiletforhold	2.678.000,-



## NOTAT

**Telefon** 45 11 20 00  
**Direkte** 45 11 20 57  
**Fax** 45 11 20 07  
**Mail** psykiatri@psv.regionh.dk  
**Web** www.psykiatri-regionh.dk

Ref. Anne Lund Jensen

Dato: 19. januar 2010

## Ansøgning om midler til udbygning og modernisering af de fysiske rammer i psykiatrien

### Puljen til modernisering af enestuer

På opfordring fra Ministeriet for sundhed og forebyggelse ansøger Region Hovedstadens Psykiatri om 6,2 mio. kr. af det samlede beløb på 15 mio. kr. til modernisering af enestuer af puljen på 75 mio. kr. til enestuer. Puljen søges til renovering af badeværelser på lukkede sengeafsnit ud fra et sikkerhedshensyn. Idet Region Hovedstaden har fået udsat fristen for ansøgning til etablering af enestuer omhandler denne ansøgning udelukkende modernisering af eksisterende enestuer.

Der søges om midler til modernisering af de eksisterende enestuers badeværelser med henblik på at mindske risikoen for at indlagte patienter begår selvmord. Dette bl.a. ved at forbedre personalets mulighed for at skaffe sig adgang til låste badeværelser. Region Hovedstadens Psykiatri arbejder i andet regi med at sikre de fysiske rammer i relation til patienter, der forsøger at skære sig og dette projektet vil understøtte regionens igangværende patientsikkerhedsarbejde.

Projekt	Ansøgt beløb
Bedre patientsikkerhed – modernisering af badeværelser	6,2 mio. kr.
<b>Total</b>	<b>6,2 mio. kr.</b>

Det ansøgte beløb muliggøre at alle badeværelser på lukkede sengeafsnit i Region Hovedstadens Psykiatri vil kunne sikres. Bevæggrunden for at starte med de lukkede afsnit er at det er her risikoen for selvmordshandlinger er størst. Samlet set betyder projektet at risikoen for, at de 350 patienter der i dag er indlagt på lukkede afsnit begår selvmord mindskes.

### Baggrund

Baggrunden for denne ansøgning er et generelt stort behov for modernisering af de psykiatriske centres fysiske rammer særligt patienternes toilet- og bade forhold. Indsatsen er målrettet badeværelser, da det ofte er her patienter forsøger selvmord.

Moderniseringen af de eksisterende enestuer er et vigtigt element i skærpelsen af patient- og personalesikkerheden på regionens psykiatriske centre. Patientsikkerhedsmæssigt ved at risikoen for utilsigtede hændelser mindskes. I regi af Region Hovedstaden Psykiatri er der hvert år et betragteligt antal selvmord og selvmordsforsøg. Samtidig fjernes muligheden for at patienter i affekt forsøger selvmord.

I forhold til personalet har moderniseringen af enestuerne den betydning at arbejdsforholdene bliver bedre. Dette ved at personalets mulighed for at afværge utilsigtede hændelser som selvmordsforsøg bliver bedre, eksempelvis ved at låse på patientbadeværelser udskiftes så personalet kan få adgang til låste badeværelser.

### **Projekt 'Bedre patientsikkerhed – modernisering af badeværelser'**

En stor del af Region Hovedstadens Psykiatris toilet- og badefaciliteter for indlagte patienter er ikke tidssvarende. Set ud fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv er der en række forhold, der kompromitterer sikkerheden for patienterne – særligt er risikoen for at patienterne forsøger selvmord på toilet og badeværelser stor. Foreløbige tal fra Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD) indikerer, at ca. 1/3 af de selvmordshandlinger, der blev begået på sengeafsnittene i 2009 fandt sted på toilet eller badeværelser.

Metoderne anvendt i selvmordshandlingerne er varierende, men en analyse af hændelsesbeskrivelserne viser, at tre forhold er særligt fremtrædende:

- Patienterne låser sig inde på toilet eller badeværelse og forsøger at hænge sig
- Patienterne låser sig inde på toilet eller badeværelse og skærer sig
- Personalet har vanskeligheder med at skaffe sig adgang til toilet- og badeværelser, hvor patienterne har låst sig inde

Analysen af hændelsesbeskrivelserne fra DPSD kombineret med gennemgang af typiske toilet og badeværelser har vist, at følgende forhold bør adresseres:

- **Blandingsbatterier:** Patienterne forsøger at hænge sig ved fastgøre en løkke til blandingsbatterier i brusebad og ved håndvask. En løsning er, at skjule blandingsbatteriet. Løsningen kendes fra svømmehaller, hvor der findes en tryknap til start af bruser, og hvor vandet løber i en afgrænset periode.
- **Bruserslanger:** Patienter forsøger at hænge sig i bruserslanger. Den sikreste løsning er at indbygge bruserhovedet i væg og loft. Alternativt (og lige så sikkert) kan et fast rør med bruserhoved monteres til væggen. Montering skal ske således, at rør og bruser ikke kan holde til belastninger på over 25 kg. For yderligere at øge sikkerheden kan vælges koniske bruserhoveder.
- **Rør under håndvask:** Patienterne forsøger at hænge sig ved fastgøre en løkke til rør i brusebad og under håndvask. En løsning er, at skjule rørene enten ved at bygge et skab eller en boks til dem, eller at indkøbe håndvaske med tilhørende vaskeskabe.

- **Knager og kroge:** Patienterne forsøger at hænge sig i knager og kroge, og sommetider skrues knagen eller krogen ud væggen, og skruen anvendes til selvskadende handling. Toiletter og badeværelser skal således saneres for knager og kroge, som skal erstattes med tilsvarende selvklæbende knager og kroge. Hvor kroge og knager skal være monteret med skruer, skal monteringen ske på en måde, der sikrer, at det monterede falder ned ved en belastning på over 25 kg.
- **Håndtag:** Patienter forsøger at hænge sig ved at fastgøre en løkke til dørhåndtag. Hvor der er skydedør til toilet eller badeværelse, skal eventuelle håndtag erstattes med en kopskål.
- **Rumopdeling:** På flere af centrene i Region Hovedstadens Psykiatri er toiletterne opdelt som vist på billedet nedenfor. Denne opdeling giver patienterne mulighed for at hænge sig og skillerum som vist på billedet bør føres til loft.



I forhold til personalets adgang til låste toiletter er der en række forskellige problematikker afhængig af låsemekanisme. Der findes forskellige typer af vridelåse på inder siden af døren, der gør det muligt for personalet at tiltvinge sig adgang til toilettet eller badeværelset enten ved hjælp af en særlig nøgle eller en mønt eller lignende, der kan åbne låsen op. Det kan dog være forbundet med store vanskeligheder for personalet at skaffe adgang under disse forhold, da patienter kan forsøge aktivt at modarbejde processen. Andre steder er der tale om egentlige låse af forskellige typer, som patienterne også har muligheder for aktivt at obstruere fx ved at sætte tyggegummi eller afbrækkede tændstikker i klemme i lås eller i fatning i dørkarmen. Disse bør skiftes til den sikreste løsning.

#### **Etableringsudgifter:**

I forhold til gennemførelsen af dette projekt er det planen at begynde sikkerhedsarbejdet på regionens lukkede sengeafsnit, da risikoen for selvmordshandlinger er størst på disse afsnit. Det ansøgte beløb på 6,2 mio. kr. vil række til at sikre alle badeværelser som patienter på lukkede afsnit har adgang til.

Det er planen at arbejdet kan igangsættes medio 2010 og færdiggøres i løbet af 2011. Derfor ønskes det ansøgte beløb udbetalt af to gange fordelt som vist i tabellen nedenfor.

**Udbetalingsoversigt:**

<b>Udbetalingsdato</b>	<b>Beløb</b>
4. kvartal 2010	2.066.000,- kr.
1. kvartal 2011	4.134.000,- kr.
<b>Total</b>	<b>6.200.000,- kr.</b>

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 10

Emne: Udbygning og modernisering af de fysiske rammer i retspsykiatrien

1 bilag



## NOTAT

**Telefon** 45 11 20 00  
**Direkte** 45 11 20 57  
**Fax** 45 11 20 07  
**Mail** psykiatri@psv.regionh.dk  
**Web** www.psykiatri-regionh.dk

Ref.: Anne Lund Jensen

Dato: 26. januar 2010

## Ansøgning om midler til udbygning og modernisering af de fysiske rammer i psykiatrien

### Puljen til anlægsløft i retspsykiatrien

På opfordring fra Ministeriet for sundhed og forebyggelse ansøger Region Hovedstadens Psykiatri om 8 mio. kr. af den samlede pulje på 25 mio. kr. til anlægsløft i retspsykiatrien. Fokus i denne ansøgning er på øget sikkerhed på regionens lukkede sengeafsnit.

I Region Hovedstaden varetages den specialiserede retspsykiatriske behandling af henholdsvis Psykiatrisk Center Sct. Hans og Retspsykiatrisk Center Glostrup. Der udover varetager almenpsykiatrien også behandling af retspsykiatriske patienter. Opgørelser i Region Hovedstadens Psykiatri viser, at der i 2009 var 60 retspsykiatriske patienter indlagt på lukkede sengeafsnit i almenpsykiatrien, svarende til ca. 25 % af regionens samlede antal retspsykiatriske patienter. I 2009 igangsatte Region Hovedstadens Psykiatri en bred vifte af satspuljeprojekter rettet mod retspsykiatriske patienter. Projekterne er godt i gang og en del centre er involveret i projekterne. Et af projekterne omhandlede omorganisering af almenpsykiatriske sengeafsnit således at personalet blev opnormeret og bedre rustet til at håndtere de retspsykiatriske patienter. Projektet berører Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center København, Psykiatrisk Center Hvidovre og Psykiatrisk Center Glostrup. Udover personalets kompetencer er vigtige i det behandlingsfaglige arbejde er de fysiske rammer det også. Derfor søges der om midler til at sikre og modernisere de fysiske rammer på henholdsvis Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center København, og Psykiatrisk Center Glostrup. Der søges ikke midler til Psykiatrisk Center Hvidovre, der står overfor en stor ombygning de kommende år, hvor der er fokus på forhold for patienter indlagt på lukkede afsnit – herunder retspsykiatriske patienter.

Tidssvarende sikkerhedsforanstaltninger er således ikke kun relevant på regionens specialiserede retspsykiatriske centre, men ligeledes på de almenpsykiatriske lukkede sengeafsnit. Derfor søges der om 8 mio. kr. til at højne sikkerheden på fem af regionens psykiatriske centre.

Oversigten nedenfor viser hvordan midlerne ønskes fordelt mellem de fem centre.

