

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.12

Emne: Dom i Alimtasagen

1 bilag



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 9. april 2010 i sag nr. BS 2A-6368/2008:

Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
og
Overlæge, dr. med. Jens Benn Sørensen
c/o Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
mod
Generaldirektør Kenneth Plummer
DR Byen
Emil Holms Kanal 20
0900 København C
og
journalist, tilrettelægger Mette Frisk
DR Byen
Emil Holms Kanal 20
0900 København C
og
redaktionschef Steen Jensen
DR Byen
Emil Holms Kanal 20
0900 København C

Sagens baggrund og parternes påstande.

Denne sag, der er anlagt den 27. oktober 2008, vedrører spørgsmålet om de sagsøgte i udsendelsen "Når lægen ved bedst" på DR1 den 24. september 2008 har fremsat forsætlige direkte og indirekte sigtelser omfattet af straffelovens § 267 mod sagsøgerne for at have ydet visse patienter med lungehindekræft en fejlbehandling, der har medført unødvendige dødsfald og livsforkortelse, for derigennem at fremme overlæge Jens Benn Sørensens faglige prestige og privatøkonomi.

Sagsøgerne har nedlagt følgende påstande:

1. De sagsøgte idømmes hver størst mulig straf i medfør af straffelovens § 267.

2. De æresfornærmende sigtelser mortificeres i medfør af straffelovens § 273, stk. 1.

Mortifikationen, jf. straffelovens § 273, bør have følgende formulering:

"De beskyldninger, der er indeholdt i DR's dokumentarprogram "Når lægen ved bedst", imod Rigshospitalet og overlæge Jens Benn Sørensen for at have ydet visse patienter med lungehindekræft en behandling, der har ført til unødvendige dødsfald eller afkortning af levetid for derigennem at fremme Jens Benn Sørensens faglige prestige og privatøkonomi, kendes ubeføjede".

De sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Forklaringer.

Der er under sagen afgivet forklaring af lægelig direktør Jannik Hilsted og overlæge, dr. med. Jens Benn Sørensen, samt journalist Mette Frisk og redaktionschef Steen Jensen.

Jannik Hilsted har forklaret blandt andet, at hans arbejdsområde er generelle direktionsopgaver, særlige opgaver i relation til bl.a. offentlige myndigheder, og principielle opgaver i forbindelse med det overordnede lægelige ansvar for behandlingerne. Der er fri ordinationsret, således at den enkelte læge vælger og udskriver den medicin, han finder bedst. Det sikres dog altid, at der sker en ensartet behandling af patienterne, der tilbydes samme behandling på alle hospitaler. Kræftstyregruppen, der består af embedsmænd og læger, tager nye lægemidler op til vurdering og skriver indstilling til Sundhedsstyrelsen. Når det danske sundhedsvæsen indfører nye behandlingsformer, skal de finansieres til brug i hele landet i modsætning til lande med en forsikringsbaseret ordning. Rigshospitalet er onkologisk specialhospital for Østdanmark, men modtager patienter fra hele landet. Lægemiddelstyrelsen kan godkende lægemidler til anvendelse på brede eller snævre indikationer. Godkendelsesproceduren er i årenes løb blevet både tungere og dyrere, således at kun pengestærke virksomheder kan finansiere en godkendelsesprocedure. At Alimta er godkendt af Lægemiddelstyrelsen til behandling af lungehindekræft betyder alene, at der er givet markedsføringstilladelse til lægemidlet - d.v.s. at der må reklameres for det. Vinorelbine er også godkendt af Lægemiddelstyrelsen, men til en bred vifte af onkologiske behandlinger. Vinorelbine er brugt igennem mange år og er et velkendt præparat med markedsføringstilladelse både i Danmark og i udlandet. Stoffets virkning er dokumenteret ved klinisk erfaring, men ikke ved en sammenlig-

nende fase III undersøgelse. Et lægemiddels virkning kan dokumenteres enten gennem Lægemiddelstyrelsens godkendelse eller klinisk, d.v.s. gennem datadokumentation. I langt de fleste tilfælde foretages fase II undersøgelser, d.v.s. klinisk dokumentation med en registreringsprotokol, hvor lægen definerer undersøgelsen og selv vælger de patienter, der skal deltage. I fase III projekter sker der lodtrækning mellem sammenlignelige patienter. Alle nye præparater skal i dag igennem en fase III undersøgelse for at få markedsføringstilladelse, d.v.s. at lægemidlets sikkerhed er dokumenteret for såvidt angår giftighed og bivirkninger, hvilket ikke tidligere har været et krav. Gunnar Hillerdals udtalelse af 31. oktober 2008 (bilag 14, næstsidste side) fastslår blot, at en fase III undersøgelse er et stærkere udsagn. Vidnet er enig i Gunnar Hillerdals udtalelse i punkt 4. Han ved ikke, om der er dokumenteret en undersøgelse som omtalt af Hillerdal i punkt 5. Efter fase III protokol-len vedrørende Alimta, er midlet utvivlsomt uden bivirkninger, men både den kliniske effekt og det faglige indhold af undersøgelsen er tvivlsom, idet der er afprøvet monoterapi overfor dobbeltterapi, skønt man de sidste 10-20 år har vidst, at det er nødvendigt med dobbeltterapi ved lungehindekræft. Fase III undersøgelsen burde ikke have været godkendt, og det er "ud i det blå" at bruge undersøgelsen som dokumentation for, at behandling med Alimta er bedre end med Vinorelbine. Selv om Alimtas virkning er statistisk signifikant, er den ikke klinisk relevant. Når Lægemiddelstyrelsen i et svar til Folketinget har udtalt, at undersøgelsen af Alimta i kombination med Cisplatin er den bedst dokumenterede medicinske behandling af lungehindekræft, henvises der alene til, at det er den største undersøgelse. En undersøgelse af denne type, der f.eks. dokumenterer, at lægemidlet er uden bivirkninger, bruges som reference for videre forskning. Uanset det af Indenrigs- og Sundhedsministeriet anførte i notatet til Folketingets Europaudvalg, er det vidnets opfattelse, at Alimta ikke er bedre end andre lignende produkter. For at få en markedsføringstilladelse skal det kunne dokumenteres, at behandling med det pågældende lægemiddel giver en kvantitativ forbedring. I 2003, hvor Alimta blev afprøvet, "sad overliggeren meget lavt". I forsøget blev Alimta sammenlignet med en klart ringere behandling, som man i praksis ikke ville tilbyde nogen. Det havde været mere relevant at undersøge Alimta i kombination med Cisplatin overfor Vinorelbine med Cisplatin. En sådan relevant undersøgelse findes dog ikke. Han er enig i Jens Ersbølls erklæring af 10. juli 2008. Når lægemidler anvendes i forsøg, er det "forsøgsmedicin". Forsøgspersonerne kan være både syge og raske. I forsøgene registreres behandlingen, ligesom der indsamles data, udarbejdes virkningsprofiler o. lign. Herefter publiceres den kliniske dokumentation. Hvis der havde været en fase II forsøgsprotokol på Alimta, ville Alimta også have været "forsøgsmedicin". Der er en vis prestige i at få sine undersøgelser publiceret først, ligesom det giver bedre muligheder for finansiering. Rigshospitalet finansierer årligt forskning for ca. ½ mia. kr. Heraf stammer 200 mio. kr. fra offentlige fonde og statsmidler, mens resten finansieres af lægemiddelindustrien. Der er i forskningen alene tale om en faglig konkurrence uden indblanding af privatøkonomi. Forsøgsprotokollerne skal altid godkendes af klinikchefen og Videnskabsetisk Komité. En standardbehandling er en be-

handling, der opfylder sygehusvæsenets standard. På kræftområdet bestemmer Kræftstyregruppen hvilken behandling, der skal gives. Ved de mindre typeområder træffes bestemmelsen af de videnskabelige selskaber og klinikkerne i fællesskab. Efterhånden er en meget stor del af kræftområdet protokolleret. Personer i standardbehandling kan også være udtaget til protokol og bliver så "forsøgspersoner", selv om alle får den samme behandling. Jens Benn Sørensens patienter fik alle standardbehandling, selv om de benævnes forsøgspersoner. Standardbehandling kan være både national og international. Traditionelt er Danmark orienteret mod USA og Storbritannien, der har samme tilgang til lægemidler som Danmark. Internationale videnskabelige selskaber kan også anbefale standardbehandlinger, men hverken Vinorelbine eller Alimta er nævnt heri, da der ikke findes relevante undersøgelser af stofferne. På Rigshospitalet er Vinorelbine i kombination med Cisplatin standardbehandling, og Jens Benn Sørensen har lavet en fase II forsøgsprotokol på standardbehandlingen. Senere er standardbehandlingen udvidet med Alimta, der ikke er et bedre produkt end Vinorelbine, men otte gange så dyrt. Noget gik galt i Rigshospitalets kommunikation med Søren Kock, som herefter valgte selv at betale for behandling med Alimta i Tyskland. Second Opinion udvalget havde ikke indstillet Søren Kock til behandling i Tyskland, men den danske stat refunderede senere Søren Kocks udgifter til behandlingen. Det er væsentligt, at patienterne er trygge, så da der efter markedsføringen af Alimta rejste sig et "folkekrav" på behandling med Alimta, blev det taget med i standardbehandlingen som en kulancemæssig ordning. Som standardbehandling tilbyder Rigshospitalet nu Vinorelbine i kombination med Cisplatin til inoperable patienter, og Alimta i kombination med Cisplatin til operable patienter. Alimta ville derfor under alle omstændigheder ikke have været anvendt til Søren Kock, som var inoperabel. Patientinformation sker både skriftligt og mundtligt med henblik på tilsagn fra patienten til den påtænkte behandling. Den skriftlige orientering uddybes mundtligt og spørgsmål besvares af den pågældende læge. Jo mere kompliceret en behandling der påtænkes, jo mere uddybende information gives der. Patienten skal informeres om behandlingsmulighederne på et tilstrækkeligt højt niveau. Reelt ligeværdige behandlingsmetoder afvejes overfor hinanden og patienten informeres herefter om den relevante behandling, herunder klinisk effekt og bivirkninger samt de økonomiske overvejelser, der har ligget til grund for vurderingen. Der orienteres om standardbehandlingen, men ikke om alle ligeværdige alternativer. Patienten kan ikke frit vælge behandling. Hvis to lægemidler er ligeværdige, men det ene er otte gange så dyrt som det andet, vil der blive tilbudt behandling med det billigste lægemiddel. I andre lande, f.eks. Schweiz, har man et forsikringsbaseret system, således at patienten selv kan vælge sin behandling. I Danmark er man forpligtet til at behandle alle ens, og patienterne har derfor ikke frit valg. Der orienteres ikke om behandlingsmetoder, som man ikke har i sinde at anvende. Patientinformationen burde nok have nævnt eksistensen af andre relevante behandlingsmetoder, men bør ikke nævne specifikke præparater som alternativ. Da undersøgelsen af Alimta var underlødigt, har det ikke været relevant at orientere om Alimta, selv om lægemidlet havde markedsføringstilladelse. Da Jens