<b>Projekter</b>	<b>Ansøgt beløb</b>
1. Nyt alarmsystem til lukkede afsnit på Psykiatrisk Center København	0,60 mio. kr.
2. Sikring af ude- og indearealer på Retspsykiatrisk Center Glostrup	2,60 mio. kr.
3. Sikring af udearealer på Psykiatrisk Center Amager	0,40 mio. kr.
4. Sikring og renovering af lukkede afsnit på Psykiatrisk Center Glostrup	0,49 mio. kr.
5. Forbedring af alarm- og overfaldssystemer på Psykiatrisk Center Sct. Hans	3,91 mio. kr.
<b>Total</b>	<b>8,00 mio. kr.</b>

## **Baggrund**

Sikkerhedsforholdene er generelt gode og tidssvarende på regionens psykiatriske centre, men på grund af udviklingen i patientgruppen og det stigende behov for lukkede senge er en forbedring af sikkerhedsniveauet nødvendig. Et passende sikkerhedsniveau er nødvendigt for at sikre et trygt arbejdsmiljø og behandlingsmiljø.

I forhold til personalets arbejdsmiljø er velfungerende alarmsystemer altafgørende, idet personalet ofte arbejder med psykotiske patienter med en uforudsigelig og uadæggerende adfærd. Samtidig er visheden om, at hurtig hjælp kan tilkaldes vigtig for et trygt arbejdsmiljø. Denne vished kan understøttes ved, at personalet har individuelle overfaldsalarmer, der i tilfælde af overfald viser den nødstedte medarbejders lokalisering og herved sikrer hurtig hjælp.

I forhold til patienterne er passende sikkerhedsforhold med til at understøtte at rammerne for et godt patientforløb er tilstede. Idet retspsykiatriske patienter har en retslig foranstaltning, der gør at de ofte er "tvangs" indlagt eller har dom til behandling er de ikke altid interesseret i at modtage behandling. Denne problemstilling gør at der er større risiko for at patienterne forsøger at flygte. Samtidig har en stor del af patienterne et misbrug, der gør at indsmugling af narkotika er en gentagende problemstilling på de lukkede sengeafsnit.

Region Hovedstadens Psykiatri har i henholdsvis 2008 og 2009 opgjort antallet af retspsykiatriske patienter og konstateret at der har været en vækst på 15% i patientgruppen. Dette bekræfter den landsdækkende tendens, der viser en årlige udvikling på mindst 10%. Med denne udvikling vil der også i fremtiden være behov for indlæggelse af retspsykiatriske patienter på de almenpsykiatriske centre.

Region Hovedstaden har fra kvalitetsfonden fået tilsagn om bevilling på 550 mio. kr. til nybygning af retspsykiatri på Psykiatrisk Center Sct. Hans østområde. De præsenterede projekter vedr. forbedring af sikkerheden på de af regionens lukkede afsnit, som

ligger på Psykiatrisk Center Sct. Hans, har ikke direkte sammenhæng til det kommende anlægsprojekt på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Projekt nr. 5 vedr. nye overfaldsalarmer samt nyt nøglesystem på centrets retspsykiatriske afdeling er rettet mod den eksisterende bygningsmasse, hvor investeringerne vil kunne forbedre sikkerheden i mange år frem. Dette er påkrævet idet nybyggeriet først forventes færdigt i 2015.

### **Projekt 1. Nyt alarmsystem til lukkede afsnit på Psykiatrisk Center København**

Der søges om 600.000,- kr. til indkøb af nye overfaldsalarmer på lukkede afsnit på Psykiatrisk Center København. På afsnittet er det eksisterende alarmsystem af ældre dato og der er af sikkerhedsmæssige årsager behov for udskiftning.

Centret har de sidste to år permanent haft 10 senge belagt med retspsykiatriske patienter på lukkede sengeafsnit.

#### **Etableringsudgifter**

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Alarmsystem	0,6
<b>Total</b>	<b>0,6</b>

### **Projekt 2. Sikring af ude- og indearealer på Retspsykiatrisk Center Glostrup**

Retspsykiatrisk Center Glostrup består af to sengeafsnit med 12 patienter på hvert afsnit. Fra sengeafsnittene er der adgang til udearealer som er sikret ved et indhegnet område. Igennem årene har der været problemer med at hegnets tykkelse ikke er sikkerhedsforsvarligt nok. Samtidig er den nuværende belysning af udearealerne meget mangelfuld. Dette har den konsekvens at patienterne i perioden efterår, vinter og starten af foråret har begrænset mulighed for at benytte udearealerne i aftentimerne. Den manglende belysning gør at personalet ikke kan se hvad der foregår i haven, ej heller se , hvor patienterne opholder sig hvilket gør en aftentur i haven sikkerhedsmæssigt uforsvarligt. Samtidig betyder den manglende belysning at risikoen for flugtforsøg og indsmugling af narko er højere. Ydermere er den begrænsede belysning uheldig da centrets personale anvender arealerne i behandlingsfagligt øjemed, idet en gåtur kan reducere konfliktniveauet og dermed også brugen af tvang.

Derfor søges der om 0,8 mio. kr. til udskiftning af centrets hegn og 200.000,- kr. til belysning af udearealer.

På centret bærer personalet overfaldsalarmer og der vurderes at være behov for indkøb af ekstra alarmer, som sikrer at alt personale har en individuel alarm. Det vil sikre personalets vished om et trygt arbejdsmiljø. Samtidig vil det betyde at besøgende som eksempelvis håndværkere og studerende ligeledes vil have mulighed for at låne alarmer uden at det faste personale skal undvære. Derfor søges der om 100.000,- kr. til indkøb af ekstra overfaldsalarmer.

På grund af forskellige problemer med det nuværende låsesystem vurderes der at være behov for udskiftning af dette til et moderne elektronisk nøglesystem. Dette vil indebære, at risikoen for absentering bliver væsentlig mindsket og sikkerheden bliver helt forsvarlig. En væsentlig fordel ved det elektroniske nøglesystem er, at det i forbindelse med forsvinden altid vil kunne spores. Derfor søges der om 0,9 mio. kr. til udskiftning af låsesystem.

Der er samtidig behov for udskiftning af hoveddøre på centrets to sengeafsnit. Dette skyldes at dørene er af ældre dato og ikke vurderes at være af høj sikkerhedsmæssig standard. Samtidig er der behov for renovering af to døre på det ene afsnits personalekontor. Der ønskes at forsyne dørene med store glaspartier med panserglas. Dette er der allerede på centrets andet sengeafsnit og personalet er glade for dette. Indsættelsen af glas medfører at personalet kan overvåge patienterne fra kontoret og derved reagerer meget hurtigere på optræk til vold og lignende. Samtidig er glaspartiet et udtryk for åbenhed og imødekommenhed og et godt signal til patienter og pårørende, i stedet for en lukket dør. Der søges om i alt 600.000,- kr. til udskiftning af døre.

#### **Etableringsudgifter**

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Udskiftning af hegn	0,8
Indkøb af ekstra alarmer (25 stk. á 4.000 kr.)	0,1
Belysning til udearealer	0,2
Udskiftning af låsesystem	0,9
Udskiftning af hoveddøre og dørparti på personalekontor	0,6
<b>Total</b>	<b>2,6</b>

### **Projekt 3. Sikring af udearealer på Psykiatrisk Center Amager**

På Psykiatrisk Center Amager er der behov for at sikre centrets boldbane således, at de indlagte retspsykiatriske patienter kan anvende denne under indlæggelse. Patienternes adgang til frisk luft og skift i miljø er centralt i sikring af et godt patientforløb og vil højne behandlingens kvalitet.

Centret havde i 2009 11 senge permanent belagt med retspsykiatriske patienter på lukkede afsnit.

#### **Etableringsudgifter**

Af tabellen nedenfor fremgår det, at der er behov for 400.000,- kr. til etablering af nyt hegn og sikring af låse i dørpartierne.

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Nyt hegn og diverse	0,4
<b>Total</b>	<b>0,4</b>

#### **Projekt 4. Sikring og renovering af lukkede afsnit på Psykiatrisk Center Glostrup**

På centret er der i løbet af 2009 blevet etableret et lukket afsnit til retspsykiatriske patienter. I forlængelse af dette afsnit er der behov for renovering af haveanlægget, sikring af sengeafsnittet og modernisering af afsnittets aktivitetsrum. Fælles for alle tre tiltag er, at de vil sikre patienterne bedre fysiske rammer samt bedre mulighed for fysisk aktivitet og skift i miljø under indlæggelse.

I 2009 var der 9 senge permanent belagt med retspsykiatriske patienter på centrets lukkede senge afsnit.

##### **Etableringsudgifter**

Der søges om 0,49 mio. kr. til etablering af de tre tiltag. Tabellen nedenfor illustrerer fordelingen af udgifterne.

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Renovering af haveanlæg	0,20
Renovering af aktivitetsrum	0,04
Sikring af sengeafsnit	0,25
<b>Total</b>	<b>0,49</b>

#### **Projekt 5. Forbedring af alarmsystemer og renovering af lukkede afsnit på Psykiatrisk Center Sct. Hans**

Psykiatrisk Center Sct. Hans varetager regionens specialiserede behandling af retspsykiatriske patienter. I 2009 var 77 retspsykiatriske patienter indlagt på centrets specialiserede lukkede sengeafsnit. For at forbedre sikkerheden på centret søges der om midler til:

- Udvidelse af et delvist implementeret adgangskontrolsystem
- Udskiftning af gammelt overfaldsalarmsystem
- Indkøb af nyt nøglesystem

##### **Adgangskontrolsystem**

På flere lukkede afsnit på Psykiatrisk Center Sct. Hans er der etableret et trådløst elektronisk adgangskontrolsystem. Systemet anvendes af personalet ved ind- og udgang, og dørene åbnes ved at holde en forprogrammeret chip op foran en sensor, hvorved der sendes signal til den elektriske motorlås. Systemet giver en stor tryghed hos personalet, idet de ikke skal stå og fumle med en nøgle i en flugtsituation. På Retspsykiatrisk afdeling er adgangskontrolsystemet p.t. installeret på 2 lukkede afsnit (R2 og R6). Der ønskes samme system og samme tryghed for personalet på afdeling R7, R8 og R1.

### **Overfaldsalarmsystem**

Psykiatrisk Center Sct. Hans har i dag 2 forskellige typer overfaldsalarmer af fabrikat Ascom. På Vesthospitalet er alle overfaldsalarmer opgraderet til et nyt og bedre system med såkaldte type a71 overfaldsalarmer.