Benn Sørensens forsøgsprotokol vedrørende Vinorelbine blev indsendt, var der intet økonomisk tilskud til forsøget, hvorfor der intet blev oplyst om økonomien. Da der efterfølgende blev opnået tilskud til forskningen, burde Jens Benn Sørensen have oplyst Etisk Komité om den ændrede økonomiske status. En fejl af denne type er på "parkeringsbødeniveau". Alle forskningsmidler administreres centralt, og indberetning af ændringer i de økonomiske forhold ligger derfor ikke forrest i den enkelte læges bevidsthed. Man burde nok også efterfølgende have orienteret patienterne om den økonomiske støtte. Rigshospitalet har efter denne sag udsendt en instruks om indberetning ved ændring i økonomien. Lægemiddelstyrelsen har ligeledes gjort opmærksom på, at der skal oplyses om de økonomiske forhold mellem læger og lægemiddelindustrien. Når der modtages forskningsmidler, anbringes de i regnskabsafdelingen, der opretter en konto med projektets navn og afdeling. Projektlederens navn vil typisk stå på kontoen. Ved udbetalinger fra kontoen skal der fremsendes rekvisition og bilag, som skal revideres. Projektlederen kan alene anvise til betaling, men kan ikke selv få udbetalt penge. Forskningsmidlerne i Jens Benn Sørensens projekt har været anvendt til projektsygeplejersker og databehandling. Danmarks Radio har efter begæring om aktindsigt fået udleveret en del materiale herom. Danmarks Radios udsendelse har været alvorlig for Rigshospitalet, dels fordi den massivt postulerer, at hospitalet har givet en underlødige behandling mod bedre vidende til meget syge mennesker, og dels fordi den postulerer, at Jens Benn Sørensens forskning er foregået i egen interesse både økonomisk og prestigemæssigt, og indicerer, at Jens Benn Sørensen er "i lommen" på lægemiddelindustrien. I udsendelsen fremstår Alimta som den eneste godkendte behandling, hvilket er "helt ved siden af". Seerne skal være meget tungnemme for ikke at opfatte behandlingen med Vinorelbine som en fejlbehandling. Sammenkædningen af jetfly, limousiner og champagne med Jens Benn Sørensens "private forskningskonto" indicerer, at Jens Benn Sørensens forskning er sket for egen vindings skyld. Sagsøgerne overvejede at klage til Pressenævnet, men mente ikke, at en sådan henvendelse havde den fornødne gennemslagskraft. Da Danmarks Radios ombudsmand ikke ville give en substantiel berigtigelse, og læserbreve m.v. ikke blev optaget, var et sagsanlæg den eneste udvej. Udsendelsen har skabt mistillid til både Rigshospitalet og Jens Benn Sørensen og har skabt usikkerhed hos både patienter og pårørende. Selv har han modtaget 50-100 "hademails". Udsendelsen giver bestemt ikke indtryk af, at Rigshospitalet har givet patienterne en ligeværdig behandling. Det er helt afgørende, at der er et tillidsforhold mellem hospital og patient, idet behandlingsforløbet bliver ringere, hvis patienten samtidig skal beskæftige sig med, om han bliver snydt af lægen. Det kan efter patienternes udtalelser i udsendelsen konstateres, at der har været et kommunikationsproblem mellem hospital og patient - i hvert fald for så vidt angår Søren Kock, der afbrød kontakten til Rigshospitalet. Rigshospitalet påtog sig ansvaret for den dårlige kommunikation og betalte for behandlingen i Tyskland. Det er helt sædvanligt, at Rigshospitalet udleverer materiale til pressen og besvarer spørgsmål, men Mette Frisk skulle have besvaret spørgsmål i én uendelighed. Rigshospitalet har brugt ca. 1 årsværk, d.v.s. ca. 400.000 kr., på at besvare henvend-

delser fra Mette Frisk, og der er gjort en kolossal indsats for at imødekomme hendes anmodninger. Vidnet vil ikke anfægte den af Mette Frisk udfærdigede tidslinie i sagen. Efter samtaler med Rolf Stahel og Ulrich Gatzemeier, var det vidnets opfattelse, at der i Danmarks Radio var sket en "tendentøs" klipning af interviewet med de to. Manuskriptet lå åbenbart allerede fast og han var bange for at blive "klippet til sildesalat", medmindre han medvirkede i en direkte udsendelse, selvom han ofte er blevet "båndet" til udsendelser i Danmarks Radio. Han mente også, at sagen allerede var fuldt oplyst overfor Mette Frisk, idet de i mailen af 17. juni 2008 nævnte fire punkter tidligere var blevet besvaret af Rigshospitalet, hvorfor han ikke ville bruge længere tid på det. Han husker ikke præcis hvilke spørgsmål, Mette Frisk har stillet hvornår. Han husker heller indholdet af en telefonsamtale med dokumentarchef Steen Jensen. Han har nok under samtalen nævnt sin manglende tillid til Mette Frisk og fremsat ønske om at medvirke i direkte TV - alternativt at måtte godkende den efterfølgende redigering af en båndet udsendelse. Efter at Jens Benn Sørensen havde modtaget svar fra både Rolf Stahel og Ulrich Gatzemeier, og selv var blevet optaget med skjult kamera på parkeringspladsen uden for Rigshospitalet, skrev vidnet brevet af 27. juni 2008 til Danmarks Radio

Jens Benn Sørensen har forklaret blandt andet, at han er speciallæge i intern medicin og har beskæftiget sig med kræftbehandling siden 1981. Han behandler især lungekræft og lungehindekræft. Ca. 100 patienter diagnosticeres årligt med lungehindekræft. Heraf er ca. 1/8 operable. Ca. 40-50 patienter får årligt kemoterapi. Dette tal har ligget ret konstant de sidste 7-8 år. Ikke alle kan tåle kemoterapi, f.eks. på grund af alder. Asbest blev forbudt i 1983, og man vil derfor om 10-15 år opleve et fald i antallet af lungehindekræfttilfælde. De inoperable patienter har en meget dårlig prognose med en levetid på ca. 1 år. De kan ikke helbredes, men man kan give symptomlindring. De operable patienter opereres og behandles herefter med kemoterapi og stråling. Strålebehandling gives også til inoperable patienter som lindring, men ikke som behandling. Der er over 10 forskellige typer kemoterapi med nogenlunde ligeværdige resultater. Der er ikke foretaget sammenlignende undersøgelser mellem forskellige kombinationsbehandlinger. Ved behandling med Vinorelbine skrumper tumor i 24 % af tilfældene og ved behandling med Alimta i 13 % af tilfældene. Vinorelbine er et yderst velkendt stof, både nationalt og internationalt. Det er over 20 år gammelt og veldokumenteret. Man kender alt til forskellige bivirkninger på bryst og lunger. En fase II undersøgelse har vist, at Vinorelbine er et mere aktivt stof end Alimta. Det er endvidere et billigere stof. Alimta har været brugt som 2. linje behandling i Tyskland og siden 2004 også i Danmark. Fase III undersøgelsen, der ligger til grund for brugen af Alimta, vedrører 1. linje behandling. Statistisk materiale vedrørende responsrate og gennemsnitlig overlevelse ligger til grund for Lægemiddelstyrelsens vurdering med henblik på godkendelse af et lægemiddel. I 1970'erne begyndte man at behandle med Cisplatin - oprindeligt for testikelkræft, men senere i kombination med andre stoffer til forskellige kræftformer. Stoffet gav bivirkninger på hørelsen, følenerverne

og nyrerne. Stoffet var også svært at give, idet det tog en hel dag. I midten af 1980'erne begyndte man at behandle med Carboplatin, som havde samme bivirkninger som Cisplatin, dog mindre udtalte. Stoffet var også nemmere at give, idet det tog ½-1 time. Man tabte lidt på effekten, men vandt på livskvalitet og bivirkninger. Til behandling med henblik på helbredelse anvendes Cisplatin, som er det mest effektive stof. Hvis behandlingen alene er lindrende, anvendes Carboplatin, som giver en bedre livskvalitet. Standardbehandlingen har fra 2005 til sommeren 2007 været først Cisplatin og senere Carboplatin i kombination med Vinorelbine. Da man fik Alimta, kunne det bruges i kombination med Cisplatin til operable patienter, mens man til ikke operable patienter anvendte Vinorelbine i kombination med Cisplatin. Sagsøger er ikke enig i Lægemiddelstyrelsens udtalelser om Alimta. Alimta er indgået i en stor undersøgelse, og stoffet er derfor veldokumenteret, men ikke specielt godt i forhold til øvrige muligheder. Alimta er siden 2004 blevet anvendt i Danmark som 2. linje behandling og siden 2007 som 1. linje behandling. Patienterne havde via medierne fået det indtryk, at Alimta var en mirakelkur. Derfor indførte Rigshospitalet Alimta som tilbud. I dag anvendes Alimta i kombination med Carboplatin som standardbehandling til inoperable patienter. På tidspunktet for Hans von der Maases notat om behandlingen af lungehindekræft på Onkologisk Klinik, Rigshospitalet, var standardbehandlingen Carboplatin og Vinorelbine. En gang i løbet af efteråret 2008 blev standardbehandlingen for operable patienter ændret til Cisplatin i kombination med Alimta. Hvis nogle skal tilbydes Alimta, skal alle tilbydes Alimta. Man tilråder ikke Alimta i kombination med Cisplatin til inoperable patienter, som dog kan behandles med Cisplatin og Alimta på begæring. Han vil hellere tilbyde de inoperable patienter Carboplatin og Alimta. Der er ingen forskel i effekten af Alimta på operable og inoperable patienter. Alimta er kun godkendt til inoperable patienter, men kan sagtens bruges til operable patienter også. Sagsøger vil ikke anbefale Alimta, men overlader initiativet til patienten selv. I fase III undersøgelsen er Alimta testet i kombination med Cisplatin. Sagsøger mener dog ikke, at det er hensigtsmæssigt at give de inoperable patienter Cisplatin, men mener, at Carboplatin er et bedre stof. Hvis Alimta gives i forbindelse med Cisplatin, er det med henblik på operation. Søren Kock, som var inoperabel, havde et specifikt ønske om behandling med Alimta. Det var sagsøgers opfattelse, at Søren Kock var bedre behandlet med Vinorelbine i kombination med Carboplatin. Han har kun talt med Søren Kock en enkelt gang, hvor han informerede om det relevante tilbud. Al yderligere kommunikation foregik herefter med Søren Kocks datter. Søren Kock blev behandlet med Carboplatin og Alimta i Tyskland. Efter udsendelsen i Danmarks Radio opstod der blandt patienterne mistillid til behandlingen med Vinorelbine. Det var herefter umuligt at gennemføre en forsøgsprotokol på dette lægemiddel. Forsøgsprotokollen ville heller ikke kunne finansieres. Der blev derfor ikke gennemført nogen forsøgsprotokol på Vinorelbine. Vinorelbine står i internationale guidelines tillige anført for andre kræftformer end lungehindekræft. Alimta bruges både ved lungekræft og lungehindekræft som 2. linje behandling. Det bruges også som 1. linje behandling til patienter med visse karakteristika. Alimta har været brugt de

sidste 5 år på Rigshospitalet og indgår i et forskningsforsøg vedrørende væske i lungehinderne. Protokollen er lavet af Eli Lilly, som præsenterer den for forskellige sygehuse og fuldt ud finansierer projekterne. Rigshospitalet har samarbejdet med Eli Lilly i ca. 15 år. Eli Lilly har altid 60-80 protokoller kørende af gangen for at forbedre behandlingerne. I dag er forsøgsprotokollerne overvejende finansieret af lægemiddelindustrien. Der er ikke mange akademiske protokoller tilbage. Der er intet odiøst i finansiering af forskning. En deltager i en protokol er "forsøgsperson" og får "forsøgsmedicin". De ansvarlige i hvert land for den nordiske mesotheliom gruppe besluttede at lave en fælles fase II protokol om Carboplatin i kombination med Vinorelbine. Protokollen skulle køre i Danmark, Sverige, Norge og Finland. Gunnar Hillerdal deltog i protokollen for Sverige. Protokollen var ikke finansieret og forsøget var dyrt at køre med udgifter til både den kliniske forskningsenhed og databehandlingen. Forsøgsprotokollen kostede ca. 8-10.000 kr. pr. patient, der indgik i protokollen. Efterfølgende finansierede lægemiddelindustrien protokollen med 20-50.000 kr. Forsøgsprotokollen blev startet op i Danmark, men Gunnar Hillerdal ville ikke starte forsøget op i Sverige på grund af manglende finansiering. Sagsøger var irriteret på Gunnar Hillerdal efter dennes udtalelser til Danmarks Radio, idet Gunnar Hillerdal selv havde været med til at lave fase II protokollen på Vinorelbine. Sagsøger mente ikke, at der var tale om et sobert interview. Inden udsendelsen havde Danmarks Radio oplyst, at tesen var, at der var givet en forkert behandling på Rigshospitalet. Sagsøger var forbløffet over, at hans kolleger kunne komme til et andet resultat end han selv, når deres udtalelser havde baggrund i samme litteratur. Han kontaktede derfor både Rolf Stahel og Ulrich Gatzemeier, der samstemmende udtalte, at der ikke var forskel på behandlingen med Vinorelbine og Alimta. Han skrev ikke til Gunnar Hillerdal. Der findes en lang række behandlingsmuligheder uden større forskel mellem de forskellige præparater. Sagsøger giver den i Hans von der Maases notat af 23. september 2008 omtalte orientering. Hvis patienterne herefter ikke føler sig suffi-
cient orienteret, er det en fejl. Under patientinformationen stilles diagnosen, og der gives en prognose og et behandlingsforslag. Vedrørende behandlingen drøfter man det rent praktiske, patientens forventninger og lægemidlets eventuelle bivirkninger. Et informationsmøde varer 1-1½ time. Der gives også skriftlig information. Man giver så mange relevante oplysninger som muligt, men prøver at undgå overflødig information, da det i forvejen er "en stor mundfuld". Man orienterer meget om det konkrete behandlingsforløb og nævner også andre behandlingsmuligheder - men ikke samtlige behandlingsmuligheder - og omtaler ikke enkelte præparater. Typisk vil man nævne, at der findes mange ligeværdige muligheder, hvoraf man vil tilbyde et bestemt stof. Man besvarer spørgsmål vedrørende det konkrete behandlingstilbud og omtaler alternative behandlingsmuligheder, hvis patienten spørger ind til det. Det er hensigten, at patienten skal kunne modtage behandling på for-
svarlig vis. Inoperable patienter får tilbudt Carboplatin i kombination med et andet stof. Det er ikke så væsentligt hvilket stof. Ud fra litteratur, sikkerhedsprofil, nemhed, forsvarlighed, pris m.v. vurderes hvilken standardbehandling, der vil være den optimale. Det sker jævnligt, at standardbehandlin-

gen ændres i takt med udviklingen. Hvis to stoffer virker lige godt, er der ikke belæg for at vælge det dyreste. Man vælger det stof, der giver den bedste behandling. Hvis den bedste behandling ikke er tilgængelig i Danmark, anbefaler lægen behandlingen, hvorefter man prøver at få Second Opinion udvalget til at sende patienten til udlandet for behandling. Det var potentielt muligt at operere Susan Pedersen. Susan Pedersen fik 3 gange kemobehandling og blev herefter skannet og fik en kikkertundersøgelse af lymfeknuderne forud for operationen. Kikkertundersøgelsen viste spredning af kræft til lymfekirtlerne, hvilket medførte, at Susan Pedersen ikke længere kunne opereres. Alimta er godkendt til inoperable patienter, men da Susan Pedersen oprindeligt var operabel, blev hun ikke orienteret om muligheden for behandling med Alimta. Efterfølgende fik hun Alimta i 2. linje behandling. Susan Pedersen havde næppe haft gavn af Alimta i 1. linje behandling, idet tumoren ikke skrumpede ved Alimta behandling i 2. linje. Det er således helt usandsynligt, at den ville være skrumpet i 1. linje behandling. Oprindeligt havde sagsøger drøftet finansiering af forsøgsprotokollen vedrørende Vinorelbine med Pierre Fabre, som imidlertid ikke ville finansiere den. Man indsendte protokollen, men fortsatte sideløbende hermed drøftelserne om finansiering. Ved udgangen af 2006 og udgangen af 2007 modtog sagsøger al ligevel finansieringsbeløb, som blev indsat på en konto i Rigshospitalets regnskabsafdeling. Kontoen betalte forskningsprojektets tilknyttede udgifter, d.v.s. den kliniske forskningsenhed bestående af 14 sygeplejersker, 1 sekretær, 1 datamanager og studentermedhjælp. Sagsøger kunne ikke selv få udbetalt penge fra kontoen. Det er en fejl, at han ikke efterfølgende har meddelt, at han modtog økonomisk støtte til protokollen, men han var ikke opmærksom på, at der skulle ske efterfølgende indberetning ved ændring af økonomien i projektet. For at opnå godkendelse i Lægemiddelstyrelsen, skal der foreligge en registreringsprotokol, der viser, at behandling med Alimta statistisk er bedre end behandling med andre stoffer. Ingen vil behandle med Cisplatin alene og protokollen afspejler derfor ikke den kliniske virkelighed. Den bedst mulige behandling er ikke enkeltstofbehandling, og undersøgelsen er derfor ikke brugbar. Det er ikke relevant at sammenligne dobbeltterapi med monoterapi. Sagsøger har under flere telefonsamtaler benægtet overfor Mette Frisk, at det skulle være uetisk ikke at behandle med Cisplatin og Alimta, som hævdede af hende. Undervejs i et forskningsforløb informeres om mellemresultaterne. Brugen af Cisplatin og Vinorelbine er endeligt af-rapporteret, mens brugen af Carboplatin og Vinorelbine ikke er endelig af-rapporteret. De inoperable patienter døde i løbet af 1 år, og af de operable patienter var 20-30 % stadig i live efter 5 år. Det er sagsøger, der har skrevet det notat af 23. september 2008, som Hans von der Maase har gennemlæst, rettet lidt i og herefter underskrevet. Rent principielt er det ikke forsvarligt at sammenligne de i tabel 1 anførte forsøg med hinanden. Sagsøger er enig i Gunnar Hillerdals udtalelser (bilag 14, næstsidste side, punkt 4), idet der ikke er foretaget nogen formel sammenligning ved en randomiseret undersøgelse af Vinorelbines effekt i kombination med et andet stof. Der er derfor ikke videnskabelig bevis for stoffets resultater. Han er derimod ikke enig i udtalelsens punkt 3, idet Gunar Hillerdal har glemt Raltitrexed, som anført