I de retspsykiatriske afdelinger på Øst hospitalet anvendes stadig de gamle overfaldsalarmer, og det har længe været et ønske at opgradere dem til det nye system. Personalet er ikke trygge ved de gamle overfaldsalarmer, og der er mistanke om, at de ind i mellem fejler under drift. Altså når en medarbejder trykker alarm og har brug for hjælp. Derudover er der brug for en ekstra server til overfaldsalarmsystemet på Retspsykiatrisk afdeling da der i dag kun er en alarmserver til håndtering af alarmer fra både Øst og Vest. Dette medfører en tidsforsinkelse, når der trykkes alarm på de retspsykiatriske afdelinger. Personalet er meget utrygge ved denne tidsforsinkelse, og det betyder, at når de trykker alarm og der ikke umiddelbart sker en reaktion, bliver der trykket igen og igen. Systemet overbelastes, og tiden forsinkes yderligere. Løsningen er at etablere en server mere til de retspsykiatriske afdelinger. Ud over at få et mere driftsikkert anlæg, vil der være en redundant server ved et evt. nedbrud.

### **Nøglesystem**

I år 2002 blev der købt og installeret et nyt låsesystem på Sct. Hans. I 2008 opdagede man det første store sikkerhedsproblem, da en indlagt patient på en lukket retspsykiatrisk afdeling åbnede en dør, hvortil han ikke havde adgang, med hans almindelige patientværelses nøgle. Problemet blev midlertidigt løst ved at udskifte alle patientværelsesnøgler. Men på Sct. Hans er det fortsat et sikkerhedsproblem, idet man ved brug af en alm. nøgle kan åbne en såkaldt ”intelligent” nøglecylinder. Disse nøglecylindre er bl.a. monteret i alle døre på de kliniske afdelinger. Det er nødvendigt at udskifte hele låsesystemet på Sct.Hans, og første prioritet i sikkerheden er selvfølgelig på de retspsykiatriske afdelinger. Men da der også er retspsykiatriske patienter på afdeling L og M, vil det være nødvendigt at udskifte hele centrets låsesystem.

Et nyt nøglesystem vurderes at koste 4 mio. kr., men for at sikre at et større antal centre kan få del i puljemidlerne er det aftalt med Psykiatrisk Center Sct. Hans, at de tilvejebringer en egenfinansiering på 2 mio. kr. Derfor søges resten af midlerne fra denne pulje.

### **Etableringsudgifter**

Der søges om i alt 3,91 mio. kr. til forbedring af sikkerheden på centret. Midlerne ønskes fordelt som vist i tabellen nedenfor.

<b>Udgiftspost</b>	<b>Mio. kr.</b>
Udvidelse af adgangskontrolsystem	0,27
Nyt overfaldsalarmsystem	1,64
Nyt nøglesystem	2,00
<b>Total</b>	<b>3,91</b>

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 11

Emne: Status for tryghedsordningen for Region Hovedstaden

3 bilag

**Koncern HR**

Konsulentenheden for  
Forhandling

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

**NOTAT**

**Telefon** 4820 5000  
**Direkte** 4820 5172  
**Fax** 4820 5198

Dato: 26. april 2010

**Retningslinjer vedrørende løn- og andre ansættelsesvilkår i forbindelse med ny-ansættelse af medarbejdere i regionen, som får job via Jobbørsen (Tryghedsordningen)**

I beslutningsreferat fra Forretningsudvalgets møde den 26. januar 2010 vedrørende etablering af en tryghedsordning fremgår bl.a., at løn- og ansættelsesvilkår for medarbejdere omfattet af Tryghedsordningen skal forhandles efter sædvanlig procedure i forbindelse med ansættelse i en anden virksomhed. Regionen vil i den forbindelse drøfte overordnede og tværgående forhold med de faglige organisationer.

Ved møde med de faglige organisationer den 5. februar 2010 blev det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der specielt skal afklare spørgsmål om løn- og ansættelsesvilkår i forbindelse med Tryghedsordningen (overgangsordninger).

Der er afholdt 2 møder i arbejdsgruppen henholdsvis den 11. februar og 13. april 2010.

Organisationerne har fremsat en række ønsker til overgangsordninger i forbindelse med nyansættelse af medarbejdere, der har været tilknyttet Jobbørsen.

Udgangspunktet for gruppens drøftelser har været, at de enkelte virksomheder i Region Hovedstaden udgør selvstændige ansættelsesområder, således at den enkelte medarbejders ansættelsesområde er fastsat til den enkelte virksomhed (gælder ikke tjenestemænd).

Dette indebærer bl.a., at medarbejdere der – ansøgt eller uansøgt – fratræder/afskediges fra sin stilling på en virksomhed ikke medtager bl.a. opsigelsesanciennitet, anciennitet i forhold til evt. fratrædelsesgodtgørelse ved umiddelbar nyansættelse og tiltræden ved anden virksomhed, ligesom der normalt aftales prøvetid mv. Herudover vil lønforhold og evt. andre arbejdsforhold blive aftalt i forbindelse med nyansættelsen.

Parterne har været enige om, at meget i den aktuelle situation taler for, at der etableres særordninger for afskedigede medarbejdere, men således at det ikke bryder afgørende

med ovennævnte principper. Nedennævnte ordninger er således isoleret til den aktuelle situation, dvs. for medarbejdere omfattet af Jobbørsen.

Parterne er herudover enige om, at ved nyansættelse ved anden virksomhed, skal løn- og evt. andre ansættelsesforhold så vidt muligt være færdigforhandlet og aftalt inden tiltræden. Der henvises til bestemmelse herom i de respektive aftaler om lokal løndannelse.

*Bemærkning:*

*Der er enighed om, at dette specielt pointeres i den aktuelle situation, herunder at det tilstræbes, at ansættelsesbrev bl.a. indeholdende lønforhold foreligger tidligst muligt i forhold til det aftalte tiltrædelsestidspunkt i den nye stilling.*

De konkrete tiltag omkring løn og ansættelsesvilkår for medarbejder som får job via Jobbørsen er:

1) Hidtidig samlet fast løn (grundløn + kvalifikations-/funktionsløn) bevares i en periode svarende til den oprindelige opsigelsesperiode ved ansættelse nyt sted, såfremt den nyforhandlede samlede faste løn er lavere her.

*Bemærkning:*

*Arbejdstidsbestemte særydelser i ny stilling ydes i overensstemmelse med faktisk udførte vagter på ubekvemme tidspunkter (aften-, nat- og weekendtillæg). Parterne er opmærksomme på, at der kan forekomme tilfælde, hvor skift til ny stilling kan medføre en betydelig nedgang i omfanget af tjeneste på ubekvemme tidspunkter. I disse tilfælde kan foretages en konkret vurdering af den heraf følgende lønnedgang mhp evt. ydelse af et midlertidigt udligningstillæg inden for den oprindelige opsigelsesperiode. Et skift fra fx tjeneste i fast aften-/nattevagt til dagvagter eller skiftende vagter i ny stilling omfattes ikke af denne situation.*

2) Såfremt pågældende opsiges i prøvetidsperioden ved det nye ansættelsessted og fratræden finder sted inden den oprindelige opsigelsesperiodes udløb, udbetales oprindelig samlet faste løn til udgangen af den oprindelige opsigelsesperiode. Opsigelse i prøvetidsperioden omfatter både afskedigelse af driftsmæssige årsager, fx besparelser og afskedigelser begrundet i medarbejderens forhold, dog således at afskedigelse som følge af misligholdelse ikke omfattes af ordningen.

Pågældende vil i ovennævnte situation igen kunne tilmeldes Jobbørsen med oprindelige rettigheder og til udløb af den oprindelige opsigelsesperiode.

3) Ret til fratrædelsesgodtgørelse, jf. funktionærlovens § 2a, såfremt den krævede anciennitet er opnået, effektueres fra virksomheden man er afskediget fra, uanset at man opnår anden ansættelse gennem Jobbørsen ved anden virksomhed i opsigelsesperioden.

**Koncern HR**

Personalepolitisk enhed

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

## NOTAT

**Telefon** 48205000  
**Direkte** 48205479  
**Fax** 48205198

Dato: 14. april 2010

### **Finansiering og tildeling af uddannelsestilbud: Arbejdsgruppen under tryghedsordningen vedr. uddannelse og arbejdsmarkedsforhold**

#### **Baggrund**

I forbindelse med regionens tryghedsordning har der været nedsat to arbejdsgrupper, der har haft til opgave at drøfte forslag til præciseringer og aftaler i tryghedsordningen vedr. henholdsvis 1) løn- og ansættelsesvilkår, og 2) uddannelses- og arbejdsmarkedsforhold.

Arbejdsgruppen vedr. uddannelse og arbejdsmarkedsforhold holdt i alt 3 møder. Drøftelserne på møderne har omhandlet følgende emner:

- Snitflader mellem regionen, jobcentre og beskæftigelsesregionen
- Retningslinjer for, i hvilket omfang opsagte medarbejdere kan deltage i uddannelsestilbud i opsigelsesperioden
- Finansiering af tilbud
- Uddannelses og opkvalificeringsbehov

Det følgende er arbejdsgruppens oplæg til principper for tildeling af tilbud til opsagte medarbejdere, herunder finansieringsgrundlag. Til dette notat udarbejdes en vejledning, som er målrettet afdelingsledelserne på regionens virksomheder.

#### **Finansiering og tildeling af uddannelsestilbud**

På det første møde i arbejdsgruppen efterspurgte organisationerne centrale midler til uddannelse og opkvalificering fra Rekrutterings og fastholdelsespuljen (budget 2010). Koncern HR lovede at undersøge muligheden for at finde ledige midler.

Der har været drøftet følgende forslag til finansiering af aktiviteterne:

##### 1) 450.000 kr. til it-system og arbejdsmarkedsfaglig bistand.

Der er afsat ca. 450.000 kr. fra puljen til rekruttering/fastholdelse til teknisk bistand (it-løsninger m.v.) vedr. Tryghedsordningen samt til finansiering af de konsulentaktiviteter som Arbejdsmarkedsafdelingen tilbyder regionens virksomheder.

### 2) 500-1.000.000 kr. fra puljen for rekruttering/fastholdelse.

Der er i første omgang afsat 500.000 kr. fra rekrutterings og fastholdelsespuljen (budget 2010), og dette beløb søges hævet til i alt 1 mio. kr., til uddannelses og opkvalificeringstilbud til opsagte medarbejdere. Midlerne kommer fra puljen vedr. rekruttering/fastholdelse.

### 3) Forslag om 1.000.000 kr. fra PUP-midler.

Fra PUP-puljen (Personalepolitiske Samarbejdsprojekter OK08) foreslås afsat 1,0 mio. kr. Midlerne kan besluttes af Den personalepolitiske arbejdsgruppe/RegionH MED-udvalget. Arbejdsgruppen er enige om, at den givne målsætning for anvendelse af midlerne kan omfatte uddannelsesaktiviteter for opsagte medarbejdere i regionen. (Forslaget lægger op til, at knapt halvdelen af midlerne anvendes til denne indsats).