under van Meerbeck i Hans von der Maases notat, tabel 1. I de officielle guidelines er anført niveau A-D, hvor A er den randomiserede undersøgelse, B den sammenlignende undersøgelse og C en undersøgelse, hvor kliniske eksperter udtaler sig samlet. Det ligger implicit i Danmarks Radios udsendelse, at patienterne mener sig fejlbehandlet og at Vinorelbine er et underlødigt lægemiddel. Sagsøger har fået flere mails fra patienter, der er kede af ikke at have fået behandling med Alimta. Det ligger også implicit i programmet, at behandlingen med Vinorelbine har ført til dødsfald. Sagsøger har flere gange talt med Mette Frisk og gjort meget ud af at forklare om kræftbehandlingen. Han har også flere gange talt i telefon med Søren Kocks datter. Han mente ikke, at han kunne bidrage med mere. Sagsøger havde også mistet tilliden til Mette Frisk og var derfor sikker på, at et båndet interview ville blive klippet til ukendelighed, som det var sket for de udenlandske kolleger. Efter samtale med sin klinikchef besluttede sagsøger derfor ikke at medvirke i udsendelsen.

Mette Frisk har forklaret blandt andet, at hun primært arbejder alene med research og tilrettelæggelse, men står til ansvar overfor sin chef, Steen Jensen. Hun havde talt med Kræftens Bekæmpelse, som efter henvendelse fra patienter undrede sig over kræftbehandlingen i Danmark. Sagsøgte startede derfor en research af omfanget af behandlinger for lungehindekræft og lægevidenskabens behandlingsforslag. Hun fik kontakt med nogle patienter via Kræftens Bekæmpelse og med andre patienter gennem de første. Hun kontaktede også fagforeningerne for at få kontakt med tidligere asbestarbejdere. Hendes første kontakt var med Søren Kock, der udelukkende havde fået tilbudt Vinorelbine. Søren Kocks datter var sygeplejerske i Luxemborg, hvor man anvendte Alimta. Også andre patienter fortalt sagsøgte, at de kun havde fået tilbudt Vinorelbine. Sagsøgte har ikke kritiseret Rigshospitalet for fejlbehandling, der har ført til dødsfald. Hendes ærinde har alene været at gøre opmærksom på, at Alimta er et bedre dokumenteret stof end Vinorelbine. Hun har samlet udtalelser fra patienter og eksperter, men kan ikke selv udtale sig om, hvorvidt Alimta er et bedre produkt end Vinorelbine. Hun har også læst både guidelines og revues og talt med eksperter. Det var herefter hendes opfattelse, at Alimta efter en fase III undersøgelse var det bedst dokumenterede produkt og derfor var blevet godkendt af Lægemiddelstyrelsen. Raltitrexed er ikke i handlen i Danmark, og det har derfor ikke været relevant at medinddrage anvendelsen af dette stof i udsendelsen. Når hun i udsendelsen har omtalt stoffer som "godkendt", har hun brugt Lægemiddelstyrelsens målestok. Alimta er det eneste stof, der har været tilstrækkelig veldokumenteret til at blive godkendt af Lægemiddelstyrelsen. Ifølge Jens Ersbøll kender man både stoffets sikkerhed og dets virkning. Hun har endvidere anvendt begrebet "godkendt" både vedrørende operable og inoperable patienter, fordi eksperterne ikke skelner. Eksperterne skelner kun mellem brugen af Cisplatin og Carboplatin. Susan Pedersen var den eneste af de patienter, hun talte med, der var operabel. Sagsøgte har benævnt Vinorelbine "forsøgsmedicin", idet det var den terminologi, Jens Benn Sørensen selv anvendte i protokollen. Hvis Vinorelbine bruges uden for protokol, er det deri-

mod ikke forsøgsmedicin. De patienter, sagsøgte har talt med, var alle blevet tilbudt at deltage i et protokolleret forsøg, hvorfor de har fået "forsøgsmedicin". Der er kun ét godkendt kemomiddel mod lungehindekræft, nemlig Alimta, idet Vinorelbine ikke er godkendt til lungehindekræft, men til lungekræft og brystkræft. Det er faktisk korrekt, at det har haft store konsekvenser for Susan Pedersen, at blive behandlet med Vinorelbine, idet kuren ikke fik tumoren til at svinde med den følge, at hun ikke længere kunne opereres. Sagsøgte har senere i udsendelsen oplyst, at man ikke ved, hvordan det ville være gået, hvis Susan Pedersen var blevet behandlet med et andet stof. Fra fase III undersøgelsen ved man, at Alimta virker. Dette er endvidere bekræftet af Rolf Stahl, Ulrich Gatzemeier og Gunnar Hillerdal. Sagsøgte kontaktede Rolf Stahl på en konference i Geneve. I sommeren 2007 interviewede hun Gunnar Hillerdal og Ulrich Gatzemeier til udsendelsen. Hun fortalte de udenlandske eksperter om udsendelsens tema inden interviewene. Hun fortalte, at udsendelsen vedrørte lungehindekræftbehandlingen i Danmark, og at patienterne var utilfredse med behandlingen. De udenlandske eksperter undrede sig over, at man ikke anvendte Alimta i 1. linje behandling i Danmark som i deres respektive lande. Eksperterne udtalte sig ikke om, hvorvidt Alimta i kombination med et andet produkt, var bedre end Vinorelbine i kombination med et andet produkt. Eksperterne fremhævede dog alle, at Alimta havde gennemgået en fase III undersøgelse, og derfor var et mere gennemprøvet produkt. Hun har ikke klippet i de afholdte interviews, så de blev misvisende. Inden udsendelsen mailede hun til de pågældende eksperter, hvordan de ville blive citeret i programmet. Ingen af dem protesterede herimod. Da sagsøgte's tese ikke var korrekt gengivet i Jens Benn Sørensen's mail til Ulrich Gatzemeier, svarede denne på et forkert grundlag. Da der ikke findes nogen sammenlignende undersøgelse, kan Ulrich Gatzemeier ikke svare anderledes. Sagsøgte skrev til Gunnar Hillerdal efter at have fulgt debatten i Dagens Medicin og set, at han var ved at blive miskrediteret. Han havde ikke set programmet, men alene svaret på baggrund af debatten i Dagens Medicin. Sagsøgte havde både orienteret ham om temaet og sendt ham citaterne inden udsendelsen. Sagsøgte havde tidligere haft kontakt med Jens Ersbøll, så da hun en dag pludselig fik en fotograf stillet til rådighed, besluttede hun at interviewe ham. Der var dog ingen grund til at bringe interviewet, da Ersbøll's tekniske oplysninger allerede var omtalt i programmet. Under sagsøgte's samtaler med Hans von der Maase den 19. oktober 2007 og Jens Benn Sørensen den 22. oktober 2007 fik hun svar på sine spørgsmål. Siden var der ingen, der ville besvare hendes spørgsmål. Det var den eneste egentlige samtale hun havde med Jens Benn Sørensen. Næste gang hun rettede henvendelse til ham, lagde han røret på. Da hun ikke kunne få svar på sine mange kritikpunkter, kontaktede hun Jannik Hilsted. Hun opsøgte også Jens Benn Sørensen med skjult kamera på parkeringspladsen foran Rigshospitalet, da han ikke besvarede hendes henvendelser pr. telefon og mail, ligesom han ikke ville udtale sig, da hun opsøgte ham på en konference. Hun ville gerne have udtalelser fra både Jannik Hilsted og Jens Benn Sørensen, da det ville give en "skæv" udsendelse, hvis de ikke kom til orde. Hun ville vise i programmet, at hun havde forsøgt at få svar på sine spørgsmål. Hun havde