### ***Sammenfatning vedr. finansiering og administration af puljen***

Arbejdsgruppen har tilsluttet sig en finansieringsmodel, hvor der arbejdes videre med forslag 2 og 3. Herved kan der disponeres over en pulje på 2,0 mio. kr. til uddannelses- og arbejdsmarkedstiltag m.h.p. fastholdelse og/eller omstilling af afskedigede medarbejdere.

Puljen disponeres af arbejdsmarkedsafdelingen i samarbejde med de hospitaler, der er berørte af afskedigelser. Der søges skabt en fordeling, hvor puljen anvendes forholdsmæssigt efter omfanget af afskedigelser inden for den enkelte virksomhed.

Endvidere skal puljen disponeres således, at arbejdspladser, der først senere i 2010 måtte blive berørt af afskedigelser, så vidt muligt også får adgang til uddannelsesmidler.

Uforbrugte midler tilbageføres til Koncern HR.

### **Andre midler/puljer**

Arbejdsmarkedsafdelingen vil, efter aftale, forsøge at søge andre beskæftigelsespuljer samt efter aftale indhente VEU og SVU-godtgørelse for opsagte medarbejders deltagelse i kursus- og uddannelsesforløb. For at sikre, at alle så vidt muligt får mulighed for kurser og uddannelse vil de indhentede godtgørelser indgå i finansieringspuljen.

Arbejdsmarkedsafdelingen kører en specifik dispensationssag i forhold til Rigshospitalet, hvor mulighederne for at få midler fra den såkaldte "varslingspulje" afprøves.

### **Kriterier for godkendelse af uddannelse og tildeling af midler**

Den samlede pulje tænkes fordelt til brug for de berørte virksomheder i regionen. Fordelingen sker med udgangspunkt i en vurdering af omfanget af afskedigelser på virksomhederne.

midlerne disponeres og administreres af Arbejdsmarkedsafdelingen i dialog med virksomhederne. Midlerne udmøntes på baggrund af de kriterier, der er nævnt i dette afsnit. Tildelingskriterierne er yderligere suppleret i en vejledning til dette notat.

Midlerne skal støtte aktiviteter, der øger den enkelte medarbejders muligheder for at finde ny beskæftigelse i regionen eller udenfor.

Varigheden af aktiviteterne kan efter vurdering svinge fra 1-2 uger, 3-4 uger eller længere endnu - særligt hvis det øger beskæftigelsesudsigterne og holder sig inden for en overkommelig økonomisk ramme. Det vurderes at hovedparten af uddannelsesforslag vil være af kortere varighed. Arbejdsgruppen anbefaler, at der benyttes eksisterende uddannelses tilbud.

Uddannelsesaktiviteten skal som udgangspunkt aftales inden for den ansattes opsigelsesperiode, men kan i visse tilfælde foregå efter opsigelsesperiodens ophør. I de tilfælde, hvor uddannelsesaktiviteten påbegyndes i opsigelsesperioden og varer ind i ledighedsperioden anbefales det, at der tages kontakt til den pågældendes A-kasse og det jobcenter i den kommune, hvor den pågældende har bopæl. Den enkelte A-kasse eller jobcenter kan vejlede om mulighederne for at bevare retten til dagpenge under uddannelse i ledighedsperioden.

Spørgsmålet om, hvorvidt der kan besluttes eventuelle forlængelser af opsigelsesperioden er drøftet i arbejdsgruppen, men der er ikke truffet en beslutning.

Det er den enkelte leder samt virksomhedens uddannelseskonsulenter eller Arbejdsmarkedsafdelingens konsulenter og medarbejderen, der ved gensidig aftale vurderer, hvorvidt et tilbud er relevant for den enkelte. Medarbejderen har i denne forbindelse mulighed for at tage TR med i drøftelserne som bisidder.

Der bør udvises udstrakt fleksibilitet i forhold til at tilbyde den pågældende uddannelse i opsigelsesperioden. Den opsagte medarbejder gives så vidt det er muligt frihed til at deltage i uddannelsesaktiviteter.

I tilfælde af, at der ikke kan opnås enighed om adgang til uddannelse kan virksomhedernes VMU drøfte uenigheder og de lokale principper. Særlige tvister vil kunne rejses overfor koncerndirektionen gennem Koncern HR.

### **Opfølgning på uddannelses- og arbejdsmarkedstiltag**

Den Personalepolitiske arbejdsgruppe under RegH-MED modtager løbende status på, hvordan de tildelte midler er brugt.

### **Medarbejdere med job på særlige vilkår**

Opsagte medarbejdere med job på særlige vilkår (Rammeaftale om Socialt kapitel) skal have mulighed for at modtage tilbud på lige fod med andre.

### **Kommunikation**

Der udarbejdes informationsmateriale til virksomhederne om principper og muligheder for at tilbyde uddannelse til opsagte medarbejdere.

I dette materiale vil det fremgå, at Arbejdsmarkedsafdelingen vejleder i job - og uddannelsesmuligheder, forestår jobsøgningskurser og koordinerer kursus- og uddannelsesindsatsen. Arbejdsmarkedsafdelingen sørger endvidere for igangsættelse af målrettede og fælles kursus- og uddannelsesaktiviteter på baggrund af indrapportering fra virksomhedernes TR'er.

**NOTAT****Til:        Direktioner og afdelingsledelser på regionens virksomheder****Formandskabet i VMU**

Dato: 26. april 2010

**Vejledning om uddannelsesmuligheder for opsagte medarbejdere**

På møde med de faglige organisationer vedrørende Tryghedsordningen den 05.02.10 blev der nedsat en arbejdsgruppe, der skulle drøfte spørgsmål om uddannelse og arbejdsmarkedsforhold i tilknytning til ordningen. Arbejdsgruppens drøftelser er beskrevet i notatet ”Finansiering og tildeling af uddannelses tilbud - arbejdsgruppen under tryghedsordningen vedr. uddannelse og arbejdsmarkedsforhold.”

Arbejdsmarkedsafdelingen i Region Hovedstaden står for den del i Tryghedsordningen, der omhandler uddannelse og vejledning, og præciserer i dette notat en række aspekter ved ordningen på baggrund af arbejdsgruppens drøftelser og drøftelse i Regionh MED den 24.03.10. Notatet opdeles i følgende:

- Overordnede retningslinjer for kursus- og uddannelses tiltag
- Central pulje, herunder tildelingskriterier og –procedure
- Eksempler på kursus- og uddannelsesmuligheder, inddelt på faggrupper

**Overordnede retningslinjer for kursus- og uddannelses tiltag**

Arbejdsmarkedsafdelingen udbyder jobsøgningskurser og vejledningssamtaler til regionens opsagte medarbejdere. Læs eventuelt mere på afdelingens [intranetside](#).

Kursus- og uddannelsesindsatsen tilbydes ud fra nedenstående rammer:

- Som en del af Tryghedsordningen bør der udvises udstrakt fleksibilitet i forhold til at tilbyde den pågældende uddannelse i opsigelsesperioden. Den opsagte medarbejder gives så vidt det er muligt frihed til at deltage i uddannelses tiltag og kurser, herunder jobsøgningskurser. Formålet med dette er at klæde de opsagte medarbejdere på til hurtigst muligt at komme i job igen enten i eller uden for Region Hovedstaden.
- Det er gennem dialog mellem den opsagte medarbejder og dennes nærmeste leder, at kursus- og uddannelses tiltag aftales. Til at understøtte dialogen, herunder drøftelse af kursus- og uddannelses tiltags relevans, kan både leder og medarbejder få

råd i Arbejdsmarkedsafdelingen samt eventuelt hos tillidsrepræsentanter og uddannelseskonsulenter på den enkelte virksomhed.

- **Varigheden** på kursus- og uddannelsestiltag er ikke begrænset, men tiltagene skal som hovedregel afvikles inden for opsigelsesperioden. I de tilfælde, hvor kursus- og uddannelsestiltag rækker ud over opsigelsesperiodens varighed, bør medarbejderen kontakte sin A-kasse og sit jobcenter for at sikre sin ret til dagpenge eller anden forsørgelse.
- Arbejdsmarkedsafdelingen tilbyder at hjælpe med det administrative arbejde ifm. økonomien for kursus- og uddannelsestiltag. Således betaler Arbejdsmarkedsafdelingen **kursusafgifter** og hjemtager **godtgørelse** (SVU eller VEU). I tilfælde af, at kursusafgiften er mindre end godtgørelsen, tilfalder disse midler den fælles uddannelsespulje. Se neden for.

Det er nødvendigt, at Arbejdsmarkedsafdelingen modtager en detaljeret kursusbeskrivelse samt et udfyldt SVU- eller VEUskema, som medarbejderen får udleveret af uddannelsesstedet.

Den fælles uddannelsespulje gør, at de medarbejdere, der ikke er berettigede til godtgørelse pga. eksempelvis uddannelsesbaggrund eller ansættelse på særlige vilkår, får lige muligheder for kurser og uddannelse. Se mere neden for.

- Afdelingsledelser og tillidsrepræsentanter opfordres til dialog med Arbejdsmarkedsafdelingen vedrørende **behov** for kursus- og uddannelsestiltag på individ- eller faggruppeplan, idet det muliggør oprettelse af eventuelle tværgående fællestiltag.

### **Central pulje, herunder tildelingskriterier og –procedure**

Fra Rekrutterings- og fastholdespuljen samt fra PUP-puljen (Personalepolitiske Samarbejdsprojekter OK08) afsættes i alt 2 mio. kr. til en central uddannelsespulje for opsagte medarbejdere. Arbejdsmarkedsafdelingen søger supplerende økonomisk støtte eksternt. Hvis dette lykkes, tilføres midlerne den centrale pulje.

Arbejdsmarkedsafdelingen administrerer puljen og modtager således forespørgsler og ansøgninger på finansiel støtte til kursus- og uddannelsestiltag fra opsagte medarbejdere.

Tildelingen beror på en individuel vurdering foretaget af Arbejdsmarkedsafdelingen. Det vurderes, om det foreslåede kursus- eller uddannelsestiltag øger ansøgerens muligheder for at finde ny beskæftigelse i eller uden for regionen med udgangspunkt i følgende opstillede kriterier:

- Tildelingen sker med udgangspunkt i en vurdering af omfanget af afskedigelser på virksomhederne.

- Der tages højde for, at nogle virksomheder muligvis er nødsaget til at opsiges medarbejdere ad flere omgange.
- Der gives som udgangspunkt hovedsageligt støtte til kursus- og uddannelsestiltag, der afholdes på offentlige uddannelsesinstitutioner.
- Ved længerevarende uddannelsesforløb gives som hovedregel kun støtte til enkeltstående moduler.
- Kursus- og uddannelsestiltag skal være påbegyndt i opsigelsesperioden og skal som udgangspunkt også være afviklet i opsigelsesperioden. Der kan eventuelt søges støtte til tiltag, hvis varighed rækker 1/3 ud over opsigelsesperioden.
- Puljen kan søges til støtte af kursus- og uddannelsestiltag, hvor der enten ikke kan søges godtgørelse eller hvor kursusafgiften er større end godtgørelsen.
- Der ydes ikke støtte til kørselsgodtgørelse eller til ekstra timebetaling, hvis ansøgers normale arbejdstid er mindre end kursus- og uddannelsestiltags ugentlige timeantal.
- Der ydes ikke støtte til medarbejdere, der efter eget ønske er blevet fritstillede.
- Opsagte medarbejdere med job på særlige vilkår har også særlige vilkår for søgning af kursus- og uddannelsestiltag. Ansøgninger om støtte fra denne medarbejdergruppe vil blive behandlet særskilt.