drøftet fremgangsmåden med redaktionschefen. Både Gunnar Hillerdal, Ulrich Gatzemeier og Rolf Stahl har godkendt, hvad de er citeret for at have sagt. Hun har ikke bevidst udeladt noget i udsendelsen. Ersbøll blev alene interviewet som repræsentant for Lægemiddelstyrelsen og ikke som ekspert i lungehindekræft. I udsendelsen er der intet nævnt om Jens Benn Sørensens privatøkonomi. Udsendelsen vedrører alene spørgsmålet om, hvorfor man anvender Vinorelbine på Rigshospitalet, når alle andre bruger Alimta. Når hun ikke kunne få Rigshospitalet i tale, var hun nødt til at eftersøge motiverne. Begrebet "personlig forskningskonto" blev brugt af Rigshospitalet på et møde i april. Både bogholderen og en jurist var med til mødet. Bogholderen fortalte, at forskningskontiene altid blev knyttet op på personnavne. Sagsøgte fandt det relevant og nødvendigt at nævne økonomien i udsendelsen. Første halvdel af programmet kunne ikke stå alene, idet det ville rejse en storm af spørgsmål fra seerne. Sagsøgte har ikke i udsendelsen konkluderet vedrørende økonomien, men blot nævnt, at der kunne være en mulig sammenhæng. Programmets "præmis" er hovedpointen. Præmissen er, at Alimta er bedre dokumenteret end Vinorelbine. Sagsøgte har ikke forholdt sig kvalitativt til præparaterne, men stillet en masse spørgsmål. I udsendelsens kap. 3 er præmissen "1 læge bestemmer - Alimta er eneste mulighed - men giver Vinorelbine". Sagsøgte har ikke hermed sagt, at det ene præparat er bedre end det andet. Hun har nævnt, at der kun er ét godkendt kemomiddel. Eksperterne skelner ikke mellem operable og inoperable patienter. Diagnosen kommer an på, hvor langt man går ned i detaljen. Alimta er ikke godkendt til operable patienter. Sagsøgte vidste godt, at Susan Pedersen var operabel. Det er ikke sagsøgtes vurdering, at Alimta virker, men et faktum. Man ved, at Alimta virker, men det er ikke dokumenteret, at det virker bedre end andre lægemidler. Gunnar Hillerdal har forklaret, at Vinorelbine alene har været gennem en fase II undersøgelse, medens Alimta har været gennem en fase III undersøgelse, som er en reel dokumentation. Alimta er derfor dokumenteret virksom, mens de andre stoffer ikke er. Sagsøgte har i udsendelsen formuleret sig lige så firkantet, som Gunnar Hillerdal udtalte sig. Susan Pedersen havde sendt sin journal til Rolf Stahl i Schweiz. Rolf Stahl havde ikke fået nogen officiel oversættelse af journalen, men havde talt med Susan Pedersen i telefonen, og på det grundlag vurderet hendes sag. Det er rigtigt, at Jens Ersbøll flere gange har forklaret hende, at man ved at sammenligne Alimta i kombination med Cisplatin med en monoterapi med Cisplatin har valgt en comparator i kontrolarmen, hvor sandsynligheden for et positivt resultat var meget stor. Flere andre har givet udtryk for, at forsøgsprotokollen kunne diskuteres, idet der var tvivl om undersøgelsens kvalitet. Det var sagsøgtes opfattelse, at undersøgelsen kunne diskuteres, men ikke afvises. Argumentet mod undersøgelsen var anvendelsen af en dårlig kontrolarm. Ved fase II undersøgelsen af Vinorelbine, var der overhovedet ikke anvendt nogen kontrolarm. Hvis fase III undersøgelsen af Alimta kunne afvises, ville hun have taget det med i programmet. Hun var bekendt med betydningen af en markedsføringsgodkendelse. I en markedsføringsgodkendelsen ligger, at det er veldokumenteret, at et lægemiddel er virksomt i forhold til sikkerhed og virkning. Hun mener derfor ikke, at markedsføringstilladelsen er irrele-

vant i forhold til kvaliteten. Lægerne har fri ordinationsret, men skal stadig give den bedste behandling. Godkendelsen af et præparat er i denne forbindelse ikke det eneste parameter, der anvendes. Både revues og guidelines har fremhævet Alimta som veldokumenteret. Lægerne vælger det stof, de selv mener er bedst, og Jens Benn Sørensen var åbenbart ikke enig med andre læger om, hvilket præparat, der var det bedste. Nogle mener, at Alimta er bedre dokumenteret end Vinorelbine. Sagsøgte kender ingen undersøgelser der viser, at Alimta i kombination er bedre end andre præparater i kombination. Eksperterne har oplyst, at de alle bruger Alimta i kombination. De har også nævnt, at der er andre kombinationsmuligheder, men ikke andre dokumenterede kombinationsmuligheder. Alimta er den eneste fase III undersøgelse med kontrolarm. Under sin research var sagsøgte i besiddelse af forsøgsprotokollen vedrørende Alimta. Gunnar Hillerdal var forbavset over, at han stod nævnt i protokollen og fortalte, at han ikke havde visiteret patienter til protokollen i Sverige, og at protokollen slet ikke var godkendt i Sverige. Det var en ren formalitet, at hans navn stod i protokollen. Sagsøgte spurgte ikke, hvorfor han deltog i protokollen vedrørende Vinorelbine, når han mente, at Alimta var et bedre lægemiddel. Under researchen var sagsøgte også i besiddelse af både folketingsspørgsmål og -svar, samt Jens Benn Sørensens udkast til et notat om lungehindekræft af 11. juni 2008, som hun modtog den 24. juni 2008. Hun var således orienteret om, hvad forskningsmidlerne blev brugt til. Hun kunne dog i kontoudtogene kun se udposter, men ikke få oplyst detaljer vedrørende posterne. Hun mente derfor ikke, at de økonomiske oplysninger var fyldestgørende og egnede til at medtage i programmet. Først efter 5 måneder fik hun aktindsigt i økonomien. Hun har optalt, at der i alt er indkommet 800.000 kr. fra Pierre Fabre. Hun har søgt aktindsigt i alle posterne, men kun 90.000 kr. kunne dokumenteres at angå forsøg vedrørende lungehindekræft. Hun modtog først Jens Benn Sørensens notat efter at hun selv havde fundet ud af, at der var anvendt 90.000 kr. til lungehindekræftforsøg. Hun har derfor medtaget i udsendelsen, at de 90.000 kr. er indbetalt på Jens Benn Sørensens personlige forskningskonto. Hun ville have svar på, hvorfor Jens Benn Sørensen ikke havde meddelt patienterne de økonomiske forhold. Hun vidste godt, at Jens Benn Sørensen også var med i et forsøg for Eli Lilly, men forsøget vedrørte kun 10 patienter og et ganske lille beløb. Sagsøgte havde overvejet, at "forsøgsmedicin" kunne opfattes forskelligt af lægmænd og fagfolk, men mente ikke, at begrebet kunne misforstås, som det blev anvendt i programmet, hvor hun forklarede begrebet. Efter sagsøgtes opfattelse er det en fejl i patientinformation, at andre mulige behandlingsmetoder ikke nævnes. Hun mener, at Alimta skulle have været nævnt proaktivt som et fase III undersøgt lægemiddel, og dermed et bedre dokumenteret lægemiddel.

Steen Jensen har forklaret blandt andet, at han er indholdsmæssigt ansvarlig for udsendelsen. Han er chef for Mette Frisk og dermed beslutningstageren, men også hendes sparringspartner. Han blev involveret meget tidligt i processen, da Mette Frisk allerede efter de første researchsamtaler fortalte, at Rigshospitalet ikke ville tale med hende og ikke ville give hende aktindsigt.

Jens Benn Sørensen havde afslået at lade sig interviewe og henvist til Jannik Hilsted. Jannik Hilsted afslog også et interview og henviste til Jens Benn Sørensen. Herefter sendte Mette Frisk den 17. juni 2008 en mail til Jannik Hilsted, da hun var klar over, at udsendelsen ville skabe debat. Hun var overrasket over mistilliden til hendes arbejde, som jo er at forholde sig kritisk til meddelte oplysninger. Jannik Hilsted stillede imidlertid betingelser, der ikke kunne honoreres. DR fungerer som public watchdog og kan ikke afstå sin redigeringsret uden at miste troværdighed. Sagsøgte fik som ansvarlig for udsendelsen Jannik Hilsteds brev af 27. juni 2008 til Ralf Andersson til besvarelse. Han modtog Hans von der Maases redegørelse for behandlingen af lungehindekræft, men redegørelsen var dels et partsindlæg og dels for omfattende til oplæsning under udsendelsen. Der var også flere oplysninger i redegørelsen, der måtte undersøges nærmere. Han orienterede Jannik Hilsted om, at redegørelsen ikke ville blive oplæst under udsendelsen, men lagt ud på DRs hjemmeside inden udsendelsen. I udsendelsen blev der også henvist til hjemmesiden. Han havde endnu ikke modtaget redegørelsen, da Jens Benn Sørensen blev opsøgt på parkeringspladsen, fordi sagen var af væsentlig offentlig interesse og sagsøgerne havde søgt at unddrage sig besvarelsen af spørgsmål, ligesom det havde været forbundet med stort besvær at få aktindsigt i de økonomiske forhold. Scenen skulle også vise, at man havde gjort sig store anstrengelser for at få sagsøgerne til at medvirke i udsendelsen. Udsendelsen dokumenterer, at Rigshospitalet gennem flere år har undladt at informere patienter om eksistensen af en fase III undersøgelse og det herefter godkendte lægemiddel, men kun har orienteret om hospitalets eget behandlingsforslag. Patienterne kritiserer i udsendelsen, at de ikke har fået en valgmulighed. Eksperterne undrer sig også og enkelte kritiserer. Det bestrides, at eksperterne er blevet "redigeret i stykker" i udsendelsen. Efter formuleringen af Jens Benn Sørensens efterfølgende henvendelse Rolf Stahel og Ulrich Gatzemeier har de svaret på den eneste mulige måde. Det var vigtigt at bringe udsendelsen, da kræftforskningen er af stor offentlig interesse og Rigshospitalet det største hospital i Danmark. Alle faktuelle oplysninger i udsendelsen er korrekte. Budskabet blev trukket hårdt op - men ikke for hårdt. Patienterne følte sig fejlbehandlet på grund af den manglende information om Alimta, men man brugte helt bevidst ikke ordet fejlbehandling i udsendelsen, da behandling med Vinorelbine ikke kan siges at være en fejlbehandling. Fejlen er alene, at patienterne ikke informeres om muligheden for anden behandling. Når man i udsendelsen nævner Jens Benn Sørensens "private forskningskonto", er det Rigshospitalets eget ordvalg. Det er et faktum, at Alimta er godkendt specifikt til behandling af lungehindekræft, men Vinorelbine ikke. Efter fase III undersøgelsen er det også et faktum, at Alimta er "den eneste medicin, man ved virker". At Alimtas virkning er dokumenteret betyder jo ikke, at andre lægemidler er uden virkning. Det er ikke hans opfattelse, at seerne ville kunne misforstå udsagnet sammenholdt med eksperternes udtalelser om, at alle andre regimer kun var fase II. Da Jens Benn Sørensen i fase II protokollen omtaler Vinorelbine som "forsøgs-medicin", var det naturligt at anvende samme ordvalg i udsendelsen. Det er også korrekt, at behandlingen af Susan Pedersen med Vinorelbine fik fatale konsekvenser,