Arbejdsmarkedsafdelingen skal inden tildeling af midler have:

- en begrundet ansøgning med accept fra ansøgers leder
- en detaljeret beskrivelse af kursus- og uddannelsestiltaget
- eventuelt et udfyldt SVU- eller VEUskema, som medarbejderen får udleveret af uddannelsesstedet.

### **Eksempler på muligheder, inddelt på faggrupper**

Følgende eksempler er illustrative og relevante for dialogen mellem leder og medarbejder:

#### Service og teknisk personale

Denne gruppe medarbejdere, som bl.a. omfatter portører, hospitalsmedhjælpere samt rengørings- og køkkenpersonale, kan være ufaglærte med meget forskellige ønsker og behov. Dog viser erfaringen, at der kan være et generelt behov for at få vurderet deres kompetencer, blive afklaret om fremtidige jobmål og ligeledes få et grundlæggende it-kendskab.

Med baggrund heri har Arbejdsmarkedsafdelingen i samarbejde med relevante uddannelsesinstitutioner sammensat et 2 ugers forløb, hvor kursisterne får en Realkompe-

tencevurdering, der på baggrund af kursistens opnåede erhvervserfaring giver mulighed for at få vurderet, hvilke eventuelle kurser (typisk AMU-forløb) der skal til for at vedkommende opnår dokumentation af sine kompetencer. Forløbet indeholder ligeledes en afklaringsdel, hvori der fokuseres på fremtidige jobmål og et grundlæggende it-kursus. Realkompetencevurderingen kan munde ud i individuelle ønsker om deltagelse i kurser efterfølgende. Arbejdsmarkedsafdelingen kan kontaktes for mere information.

For faglært personale i denne gruppe vil AMU-forløb af længere eller kortere varighed være relevante. Vær opmærksom på, at personalegruppen kan have behov for ekstra vejledning i, hvilke muligheder der er.

#### Administrativt personale (herunder lægesekretærer)

Administrativt personale vil afhængigt af uddannelsesbaggrund og –niveau ofte have behov og ønske om kursusforløb som it-kurser, blindskrift, diagnoselatin mv. Mange af disse kurser udbydes som AMU-forløb.

#### Social- og sundhedsassistenter

I samarbejde med FOA og SOSU-skolen København udbyder Arbejdsmarkedsafdelingen et målrettet uddannelsesforløb til opsagte SOSU-assistenter bestående af et kort introduktionsforløb med individuel kompetenceafklaring samt undervisning i blandt andet IT og medicingivning. Forløbet påbegyndes 26. april 2010 og løber over de efterfølgende 30 hverdage.

Ønskes blot et enkelt kursus, AMU-forløb, inden for den brede vifte af kursusaktiviteter, som Social- og Sundhedsskolerne udbyder, kan skolernes kursuskatalog være en hjælp.

#### Social- og sundhedshjælpere

Denne personalegruppe kan have stor nytte af at deltage i kursusforløb, der giver mulighed for at opkvalificere dem til at varetage flere og bredere opgaver. Det vil typisk være AMU-forløb, og det kan anbefales at starte med ”Individuel kompetencevurdering” for at vurdere, hvilke kursusforløb der vil være mest relevante for den enkelte. Flere kan være interesserede i at få social- og sundhedsassistentuddannelsen.

#### Sygeplejersker og øvrigt sundhedspersonale, samt socialrådgivere mm (bl.a. Ergo- og fysioterapeuter, jordemødre, bioanalytikere)

Sygeplejersker og de øvrige nævnte personalegrupper vil have forskellige ønsker og behov afhængigt af bl.a. erfaring, eventuel efteruddannelse og om de har haft en ledende stilling. Da gruppen er relativt højt uddannet, vil den efterspørge kurser, som ligger på et vist niveau. Professionshøjskolen udbyder sammen med en række andre uddannelsesinstitutioner kurser og uddannelsesforløb til disse personalegrupper, herunder diplomuddannelser. Endelig kan der være ønske om kortere kursusforløb inden for eksempelvis it. Det kan være AMU-forløb af kortere varighed.

#### Lægepersonale og andre AC'ere

Det kan være svært at finde relevante uddannelses- og kursusforløb for disse grupper, der er så korte, at de kan afvikles i opsigelsesperioden. Også her kan diplomuddannelserne være en mulighed. Det kan være for at dygtiggøre sig indenfor et nyt fagområde, men det kan også være inden for eksempelvis ledelse og/eller projektledelse. Enkeltfag på de højere læreranstalter under "Åben uddannelse" kan være en mulighed for denne gruppe. Endelig kan kortere kursusforløb inden for eksempelvis IT være relevante.

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 12

Emne: Nye kommissorier for midlertidige udvalg

9 bilag

## **NOTAT**

Dato: 6. maj 2010

### **UDKAST**

#### **Tillægskommissorium for Serviceudvalget – Maj 2010**

I forlængelse af Serviceudvalgets drøftelse af den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse samt tilfredshedsundersøgelse for den siddende patienttransport, skal udvalget arbejde videre med de lokaliserede problemstillinger i patienternes oplevelser med den siddende patienttransport. Herunder bl.a. overveje og komme med forslag til forbedring af tilbuddet til dialysepatienter samt serviceniveau ved hjemkørsel, ventefaciliteter mv.

I forlængelse af regionsrådets drøftelse af ekstern audit på rengøringsområdet er Serviceudvalget af rådet bedt om at følge områdets udvikling og resultater tæt. I den forbindelse vil udvalget arbejde konkret med indsatsen indenfor rengøring og hygiejne.

Serviceudvalget vil på opfordring fra regionsrådet drøfte rygestoptilbud til patienter. I sammenhæng hermed kortlægges virksomhedernes politik for røgfrit miljø, og på baggrund heraf vurderes og drøftes, om vi vil sigte på en regional ensretning på området.

Serviceudvalget vil i forlængelse af regionsrådets beslutning arbejde med at definere proces og udarbejde handicappolitik med fokus på tilgængelighed til regionens virksomheder, information mv.

Med henblik på at øge fokus på regionens dialog med borgerne, vil udvalget kortlægge hvad der afholdes og planlægges af borgerrettede arrangementer på virksomhederne (som f.eks. Åbent Hus, Øjendag etc.). Udvalget vil på den baggrund komme med forslag til en fælles model for arrangementer af den type. Målet er at sætte fokus på regionens indsats og udvikling samt at skabe øget dialog med borgere og patienter – både fagligt og politisk.

## NOTAT

### UDKAST

**Opgang** Blok B  
**Telefon** 48 20 50 00  
**Direkte** 4820 5419  
**Web** [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

Ref.: Hanne Susan  
Rasmussen

Dato: 7. maj 2010

### **Tillægskommissorium for Psykiatri- og Handicapudvalget – maj 2010**

Udvalget skal med udgangspunkt i de psykiatriske hensigtserklæringer sætte fokus på, i hvilken retning psykiatrien skal bevæge sig i de kommende år, og hvad strategien er for psykiatriens overordnede udvikling.

Udvalget skal drøfte, hvilken form for psykiatrisk behandling der ønskes, herunder bl.a. den ambulante og opsøgende indsats og samspillet mellem denne og antallet af sengepladser.

Udvalget skal endvidere drøfte, hvordan der sikres sammenhæng i behandlingen, og hvilken betydning behandlingsgarantien og pakkeforløbene har for en sammenhængende psykiatrisk behandling.

Udvalget skal sætte fokus på samarbejdet med kommunerne og vurdere, hvordan samarbejdet medvirker til at skabe sammenhæng og kontinuitet herunder om samarbejdet kan styrkes yderligere.

## NOTAT

### UDKAST

#### **Tillægskommissorium for Udvalg vedr. Ulighed i Sundhed – maj 2010**

Udvalget skal drøfte den lægelige betjening i gråzoner. Herunder blandt andet lægelig betjening af ældre på plejehjem og i eget hjem samt behandlingen af psykisksyge på somatiske afdelinger.

Udvalget skal drøfte udkast til sundhedsaftalerne med fokus på aftalernes indhold om ulighed i sundhed

Udvalget skal drøfte lighed i viden om tilbud og rettigheder samt lighed i kvalitet i behandlingen. Herunder drøftes ulighed i muligheden for og evnen til at tage imod sundhedstilbud for forskellige kulturelle og sociale grupper i samfundet. Herunder også problemstillinger for patienter med behov for tolkebistand.

Udvalget skal drøfte Sundhedsprofil 2010 med særligt fokus på de faktorer der påvirker ulighed i sundhed.

Udvalget skal drøfte medicin revision, herunder initiativer til at undgå fejlmedicinering af patienter.

Når regionsrådet skal behandle planer, der er relevante i forhold til ulighed i sundhed, kan udvalget drøfte disse, inden de forelægges forretningsudvalg og regionsråd.

## NOTAT

### UDKAST

**Telefon** +45 48 20 50 00  
**Direkte** 4820 5531  
**Fax** +45 48 20 56 61  
**Web** www.regionh.dk

EAN-nr: 5798001686327  
CVR/SE-nr: 30 11 36 83

Dato: 7. maj 2010

### **Tillægskommissorium for Uddannelses- og Forskningsudvalget – maj 2010**

#### *Ulighed i uddannelse*

Udvalget vil have fokus på hvor og hvordan der kan sættes ind for at mindske uligheden i uddannelse for regionens unge. Der vil være fokus på forskellige uddannelsesområder såvel som på den geografiske, sociale og faglige spredning. Der skal udvikles metoder, som kan styrke uddannelserne og samtidig sikre, at flere unge gennemfører en ungdomsuddannelse.

Der skal ses på, hvilke initiativer som bør iværksættes, herunder hvordan best practice udnyttes og implementeres, hvor det er relevant. Der skal iværksættes tiltag, som sikrer, at både fagligt stærke og fagligt svage unge får passende udfordringer, så frafaldet mindskes og målet om, at 95 procent af alle unge gennemfører en ungdomsuddannelse, nås.

Et vigtigt fokusområde er de unges danskundskaber. Der skal tages initiativ til udviklingsprojekter, som giver både etnisk danske og tosprogede elever et fagligt løft, som styrker deres skrive- og læsefærdigheder. Desuden skal udvalget se på, hvordan der kan ske en styrkelse af sammenhængskraften mellem regionens uddannelsesinstitutioner.

#### *Sundhedsforskning i Region Hovedstaden*

Udvalget skal udarbejde en status på Politik for Sundhedsforskning og på Handlingsplan 2010 for Sundhedsforskning, som skal forelægges Forretningsudvalget og Regionsrådet i november. I den forbindelse vil udvalget udarbejde forslag til den videre indsats, herunder overveje behovet for en ny strategi for sundhedsforskning.

Udvalget vil i den forbindelse drøfte centrale udfordringer for regionens sundhedsforskning bl.a. på baggrund af anbefalingerne fra Det Nationale Samarbejdsforum for Sundhedsforskning, indspil fra regionens Strategiske Forskningsråd og den årlige forskningsevaluering mv. Udvalget vil i den forbindelse følge arbejdet med igangsatte initiativer, herunder udviklingsprogrammet "Global Excellence – i sundhed".

Udvalget vil derudover sætte fokus på, hvordan samarbejdet med erhvervslivet og universiteterne om forskning og innovation kan styrkes. Dette samarbejde skal resultere i udvikling af nye produkter og processer og samtidig fremme effektivitet og kvali-

tet i sundhedsvæsenet. Endelig vil udvalget drøfte indsatsen for tiltrækning af internationale forskere og studerende til regionen.

## **NOTAT**

**Direkte** 48 20 56 13

### **UDKAST**

Dato: 7. maj 2010

#### **Tillægskommissorium for Miljø – og klimaudvalget – maj 2010**

##### *Klimastrategi for hovedstadsregionen*

Som grundlag for klimastrategien vil udvalget skabe et overblik over klimaindsatsen i Region Hovedstaden som virksomhed og blandt kommunerne i hovedstadsregionen samt belyse de centrale klimaudfordringer og potentielle handlemuligheder, der går på tværs af regionens virksomheder og offentlige aktører i regionen.

Udvalget vil i den forbindelse sikre, at klimastrategien både vedrører kommunernes klimaudfordringer og potentielle tværgående klimaløsninger samt regionens egne klimaudfordringer og klimaindsats.

I løbet af 2010 gennemføres en række analyser indenfor strategiens seks indsatsområder, som udvalget vil drøfte og som vil indgå som grundlag i formulering af klimastrategien. For at skabe en bred opbakning til arbejdet vil udvalget sikre, at analyserne og selve klimastrategien udarbejdes i tæt dialog med regionens nøgleaktører.

Udvalget vil inden udgangen af 2010 have klargjort et udkast til klimastrategien med henblik på færdiggørelse og politisk behandling i 1. kvartal 2011.

##### *Bæredygtigt byggeri*

Udvalget vil sætte fokus på udfordringen med at bygge og drive hospitaler og institutioner så bæredygtigt som muligt af hensyn til både miljø og mennesker.

I sammenhæng med klimastrategien vil udvalget belyse, hvor der ved nye byggerier i Region Hovedstaden kan tænkes og indarbejdes foranstaltninger vedr. energi, miljø og bæredygtighed, som skal være med til at sikre, at det pågældende byggeri eller anlæg gennem hele sit livsforløb belaster mennesker og natur mindst muligt.

Udvalget vil undersøge hvorledes regionen kan føre en nyskabende, miljøvenlig politik i forbindelse med de kommende byggeprojekter på sundhedsområdet. Udvalget vil i den forbindelse bidrage med forslag i forhold til at sikre bæredygtige og effektive løsninger inden for de fastlagte økonomisk rammer.

##### *Bæredygtig udvikling på regionens virksomheder*

Udvalget vil følge implementeringen af Handlingsplan for bæredygtig udvikling, som indeholder en række målsætninger og indsatser indenfor energi og klima, brugsvand, spildevand, kemikalier og affald. Andre vigtige områder er indkøb, transport og it.

Desuden vil udvalget følge og sikre fremdrift i det videre arbejde med miljø- og energiledelse, herunder grønt regnskab samt energibesparende foranstaltninger.

Den nuværende Strategi for bæredygtig udvikling forudsættes revideret inden udgangen af 2011. I slutningen af 2010 og i forlængelse af arbejdet med klimastrategien igangsættes udvalgets arbejde med forslag til revision af strategien.

## NOTAT

### UDKAST

**Opgang** Blok B  
**Telefon** 48 20 50 00  
**Direkte** 4820 5419  
**Web** [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

Ref.: Kirsten Granhøj

Dato: 7. maj 2010

### **Tillægskommissorium for Kvalitetsudvalget – maj 2010**

Udvalget skal drøfte den kliniske kvalitet på regionens hospitaler på baggrund af det nationale indikatorprojekt og de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, herunder hvordan der sikres ledelsesfokus og opfølgning på resultaterne.

Udvalget skal drøfte arbejdet med patientsikkerhed på regionens hospitaler og i praksissektoren. Herunder hvordan der sikres ledelsesfokus på patientsikkerhed på hospitalerne samt hvordan kulturen omkring patientsikkerhed udvikles.

Udvalget skal drøfte arbejdet med at sikre kvalitet i medicinanvendelsen på hospitaler og i praksissektoren.

Udvalget vil analysere patienters brug og patientflow i regionens skadestuer, mhp. at vurdere behov for forandringer eller særlig indsats på området.

Udvalget følger løbende op på relevante data i forhold til vedtagne kvalitetsmål og på sager og afrapporteringer, der er relevante i forhold til udvalgets målsætning.

## NOTAT

Direkte 48 20 56 13

### UDKAST

Dato: 7. maj 2010

#### **Tillægskommissorium for Regional Udviklingsplans- og Trafikudvalget – maj 2010**

##### *Udvikling af den kollektive trafik*

Udvalget vil med udgangspunkt i anbefalingerne i den regionale udviklingsplan og Regionsrådets analyse "Før biltrafikken står stille" sætte fokus på udviklingen af et sammenhængende og fremtidssikret kollektivt trafiksystem i hovedstadsregionen.

Udvalget vil i 2010 se nærmere på udviklingen af og sammenhængen i den kollektive trafik med særlig fokus på brugerperspektivet og i relation til erhvervslokalisering. I drøftelserne vil indgå trafikselskabernes trafikplaner, den regionale bestillerrolle i forhold til de regionale busser og lokalbanerne, status på det nationale "Rejsekort" samt samarbejdet med Movia og kommunerne.

Udvalget i den forbindelse følge og drøfte den statslige indsats, herunder den igangværende strategiske analyse af de langsigtede udbygningsmuligheder af bane- og vejkapaciteten i hovedstadsområdet og udredningen af organiseringen af den kollektive trafik i hovedstadsområdet.

##### *Bæredygtig infrastruktur i Øresundsregionen*

Udvalget vil sætte fokus på de grænseoverskridende, infrastrukturelle udfordringer med at skabe en sammenhængende og klimavenlig infrastruktur i Øresundsregionen. En særlig udfordring, som udvalget vil fokusere på, er den voksende godstransport i og gennem regionen.

Udvalget vil med udgangspunkt i den regionale udviklingsplan drøfte resultaterne af interreg-projektet IBU (Infrastruktur og Byudvikling i Øresund), herunder den del af projektet, som omhandler etablering af en fast forbindelse ved Helsingør og Helsingborg og mulige linjeføringer af en ny Ring 5 forbindelse i transportkorridoren.

Udvalget vil endvidere drøfte opfølgning på den øresundsregionale udviklingsstrategi (ØRUS). Der vil blive sat fokus på den internationale tilgængelighed og bæredygtighed, herunder betydningen af Københavns Lufthavn og mulighederne for etablering af en grøn transportkorridor på bane mellem STRING-regionerne via Fehmernforbindelsen.

*Grundlag for ny regional udviklingsplan*

Udvalget vil følge implementeringen af den regionale udviklingsplan særligt med fokus på bæredygtige trafikinitiativer, herunder i forhold til udvikling af den regionale cykeltrafik.

Udvalget vil igangsætte forberedelserne til udarbejdelsen af en ny regional udviklingsplan (RUP), der ifølge loven i udkast skal ligge klar til høring ultimo 2011. Udvalget vil i den forbindelse drøfte mulige temaer og udfordringer samt udarbejde forslag til af en tids- og procesplan, som forelægges Regionsrådet i efteråret 2010.

## Særlige midlertidige udvalg i Region Hovedstaden 2010 - 2011

Serviceudvalget	Psykiatri- og Handicapudvalget
<p><b>Flemming Pless (A) – formand</b> Lise Rask (A) Abbas Razvi (B) Steen Olesen (F) Per Roswall (V) Lene Kaspersen (C)</p>	<p><b>Gitte Frydensbjerg (F) – formand</b> Hanne Andersen (A) Maja Højgaard Nielsen (A) Lise Müller (F) Birgit Tystrup (V) Finn Rudaizky (O)</p>
Udvalget vedr. ulighed i sundhed	Uddannelses- og Forskningsudvalget
<p><b>Lise Müller (F) – formand</b> Per Seerup Knudsen (A) Jannie Hjerpe (F) Karin Helweg-Larsen (Ø) Lene Kaspersen (C) Danni Olsen (O)</p>	<p><b>Marianne Stendell (A) – formand</b> Lars Gaardhøj (A) Flemming Pless (A) Ellen Thrane (F) Bent Larsen (V) Nina Berrig (C)</p>
Miljø- og Klimaudvalget	Kvalitetsudvalget
<p><b>Lars Gaardhøj (A) – formand</b> Lise Rask (A) Abbas Razvi (B) Ellen Thrane (F) Per Roswall (V) Henrik Thorup (O)</p>	<p><b>Kirsten Lee (B) – formand</b> Thor Grønlykke (A) Karin Dubin (A) Jannie Hjerpe (F) Peer Wille-Jørgensen (Ø) Michael Lange (V) Karsten Skawbo-Jensen (C) Andreas Røpke (u.f.p.)</p>
Regional udviklingsplans- og Trafikudvalget	
<p><b>Allan Schneidermann (F) – formand</b> Peter Kay Mortensen (A) Maja Højgaard Nielsen (A) Marianne Stendell (A) Ellen Thrane (F) Per Roswall (V) Karsten Skawbo-Jensen (C) Kenneth Kristensen Berth (O)</p>	

**NOTAT****Udkast****Startkommissorium for serviceudvalget i 2010/2011**

Serviceudvalget starter - med udgangspunkt i resultaterne af den seneste Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP'en) - med at sætte fokus på mulighederne for en forbedret patientkommunikation.

Endvidere skal udvalget se nærmere på regionens organisering og håndtering på klagesagsområdet, bl.a. i lyset af den forventede revision af patientklagesystemet mv.