idet hun oprindeligt var operabel, men efter behandlingen med Vinorelbine ikke længere var operabel. Senere i udsendelsen nævnes det, at man ikke kan vide, hvordan forløbet havde været, hvis hun i stedet var blevet behandlet med Alimta. Efter godkendelsen af Alimta skelnes der hverken i Danmark eller resten af Europa mellem anvendelsen til operable eller ikke-operable patienter. Det kunne måske være formuleret lidt mere præcist i udsendelsen, at Alimta ikke var godkendt til operable patienter, som f.eks. Susan Pedersen. En af de væsentligste oplysninger i interviewet med Jens Ersbøll var den frie ordinationsret. Jens Ersbøll fortalte også om de tre parametre for en godkendelse, og at en godkendelse var det samme som en markedsføringstilladelse. Lægemiddelstyrelsen har endvidere skrevet, at Alimta har den bedst dokumenterede virkning, som ville forbedre behandlingen af lungehindekræft. DR Dokumentar har typisk 500.000 - 800.000 seere. Der er flere, der ser trailerne end selve udsendelsen. Han ved ikke, hvor mange der går på nettet efter udsendelserne.

Parternes synspunkter.

Sagsøgerne har i påstandsdokument af 6. januar 2010 anført følgende:

at der i programmet fremsættes en række direkte og indirekte sigtelser om fejlbehandling, og at dette skulle være sket i sagsøger 2's personlige interesse, hvilket repræsenterer forsætlige sigtelser, jf. straffelovens § 267, hvorved ikke udtømmende bemærkes, at

det afgørende for fastlæggelsen af programmets budskab er, hvorledes dette naturligt og umiddelbart kan opfattes af seere uden hverken konkrete eller generelle forkundskaber til emnet; dette gælder både for de "oplysninger", programmet har valgt at bringe (herunder sammenhængen i disse) og for de oplysninger, man har valgt at udelade,

det afgørende for fastlæggelsen af programmets budskab ikke alene er enkeltelementer og konkrete ordvalg, men tillige (og især) den helhedsoplevelse, seerne efterlades med,

hvad seerne "kan opfatte" som et budskab i programmet, er det retligt relevante kriterium, idet afsenderen af budskabet bærer risikoen for, om indholdet måtte kunne forstås på flere måder,

afsenderen herunder bærer risikoen for, om et anvendt ordvalg - såsom "forsøg", "forsøgsmedicin", ikke "godkendt", ingen "dokumentation" og "personlig forskningskonto"- kan opfattes på flere forskellige måder,

den omstændighed, at et program måtte indeholde kritikpunkter, der er berettigede, ikke lovliggør sideløbende fremsættelse af u-

berettigede kritikpunkter, herunder uanset hvilke, der måtte være hoved- henholdsvis bibudskaber,

de sagsøgte ikke har reageret på sagsøgernes provokation 8, hvorfor det må anses for accepteret af de sagsøgte, at det ved afgørelsen af sagen skal lægges til grund, at den omtalte Alimtabehandling ikke besidder fordele over for den tilbudte kombinationsbehandling med Vinorelbine,

"Rigshospitalets forhold" ikke - som anført i sagsøgtes proceskrift A af 15/6 2009 - er retlig relevant for vurderingen af de sagsøgtes adgang til at fremsætte de ved denne sag påtalte sigtelses, dette gælder ligeledes sagsøgernes valg af retlig reaktion som kommenteres af de sagsøgte anførte sted

det forekommer åbenbart - og heller ikke er bestridt - at programmets indhold er fremsat bevidst og dermed forsætligt,

§ 267 kan realiseres også af pressen både ved fremsættelse og viderebringelse af uberettigede beskyldninger, at programmet indeholder enkeltelementer af begge typer, og at den videregående adgang for pressen til viderebringelse af andres beskyldninger skal vurderes i forhold til den valgte redigering og det samlede budskab.

at beskyldningerne er usande og fremsat i ond tro, jf. straffelovens § 269, idet de sagsøgte - herunder gennem de oplysninger og interviews, der er fremkommet og optaget under researchen, men som blev udeladt / fraklippet i det endelige program - var eller burde være vidende herom, hvorved ikke udtømmende bemærkes, at

det forhold, at dele af beskyldningerne kan karakteriseres som "Value Judgements" ikke som anført af sagsøgte medfører, at disse er ansvarsfrie,

der intet fagligt / sagligt belæg er for, at behandling med Alimta er den tilbudte kombinationsbehandling med Vinorelbine (eller for den sags skyld andre kombinationsbehandlinger) overlegen,

sagsøgerne var vidende herom, og at § 269 - der kræver god tro - allerede derfor er uanvendelig,

at det er en skærpende omstændighed, at de urigtige beskyldninger er fremsat i DR 1 i primetime og på DR's hjemmeside, hvorved beskyldningen får en betydelig udbredelse - formentlig den størst mulige i Danmark, jf. princippet i den tidligere § 267, stk. 3,

- at sagsøgernes krav om mortifikation følger af straffelovens § 273.
- at sagsøgte 1's ansvar følger af medieansvarsloven § 21,
- at sagsøgte 2's og 3's ansvar følger af medieansvarsloven §17 og § 18 og er erkendt og ubestridt.

De sagsøgte indsigelser bestrides.

De sagsøgte har i påstandsdokument af 5. januar 2010 anført følgende:

Til støtte for påstanden gøres det for generaldirektør Kenneth Plummer gældende,

- at generaldirektør Kenneth Plummer ikke er rette sagsøgte.

Til støtte for påstanden gøres det for alle tre sagsøgte gældende,

- at programmet ikke indeholder sigtelser i strid med straffelovens § 267,
- at eventuelle sigtelser er straffri eller medfører strafbortfald efter straffelovens § 269, og
- at sagsøgernes krav om mortifikation derfor bortfalder.

JURIDISKE BEMÆRKNINGER

Rette sagsøgte

Af medieansvarslovens § 17, stk. 1, fremgår, at forfatteren til en tekst, der udsendes, er ansvarlig for indholdet efter lovgivningens almindelige regler. Dette medfører, at journalist og tilrettelægger Mette Frisk og redaktionschef Steen Jensen, der har formuleret udsagnene i programmet, er rette sagsøgte.

Generaldirektør Kenneth Plummer skal i henhold til medieansvarslovens § 5 og forarbejderne hertil betragtes som DR's redaktør og kan efter medieansvarslovens § 21 kun være ansvarlig, såfremt (1) teksterne er forfattet af en fast medarbejder i DR med generaldirektør Kenneth Plummers vidende, (2) de er forfattet af eller under medvirken af generaldirektør Kenneth Plummer, eller (3) Kenneth Plummer vidste, at indholdet var urigtigt eller indebar en krænkelse af privatlivets fred.

Af bilag A fremgår, at generaldirektør Kenneth Plummer ikke var bekendt med programmets indhold, eller at det ville blive udsendt. Ingen af betingelserne for, at generaldirektør Kenneth Plummer kan ifalde ansvar, er derfor opfyldt.

Injuriernes indhold

Det kan konstateres, at sagsøgerne er ude af stand til at redegøre for, hvori injurierne i programmet nærmere består. Sagsøgerne har alene fremlagt et notat på 15 sider (bilag 8), ligesom sagsøgerne har anført i replikken, at programmet i sin helhed er krænkende for sagsøgerne. Bilag 8 er uanvendeligt til en bedømmelse af, hvori det injurierende består, da det fortrinsvis består af en række beskrivelser af neutrale speaks og udtalelser fra patienter, pårørende og internationale eksperter, da der ikke er redegjort for, hvori det injurierende i hvert af punkterne i bilaget består, og da det for en række af punkternes vedkommende er åbenbart, at disse ikke indeholder injurier, som DR-journalisterne kan gøres ansvarlige for.

Da sagsøgerne ikke kan eller vil konkretisere deres påstand, er de sagsøgte henvist til bemærkninger af mere generel karakter til støtte for, at programmet ikke indeholder injurier, og at der i øvrigt ikke er grundlag for at dømme de sagsøgte.

Straffelovens § 267

Journalisters ytringsfrihed

Medierne varetager en central funktion i et demokratisk samfund, og ved fortolkningen af menneskerettighedskonventionens art. 10 lægger Menneskerettighedsdomstolen vægt på, at mediernes ytringsfrihed er af afgørende betydning for, at denne funktion kan varetages. For at medierne kan udøve sin funktion som "public watchdog", er det nødvendigt, at de nyder en særlig beskyttelse, når det drejer sig om videreformidling af emner af offentlig interesse.

Rigshospitalets behandling af lungehindekræft og informationerne til patienterne i den forbindelse kan utvivlsomt karakteriseres som et emne af offentlig interesse. I et sådant tilfælde spiller ikke alene mediernes ret til at videreformidle informationer, men også offentlighedens ret til at modtage sådanne informationer, en stor rolle. Der må kræves endog meget tungtvejende grunde, før der kan foretages indgreb i mediernes ytringsfrihed i en sådan situation.