## **NOTAT**

### **Udkast**

#### **Startkommissorium for psykiatri- og handicapudvalget i 2010/2011**

På psykiatriområdet har udvalget fokus på styrkelse af den psykiatriske behandling gennem målrettet politisk og økonomisk prioritering.

I første halvår af 2010 introduceres udvalget bredt til psykiatriområdet samt til de problemfelter og udfordringer, der er på området. Udvalget får desuden en status for, hvor langt psykiatrien er i forhold til Psykiatriplan 2007.

Som led i introduktionen herunder tematisering af områdets emner besøger udvalget forskellige typer af psykiatriske centre, sociale institutioner og handicapinstitutioner.

Udvalget ønsker konkret at beskæftige sig med medicinering i psykiatrien. Der er stort fokus på at sikre psykisk syge den rette medicin, herunder fokus på eventuelle alvorlige bivirkninger ikke mindst i forbindelse med brug af nyere mere potent medicin og ved polyfarmaci. Udvalget vil arbejde med kvalitetsudviklingen på området, herunder indførelse af bivirkningsregistrering samt en styrket indsats i forhold til reduktion af brugen af vanedannende medicin i samarbejde med praksissektoren.



**NOTAT**

**Direkte** 48205619

Dato: 18. januar 2010

**Udkast**

**Startkommissorium for udvalget vedr. ulighed i sundhed 2010/2011**

Udvalget vedr. ulighed i sundhed starter – med udgangspunkt i oplæg om udkast til kvalitetspolitikken – med at drøfte ulighed i sundhed med fokus på regionens akutfunktioner med særligt fokus på den medicinske patient.



## **NOTAT**

**Direkte** 48205613

Dato: 14. januar 2010

### **UDKAST**

#### **Startkommissorium for Uddannelses- og Forskningsudvalget**

Underudvalget starter med at skabe et samlet overblik over uligheden i uddannelse for regionens unge, samt hvilke initiativer der er iværksat og deres forventede resultater. Det gælder både i relation til forskellige uddannelsesområder som til den geografiske og sociale spredning.

Dernæst ses på, hvilke yderligere initiativer som bør iværksættes, herunder hvordan der kan skabes positiv læring af de gode eksempler, og hvordan der kan ske en styrkelse af sammenhængskraften mellem regionens uddannelsesinstitutioner.

Udvalget starter endvidere med at skabe et samlet overblik over den kliniske forskning i regionen – med dens styrker og udfordringer set i såvel et lokalt som et nationalt og internationalt perspektiv.

Dernæst ses på, hvorledes udfordringerne kan imødegås, og hvordan konkrete initiativer kan nærmere udformes. I den forbindelse inddrages udvalget i udformningen af udviklingsprogrammet ”Global excellence – i sundhed”.



## **NOTAT**

**Direkte** 48205613

Dato: 12. januar 2010

## **UDKAST**

### **Startkommissorium for Miljø – og klimaudvalget**

Underudvalget starter med at skabe et samlet overblik over den strategiske klimaindsats, som regionens mange offentlige aktører har iværksat i disse år, samt drøfter hvilket ambitionsniveau der skal lægges for yderligere initiativer i forhold til de nationale og internationale politiske mål.

På baggrund heraf udarbejder udvalget et forslag til en inddragende dialogproces med regionens nøgleaktører omkring udarbejdelsen af en klimastrategi for regionen.

Udvalget starter endvidere med at se nærmere på, hvorledes regionen selv kan føre en nyskabende politik i forbindelse med de kommende nye byggerier på sundhedsområdet.



**NOTAT**

**Direkte** 48205619

Dato: 18. januar 2010

**Udkast**

**Startkommissorium for udvalget for kvalitet 2010/2011**

Udvalget for kvalitet starter – med udgangspunkt i oplæg om udkast til kvalitetspolitikken – med at drøfte kvalitet med fokus på det ortopædkirurgiske område.



## **NOTAT**

**Direkte** 48205613

Dato: 12. januar 2010

## **UDKAST**

### **Startkommissorium for Regional Udviklingsplans- og Trafikudvalget**

Underudvalget starter med at skabe et samlet overblik over regionens infrastrukturproblemer og trafikplaner, herunder særligt vedr. den kollektive trafik, samt hvad der er iværksat for de kommende år.

Dernæst ses på, hvilke trafikale initiativer som der er behov for at styrke, herunder dels spørgsmålet om at udbygge og skabe bedre sammenhæng i den kollektive trafik internt i regionen, dels spørgsmålet om regionens internationale sammenhæng såvel i relation til Øresund som til den øvrige verden. I den forbindelse inddrages udvalget i udformningen af regionens trafikbestilling til Movia for 2011.

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 13

Emne: Teknisk erhversskole center, TEC - Udpegning af medlem til  
bestyrelsen

1 bilag

Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

Direktionssekretariatet  
Nordre Fasanvej 27  
2000 Frederiksberg  
Tlf.: 3817 7102  
cs@tec.dk

4. marts 2010  
J.nr.: 1.3.1/25  
Ref.: LBH/cs

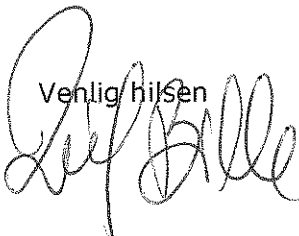
### Udpegning til bestyrelsen på TEC

Ministeriet har godkendt TEC's nye vedtægter (medsendt).

Som det fremgår af vedtægterne skal Region Hovedstaden udpege 1 repræsentant for perioden 1. maj 2010 til 30. april 2014.

TEC ser frem til en snarlig tilbagemelding.

Venlig hilsen



Leif Bille  
direktør, cand.jur.

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 14

Emne: Udpegning af formand for vækstforum Region Hovedstaden

1 bilag

**Referat fra møde i Vækstforum Hovedstaden onsdag den 28. april 2010, kl. 14-16.30 på Rigshospitalet, København Ø.**

Dato:  
11.05.2010

## **1. Fælles præsentation af Vækstforums medlemmer.**

Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen bød velkommen til det nye Vækstforum. Derefter præsenterede hvert enkelt medlem sig kort inkl. medlemmets forventninger til Vækstforums arbejde.

## **2. Drøftelse af formand og udpegning af formandskab for Vækstforum**

Der var enighed i Vækstforum om at nedsætte det foreslåede formandskab på 5, bestående af 1 repræsentant fra kommunerne, 2 fra erhvervslivet, 1 fra videninstitutionerne og 1 fra regionen, og at følgende indtræder i formandskabet:

- Borgmester Kirsten Jensen, Hillerød Kommune
- Vice president Jørn Henrik Levy Rasmussen, Terma A/S – DI
- Adm. Direktør Allan L. Agerholm, Crowne Plaza Copenhagen Towers – Dansk Erhverv
- Rektor Johan Roos, Copenhagen Business School
- Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen, Region Hovedstaden

Samtidig bakkede Vækstforum op om regionsrådsformanden som formand for Vækstforum Hovedstaden. Regionsrådet vil på sit møde den 25. maj udpege formanden for Vækstforum.

## **3. Hvad skal Hovedstaden leve af – udfordringer set i lyset af den internationale finanskriser – oplæg og debat**

Drøftelsen blev indledt med korte oplæg ved

- Jørn Henrik Levy Rasmussen, Vækstforummedlem for DI - (plancher kan findes på Vækstforums hjemmeside, [www.vaekstforumhovedstaden.dk](http://www.vaekstforumhovedstaden.dk) )
- Allan Agerholm, Vækstforummedlem for Dansk Erhverv
- Lone Bille Schjødt, Vækstforummedlem for Finansrådet - (plancher kan findes på Vækstforums hjemmeside)

Jørn Henrik Levy Rasmussen betonedede bl.a.:

- Rammevilkårene skal være i orden, ellers flytter virksomhederne ud
- Tæt samarbejde mellem universiteter, videnmiljøer og virksomheder er en nøgleparameter
- Infrastruktur i verdensklasse er afgørende (Lufthavnen, Fehmern Bælt)
- Kun hvis alle parter trækker i samme retning, kan vi klare os globalt

Allan Agerholm betonedede bl.a.:

- Hovedstaden skal være en region, som producerer viden og oplevelser
- Regionen skal pleje videnarbejdere – både lokale gennem uddannelse og internationale (tiltrække og fastholde: expat-netværk, internationale skoler, boliger)
- Aggressiv markedsføring mm. skal styrke København som center for turisme, kongresser og events (multiarena, krydstogtdestination, genvinde internationale markedsandele)

Lone Bille Schjødt betonedede bl.a.:

- Vigtigt at Vækstforum skubber på og sikrer, at de gode projekter kommer videre – samt følger op på dem
- Klyngeprojektet Copenhagen Finance IT Region – som et markant projekt med en stor partnerkreds – innovation og samspil mellem IT- og finansområdet.
- Store udfordringer er: internationalisering, bedre vilkår for regionens klynger, uddannelse og arbejdsmarked

Derefter havde Vækstforum en længere drøftelse af de centrale udfordringer. Nøgleord var bl.a. uddannelse, internationalisering, fokusering og samarbejde. OECD's analyse af København bør være et centralt udgangspunkt for arbejdet. Diskussion og indlæg er derudover opsummeret nedenfor:

Kompetencer og uddannelse

- Afgørende at få hævet uddannelsesniveaue – på alle niveauer – folkeskole, ungdom- og viderefående uddannelser
- Udvikle uddannelserne – så også de unge mænd kan finde sig til rette i systemet – det er muligt at skrue uddannelserne anderledes sammen.
- Også huske fokus på at give de ufaglærte et løft – har ikke råd til at tabe – risiko for langtidsledighed - bruge Socialfonden til udvikling af arbejdskraften
- Kapaciteten på de internationale skoler – mangler 2000 pladser
- Flere højtuddannede og mere viden i de små og mellemstore virksomheder

Internationalisering

- Behov for kvantespring - gå over landegrænser – Øresund. Fra regional til globalt – lade sig inspirere af Singapore (Gateway to Asia) – Øresund som special economic zone: gateway to Scandinavia

- Myndighederne som troværdige samarbejdspartnere – kunne kommunikere på andet end dansk (herunder one-stop-shop for expats)
- Påvirke regering og folketing til mindre mistænkelighed overfor udlændinge – og så behov for generelt at styrke danskernes internationale orientering
- De internationale studerende vil gerne blive i Danmark – men der er problemer med at få dem til DK (Udlændingesservice mm.)

Klynger mv.

- Turde satse på de stærke klynger
- Cleantech og grøn vækst - energi- og klimooptimering af bygninger (bruge håndværkeres know-how)
- København som internationalt modecenter
- Velfærdsteknologi – offentlig-privat samarbejde

Markedsføring – events

- Indstillingen er også vigtig – tænke, ville, føle, ånde for vækst (kan lære af Chicago – og jyderne)
- Brug for en multiarena – men lige så vigtigt, at der også er tilstrækkelige aktiviteter i den
- Huske at velfærdsstaten og lighed er også en del af attraktiviteten for Hovedstaden

Fokusering og samarbejde

- Samarbejde på tværs i regionen er afgørende – konkurrence med Berlin og ikke Lemvig
- Vækstforum bliver nødt til at fokusere – begrænsede midler – ikke smøre for tyndt ud
- Samarbejde med Væksthuset er vigtigt
- Samarbejde – kigge uden for den snævre region bl.a. til Sjælland
- Fokusering er en balanceakt – passe på med at lægge alle i æg i samme kurv

Vibeke Storm Rasmussen takkede for diskussionslysten og de mange indlæg. Der er meget at arbejde videre med i udviklingen af erhvervsudviklingsstrategien.

#### **4. Vækstforum Hovedstadens opgaver, organisering og økonomi – status/hovedudfordringer**

Koncerndirektør Jens Chr. Sørensen holdt et oplæg om Vækstforums opgaver mv. Plancherne kan findes på vækstforums hjemmeside.

#### **5. Godkendelse af forretningsorden**

Udkastet til forretningsorden og en række emner i den forbindelse blev drøftet:

- Bisiddere/tilhørere: Spørgsmålet var blevet rejst i Vækstforums følgegruppe. Nogle af Vækstforums medlemmer ønskede, at det var muligt, at sekretariatsmedar-

bejdere kunne deltage i vækstforums møder som tilhørere. En række medlemmer fremførte, at Vækstforum i forvejen er et stort forum, og at det er vigtigt, at bevare et fortroligt rum, hvor der kan foregå en god og levende drøftelse af emnerne.

Samlet set var der ikke opbakning til at tillade bisiddere/tilhørere.

- Skriftlige høringer: Det blev fremført, at Vækstforum helt bør undgå skriftlige høringer, som den fandt sted i efteråret 2009 om kapitalfondsspørgsmålet. Sekretariatet svarede, at muligheden for skriftlige beslutninger først og fremmest er beregnet på godkendelse af beslutninger i de tilfælde, hvor Vækstforum ikke måtte være beslutningsdygtigt (var sket et par gange i det gamle vækstforum).
- Udsendelse af dagsorden: Der blev fremsat ønske om at modtage materialet i bedre tid end det foreslåede.

Udkast til forretningsorden blev godkendt, men således at §4 stk. 6 ændres til, at dagsordenen sendes ud senest 10 kalenderdage før mødet.

## **6. Mødeform og mødeplan for Vækstforum Hovedstaden**

Der var opbakning til at afholde et vækstforum-seminar den 15-16. juni.

Mødeplanen blev godkendt – dog skal der findes en anden mødedato end den 21. oktober, som er lagt i efterårsferien.

## **7. Justering af projektet Copenhagen Connected**

Vibeke Storm Rasmussen redegjorde kort for baggrunden for sagen. Ruteudviklingsprojektet Copenhagen Connected blev godkendt af Vækstforum i november 2009, men den statslige medfinansiering er ikke kommet på plads – en ansøgning i markedsføringsfonden er kun delvist blevet imødekommet. Dette nødvendiggør en faseopdeling af projektet, men der er endnu ikke kommet svar fra Markedsføringsfondens sekretariat – herunder hvordan midlerne evt. skal deles med andre lufthavne i Danmark. Derfor kommer sagen ikke til beslutning på dette Vækstforummøde.

Der fulgte en kort drøftelse om det bekymrende i udviklingen og den store betydning, lufthavnens udvikling har. Frank Jensen bekræftede, at Københavns Kommune fortsat bakker op om en faseopdeling, men at det er vigtigt, at der også arbejdes for statslig medfinansiering i de næste faser. Vibeke Storm Rasmussen opfordrede alle medlemmer til at arbejde for sagen i relevante fora. Det blev aftalt, at sekretariatet snarest udarbejder et kort notat om sagen til brug for medlemmerne.

## **8. Udpegning til diverse bestyrelser og udvalg**

*Wonderful Copenhagen og Copenhagen Capacity*

Vækstforum godkendte de af regionsrådet indstillede medlemmer til bestyrelserne for henholdsvis Wonderful Copenhagen og Copenhagen Capacity:

Til Wonderful Copenhagen bestyrelse:

- Medlem af Regionsrådet Per Seerup Knudsen (A), og
- Medlem af Regionsrådet Hans Toft (C).

Til Copenhagen Capacity bestyrelse:

- Medlem af Regionsrådet Per Seerup Knudsen (A),
- Medlem af Regionsrådet Peter Kay Mortensen (A),
- Medlem af Regionsrådet Abbas Razvi (B) og
- Medlem af Regionsrådet Ole Søbæk (C).

#### *Væksthus Hovedstadsregionen*

Derudover skal Vækstforum udpege to repræsentanter til Væksthus Hovedstadsregionens bestyrelse. Erhvervsorganisationerne var blevet bedt om at komme med en fælles indstilling af 2 kandidater. Dette havde ikke været muligt inden mødet, idet der var 4 kandidater fra hhv. DI, Finansrådet, Dansk Erhverv og Håndværksrådet. Erhvervsmedlemmerne indvilgede i snarest at komme med en fælles indstilling.

#### *Styringsudvalget for Delprogram Øresund*

Erhvervsorganisationerne har haft svært ved at finde egnede kandidater. Sekretariatet blev bemyndiget til at gå i dialog med erhvervsorganisationerne om at finde egnede kandidater (medlem og suppleant).

### **9. Afslutning af time-out for bevillinger – ansøgningsfrister for strukturfondene i 2015**

Vækstforum godkendte:

- at time-out for bevillinger til nye projekter ophæves
- at der kan gennemføres to ansøgningsrunder for EU-strukturfondene med behandling på Vækstforums møder i september og december
- at der nyudpeges et sagkyndigt panel, der rådgiver sekretariatet i vurderingen af ansøgningerne til strukturfondene.

Det sagkyndige panel sammensættes som hidtil med 7 sagkyndige (2 fra kommunerne, 2 fra erhvervsorganisationerne, 2 fra arbejdsmarkedets parter og 1 fra viden- og uddannelsesinstitutionerne)

Sekretariatet har på det grundlag fastsat følgende ansøgningsfrister for de 2 ansøgningsrunder:

- 16. juni 2010 (til vækstforumbehandling i september)
- 4. oktober 2010 (til vækstforumbehandling i december)

Endelig blev det aftalt, at sekretariatet for at gøre opmærksom på ophævelsen af time-out og sikre ansøgninger af tilstrækkelig kvalitet skal annoncere om afslutningen på time-out.

### **Fra vækstforum deltog**

- Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen, Region Hovedstaden
- Regionsrådsmedlem Ellen Thrane, Region Hovedstaden
- Regionsrådsmedlem Ole Søbæk, Region Hovedstaden
- Overborgmester Frank Jensen, Københavns Kommune
- Borgmester Kirsten Jensen, Hillerød Kommune
- Borgmester Erik Lund, Allerød Kommune
- Borgmester Søren Rasmussen, Lyngby-Tårnbæk Kommune – deltog i punkt 1-5
- Byrådsmedlem Niels Borre, Ishøj Kommune – deltog i punkt 1-3
- Byrådsmedlem Henrik Brade Johansen, Lyngby-Tårnbæk Kommune
- Vice President Jørn Henrik Levy Rasmussen, Terma A/S
- Administrerende direktør Allan L. Agerholm, Crowne Plaza Copenhagen Towers
- Johnnie Hansen, Varmesmeden i Asserbo Aps
- Administrerende direktør Allan Jørgensen, Kemp & Lauridsen A/S
- Privatdirektør Lone Bille Schjødt, Danske Bank A/S
- Administrerende direktør Henrik Asmussen, AstraZeneca A/S
- Rektor Johan Roos, Copenhagen Business School – deltog i punkt 1-3
- Arbejdsmarkeds- og uddannelseschef Niels-Jørgen Holm, HK Hovedstaden
- Administrerende direktør Anette Saust Estø, Fleye Aps
- Afdelingsformand John Westhausen, 3F (observatør)
- Direktør Birgitte Hass, FDC (observatør)
- Administrerende direktør Torben Nielsen, Kopenhagen Fur (observatør)
- Chefkonsulent Käthe Munk Ryom, AC - Akademikernes Centralorganisation (observatør)
- Direktør Randi Brinckmann Weinke, Professionshøjskolen Metropol (observatør)

### **Afbud**

- Rektor Ralf Hemmingsen, Københavns Universitet
- Direktør Niels Aksel Nielsen, Danmarks Tekniske Universitet
- Producent Nina Crone, Crone Film A/S (observatør)

### **Fra sekretariatet deltog:**

- Koncerndirektør Jens Chr. Sørensen, Region Hovedstaden
- Stabsdirektør Joost Nielsen, Region Hovedstaden
- Udviklingschef Henrik Madsen, Region Hovedstaden

Forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010

Sag nr. 15

Emne: Amgros I/S - udpegning af medlemmer og stedfortrædere til bestyrelsen

1 bilag

**Fra:** Anne Torp [mailto:ato@amgros.dk]  
**Sendt:** 7. maj 2010 09:51  
**Til:** Region Hovedstaden  
**Emne:** Udpegning af medlemmer til bestyrelsen i Amgros I/S

Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

## Udpegning af medlemmer til bestyrelsen i Amgros I/S

Ifølge Amgros interessentskabskontrakt punkt 8.1 udpeger Regionsrådene medlemmerne til Amgros bestyrelse. Udpegningen sker efter indstilling fra Danske Regioner.

Danske Regioner har indstillet følgende personer til henholdsvis medlem og suppleant i Amgros bestyrelse.

Medlem:           Regionsrådsmedlem Bent Larsen  
                      Regionsrådsmedlem Birgitte Kjøller Pedersen

Suppleant:       Regionsrådsmedlem Karin Dubin  
                      **2. suppleant mangler**

Amgros skal i den forbindelse snarest muligt bede om regionens bekræftelse på udpegningen, samt have navnet på den sidste suppleant. [ato@amgros.dk](mailto:ato@amgros.dk)

Med venlig hilsen

**Anne Torp**

**Assistent**  
Ledelsessekretariatet  
**Amgros I/S**  
Dampfærgevej 22  
DK-2100 København Ø

tlf. direkte: (+45) 8871 3071  
fax: (+45) 8871 3008  
e-mail: [ato@amgros.dk](mailto:ato@amgros.dk)  
web: [www.amgros.dk](http://www.amgros.dk)



Denne e-mail kan indeholde fortrolige oplysninger. E-mailen er kun bestemt for den anførte modtager. Hvis du ved en fejl har modtaget denne e-mail, beder vi dig venligst sende den retur til afsenderen og derefter slette den uden nogen form for behandling, videregivelse eller kopiering. På forhånd tak!