Af dette følger, at Rigshospitalet som en offentlig institution og Jens Benn Sørensen som den ansvarlige overlæge må tåle en særligt nærgående kritik, når det drejer sig om netop behandlingen af lungehindekræft.

Menneskerettighedsdomstolens praksis viser, at mediernes ytringsfrihed også omfatter informationer, der støder, chokerer eller forstyrrer staten eller en hvilken som helst del af befolkningen, og at det hverken er Menneskerettighedsdomstolens eller de nationale domstoles opgave at bestemme, hvilke

former eller teknikker medierne skal eller bør benytte, når den formidler informationer og idéer. Det står medierne frit for at udøve kritisk journalistik, uanset om den, kritikken vedrører, finder det ubehageligt, og det er ikke domstolens opgave at blande sig i, hvorledes kritikken formidles. Medierne må derfor gerne både provokere og overdrive, og der består i det hele taget en redaktionel formuleringsfrihed.

I forlængelse heraf skal det fremhæves, at programmet ikke er et videnskabeligt indlæg, men et journalistisk program, hvor rammerne for, hvorledes programmets budskab præsenteres, er særdeles vide.

Programmet er i høj grad bygget op om eksperternes, patienternes og de pårørendes kritik. Efter fast retspraksis, herunder Menneskerettighedsdomstolens dom af 23. september 1994 i Grønjakke-sagen mellem Jersild og Danmark, kan medierne som den klare hovedregel ikke dømmes for viderefremstilling af injurier, når der er tale om emner af offentlig interesse. Dette fører i sig selv til, at grundlaget for at dømme de sagsøgte for injurier i den foreliggende sag er særdeles begrænset og spinkelt.

For så vidt angår den del af programmet, som journalisterne med rimelighed kan have ansvaret for, består den af (1) faktiske udtalelser mv., der falder inden for den særdeles vidtgående ytringsfrihed, som medierne har i en sag som den foreliggende, og (2) værdidomme ("value judgments"), hvor der ikke stilles krav om sandhedsbevis, når blot der har været et faktuel grundlag for udtalelserne.

Det forhold, at DR har orienteret Rigshospitalet om programmets indhold (blandt andet bilag AÆ), og at Rigshospitalet har valgt ikke at udtale sig, fører i sig selv til, at der ikke eksisterer noget grundlag for at dømme de sagsøgte for injurier.

Endelig er det forhold, at Rigshospitalet fandt anledning til at følge den kritik, som blev rejst i programmet, et væsentligt argument for, at programmet ikke er injurierende.

Straffelovens 269

Hvis Retten finder, at programmet indeholder strafbare sigtelser, som de sagsøgte kan gøres ansvarlige for, skal de pågældende sigtelser anses for straffri i henhold til straffelovens § 269, stk. 1, da de sagsøgte har handlet til varetægt af åbenbar almen interesse.

Subsidiært må der indtræde strafbortfald efter straffelovens § 269, stk. 2, da de sagsøgte, især på grundlag af udtalelserne fra de udenlandske eksperter, har haft føje til at anse sigtelserne for sande.

Parterne har i det væsentligste procederet i overensstemmelse hermed.

Rettens begrundelse og afgørelse.

Generaldirektør Kenneth Plummer har ikke under sagens behandling i retten afgivet forklaring om sit kendskab til udsendelsens indhold. Herefter, og da en skriftlig erklæring ikke kan erstatte en indenretlig mundtlig forklaring, tages Kenneth Plummers påstand om ikke at være rette sagsøgte ikke til følge.

Efter bevisførelsen lægges til grund, at Alimta efter en fase III undersøgelse blev godkendt af EMEA i 2004 til behandling af patienter med inoperabelt malignt pleura mesotheliom i kombination med Cisplatin og siden godkendt til samme af Lægemiddelstyrelsen i Danmark. Det lægges endvidere til grund, at Vinorelbine er et over 20 år gammelt lægemiddel, hvis virkning er dokumenteret gennem klinisk erfaring og godkendt af Lægemiddelstyrelsen til en bred vifte af onkologiske behandlinger. Det lægges endelig til grund, at det ikke er dokumenteret, at en kombinationsbehandling med Alimta og et platinpræparat er mere virksomt end en kombinationsbehandling med Vinorelbine og et platinpræparat.

Vedrørende terminologien "forsøgsmedicin" lægges til grund, at den medicin, der gives til patienter i en forsøgsprotokol, betegnes forsøgsmedicin, uanset at samme medicin udenfor protokol kan være den på hospitalet tilbudte standardbehandling.

Uanset at ovennævnte forhold må anses at have været de sagsøgte bekendt efter den omfattende research i sagen, anføres det i udsendelsen, at sagsøgerne har behandlet døende patienter med "en kemokur, der ikke er godkendt", "ikke godkendt til diagnosen" eller ikke er "den rigtige kemoterapi", ligesom sagsøgerne anvender "forsøgsmedicin", hvilket "i værste fald kan betyde, at patienterne dør tidligere, end hvis de havde fået det godkendte stof" eller have "fatale konsekvenser". Endvidere nævnes "den eneste medicin, som man ved virker".

Uden en samtidig redegørelse i udsendelsen for den ovennævnte forsøgs- og godkendelsesprocedure og den herunder anvendte terminologi finder retten, at det for den ikke fagkyndige seer må fremstå som om, at det eneste virksomme lægemiddel mod lungehindekræft er Alimta, navnlig når udsendelsen kombinerer to patienters behandling med Vinorelbine med deres dødsfald, medens den ene patient, der modtog behandling med Alimta i Tyskland, får stillet flere leveår i udsigt.

Endvidere sammenkædes i udsendelsen Jens Benn Sørensens brug af Vinorelbine med hans personlige prestige og "personlige forskningskonto", uagtet de sagsøgte allerede inden udsendelsen var bekendt med administrationen af forskningsmidlerne gennem Hans von der Maases notat af 23. september 2008.

Uden en samtidig redegørelse i udsendelsen for proceduren omkring administration af forskningsmidler finder retten også her, at det for den ikke fagkyndige seer må fremstå som om, Jens Benn Sørensen har personlige økonomiske interesser i behandling med Vinorelbine i stedet for Alimta.

De sagsøgte findes herefter skyldige i overtrædelse af straffelovens § 267.

Efter oplysningerne om de sagsøgtes viden efter en meget omfattende research i sagen, har retten ikke fundet grundlag for hverken straffrihed eller strafbortfald, jf. straffelovens § 269, jf. Menneskerettighedskonventionens art. 10.

For hver af de sagsøgte fastsættes straffen herefter til 10 dagbøder á 1.000 kr. Forvandlingsstrafen er fængsel i 10 dage.

Endvidere tages sagsøgernes mortifikationspåstand til følge som nedenfor bestemt, jf. straffelovens § 273, stk. 1.

Vedrørende sagens omkostninger forholdes som nedenfor bestemt, idet retten kan oplyse, at der er tilkendt retsafgift 1.000 kr., omkostninger til kopiering af DVD'er 1.250 kr. og et passende beløb til dækning af udgift til advokatbistand 60.000 kr. Retten har ved fastsættelsen af retsafgift taget hensyn til sagens udfald, ved fastsættelsen af udgifterne lagt vægt på partens oplysninger, og ved fastsættelsen af en passende udgift til advokatbistand taget udgangspunkt i en samlet vurdering af sagens særlige karakter, omfang og kompleksitet sammenholdt med hovedforhandlingens varighed over 3 hele retsdage.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, generaldirektør Kenneth Plummer, straffes med 10 dagbøder á 1.000 kr., ialt 10.000 kr. Forvandlingsstraffen er fængsel i 10 dage.

Sagsøgte, journalist, tilrettelægger Mette Frisk, straffes med 10 dagbøder á 1.000 kr., ialt 10.000 kr. Forvandlingsstraffen er fængsel i 10 dage.

Sagsøgte, redaktionschef Steen Jensen, straffes med 10 dagbøder á 1.000 kr., ialt 10.000 kr. Forvandlingsstraffen er fængsel i 10 dage.

De beskyldninger, der er indeholdt i DR's dokumentarprogram "Når lægen ved bedst", imod Rigshospitalet og overlæge Jens Benn Sørensen for at have ydet visse patienter med lungehindekræft en behandling, der har ført til unødvendige dødsfald eller afkortning af levetid for derigennem at fremme Jens Benn Sørensens faglige prestige og privatøkonomi, kendes ubeføjede.

De sagsøgte skal endvidere in solidum inden 14 dage betale sagens omkostninger til sagsøgerne med 62.250 kr.

Charlotte Meincke

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Københavns Byret, den 9. april 2010.



Ulla Frahm, kontorfuldmægtig

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.13

Emne: Retningslinjer for lægers bibeskæftigelse

1 bilag

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 4820 5000

Fax 4820 5198

Direktionerne på hospitalerne og i Psykiatrivirksomheden

Dato: 12. april 2010

Retningslinjer vedr. bibeskæftigelse for læger ansat i Region Hovedstaden.

Som drøftet i den udvidede direktionskreds den 8. april 2010 er Foreningen af Speciallæger og Koncern HR efter forhandling den 26. marts 2010 blevet enige om enkelte justeringer i forbindelse med de tidligere fremsendte retningslinjer.

Retningslinjerne er ændret i overensstemmelse hermed, således at "aftalemodellen" er forladt med de konsekvensrettelser, der følger heraf. Der skal i stedet fremover anvendes et oplysningsskema som grundlag for drøftelsen mellem ledelse og læge. Formuleringen om, hvornår samtalen mellem læge og ledelse skal finde sted er ændret fra, at den skal finde sted forinden lægen indgår aftale om bibeskæftigelse til, at den *bør* finde sted forinden. Begge parter underskriver oplysningsskemaet.

På baggrund af ovenstående kan implementeringen af retningslinjerne iværksættes eller forsættes., virksomhedsdirektionerne skal sikre at dette sker inden for de næste 2 måneder.

Koncern HR er i gang med at undersøge mulighederne for en elektronisk database til registrering af lægers bibeskæftigelse.

Som bilag er vedlagt de justerede retningslinjer med oplysningsskema.

Med venlig hilsen



Helle Ulrichsen
Regionsdirektør



Oplysningspligt vedr. bibeskæftigelse for læger ansat i Region Hovedstaden

Oplysning om bibeskæftigelse skal finde sted mellem lægen og hovedarbejdsstedet inden bibeskæftigelsen aktualiseres.

Medarbejderinformation

CPR nummer: _____
 Tjenestenummer: _____
 Navn: _____
 Titel: _____
 Hovedarbejdssted (hospital/afdeling): _____

I det følgende ønskes oplysning om eventuelle ansættelsesforhold ved siden af din hovedbeskæftigelse.

Hvor sker bibeskæftigelsen overordnet	Hvem er arbejdsgiveren	Lægeligt speciale	Antal timer pr. måned
Det offentlige sundhedsvæsen/andre regionale hospitaler			
Privathospitaler, klinik eller lignende institutioner			
Egen klinik/eget ydernr.			
Medicinalvirksomheder, apparaturleverandører eller lignende			
Vagt eller beredskabsforpligtigelse ¹⁾			
Andet, beskriv			

¹⁾Herved forstås en forpligtelse til at være til rådighed i forbindelse med patientforløb i bibeskæftigelsen.

Vil du i løbet af det næste år modtage økonomisk støtte fra private virksomheder, fonde, patientforeninger m.v. til gennemførelse af forskningsprojekter og/eller har du i øvrigt en økonomisk interesse i forskningsprojektet. (Administreres forskningsprojektet af hospitalet, skal du kun oplyse om det, såfremt du modtager personlige honorarer/vederlag eller i øvrigt har en økonomisk interesse heri.)

Ja Nej
☐ ☐

Beløbets størrelse: kr. _____

Driver du eller har du tilknytning til en virksomhed, der kræver Lægemedelstyrelsens samtykke efter § 3, stk.2, i lov om apotekervirksomhed.

Ja Nej
☐ ☐

Uddyb gerne din besvarelse

Relevante forhold, der i øvrigt har været drøftet mellem parterne

Underskrivers forpligtelse i henhold til de afgivne oplysninger

Oplysningernes rigtighed og fuldstændighed bekræftes, idet den bibeskæftigede herved forpligter sig til at overholde gældende retningslinjer i Region Hovedstaden for bibeskæftigelse, herunder at orientere hovedarbejdsgiver, såfremt ovenstående oplysninger om bibeskæftigelsens karakter og omfang ændres.

Dato

Underskrift (den bibeskæftigede)

Underskrift for ansættelsesmyndigheden

Navn:

Titel:

Retningslinjer vedr. bibeskæftigelse for læger ansat i Region Hovedstaden, der er omfattet af Aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse.

1. Indledning.

I forbindelse med overenskomstforhandlingerne 2008 har der i regionerne været opmærksomhed omkring problematikken vedr. omfanget af lægers bibeskæftigelse. På baggrund heraf har parterne indgået en ny aftale¹, som på flere punkter strammer op i forhold til den tidligere aftale.

Som noget nyt er al lægelig bibeskæftigelse omfattet i dag. I modsætning til tidligere er bibeskæftigelse ved andet offentligt sygehus samt i egen klinik blevet omfattet af aftalen på linje med bibeskæftigelse i privat regi.

Derudover peger Danske Regioner i deres vejledning på, at der er mulighed for at få oplysning om bibeskæftigelse inden den pågældende læge indgår aftale om en sådan.

Retningslinjerne skal ses som et ledelsesværktøj i dialogen mellem læge og ledelse, ligesom den præcisering, der ligger i aftalen om, at ”lægens indsats i hovedstillingen må således hverken tidsmæssigt eller indholdsmæssigt påvirkes negativt af eventuel bibeskæftigelse”, skal indgå i ledelsens vurdering af om evt. bibeskæftigelse er forenelig med hovedbeskæftigelsen. Det er til enhver tid ledelsens ansvar at sikre, at retningslinjerne efterleves, herunder at der årligt holdes samtaler, hvor der følges op på de tidligere indberettede oplysninger om bibeskæftigelse.

Udover denne aftale¹ er bestemmelserne om offentligt ansattes bibeskæftigelse blandt andet beskrevet i tjenestemandregulativets § 15, stk. 1 og funktionærlovens § 15.

Gruppen af læger omfattet af ovennævnte aftale er efterfølgende benævnt læger.

2. Hvilke typer bibeskæftigelse er omfattet af oplysningspligten?

Oplysningspligten for læger ansat på sygehuse i Region Hovedstaden omfatter lægefaglig bibeskæftigelse ved privat sygehus/klinik, medicinalvirksomheder/apparaturleverandører og andre offentlige sygehuse.

Ledelsen skal være opmærksom på, at disse oplysninger skal indhentes ved nyansættelser. Oplysningsskemaet bør indgå i ansættelsesforløbet.

Lægerne skal af egen drift oplyse ansættelsesmyndigheden om nedennævnte bibeskæftigelser, som lægerne under ansættelsen har eller ønsker at indgå aftale om (se nærmere under punkt 4). Lægen skal orienteres herom i forbindelse med ansættelsen.

Privat sygehus/klinik, egen klinik/ydernr. og lignende institutioner.

Oplysningspligten omfatter al lægelig bibeskæftigelse – fast og ad hoc – for privat ejede klinikker/hospitaler, herunder konsulentbistand (faglig rådgivning, undervisning m.v.) og vagt-/beredskabsforpligtelse.

¹”Aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse” er indgået i 2008 mellem Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Aftalen omhandler lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger ansat i regionerne. Aftalen er vedlagt som bilag 2.

Oplysningspligten omfatter (privat) økonomiske interesser så som (med-)ejerskab af privat klinik/hospital og tilknytning i form af bestyrelsesposter.

Oplysningspligten omfatter ikke bibeskæftigelse i et ubetydeligt omfang f. eks. afholdelse af et enkelt kursus eller foredrag inden for samme kalenderår.

Medicinalvirksomheder, apparaturleverandører og lignende.

Oplysningspligten omfatter al lægelig bibeskæftigelse – fast og ad hoc – ved medicinalvirksomheder/apparaturleverandører, herunder (deltids-)beskæftigelse, forskningsarbejde og løsere samarbejder f.eks. konsulentbistand (foredrag, undervisning og artikelskrivning).

Oplysningspligten omfatter (privat) økonomiske interesser så som (med-)ejerskab af medicinalvirksomheder eller apparaturleverandører og tilknytning i form af bestyrelsesposter.

Oplysningspligten omfatter ikke et enkeltstående tilfælde af bibeskæftigelse og i et ubetydeligt omfang f. eks. afholdelse af et enkelt kursus eller foredrag inden for samme kalenderår.

Andet offentligt sygehus.

Oplysningspligten omfatter bibeskæftigelse ved andre offentlige sygehuse, som ikke er en del af ansættelsen ved hovedansættelsesstedet.

Oplysningspligten omfatter ikke (ulønnede) faglige samarbejder, der finder sted i enkelte tilfælde og i et ubetydeligt omfang.

Virksomhed, der kræver Lægemiddelstyrelsens samtykke efter § 3, stk. 2, i Lov om apotekervirksomhed.

Oplysningspligten omfatter endvidere drift af en virksomhed eller tilknytning til en virksomhed, der kræver Lægemiddelstyrelsens samtykke efter § 3, stk. 2, i Lov om apotekervirksomhed.

Øvrige forhold vedr. oplysningspligt.

Den ovennævnte oplysning til ansættelsesmyndigheden vedr. medicinalvirksomhed erstatter ikke indberetningen til Lægemiddelstyrelsen vedr. medicinalvirksomhed, som lægerne selv skal forestå.

Lægerne skal desuden af egen drift orientere ansættelsesmyndigheden om, hvilken økonomisk støtte de pågældende modtager fra private virksomheder, fonde, patientforeninger mv. til gennemførelse af forskningsprojekter, og om pågældende i øvrigt har økonomisk interesse i forskningsprojektet.

Den generelle oplysningspligt omfatter ikke størrelsen af honorarer og vederlag, men i konkrete tilfælde – hvis der eksempelvis kan være tvivl om personlig habilitet – vil der efter omstændighederne kunne være et sagligt grundlag for at kræve disse oplysninger.

I øvrigt skal bibeskæftigelse, såvel lønnet som ulønnet, ex. undervisning, bestyrelsesarbejde, konsulentarbejde for anden offentlig myndighed, socialt arbejde mv. altid være af et omfang, der er foreneligt med varetagelsen af hovedbeskæftigelsen. Det er den enkelte læges egen forpligtelse til enhver tid at være opmærksom på, at bibeskæftigelsens omfang ikke går ud over det, der er foreneligt med en tilfredsstillende varetagelse af hovedbeskæftigelsen.

For så vidt angår udfærdigelse af attester er der i Overenskomst for overlæger § 30, Aftale om lægelige chefer § 25 og Overenskomst for yngre læger § 31 fastlagt bestemmelser vedrørende lægers attestudfyldelse. Håndteringen af disse i Region Hovedstaden fremgår af bilag 1.

3. Bibeskæftigelsens forenelighed med hovedbeskæftigelsen.

Ved ansættelse af en medarbejder forudsættes det, at denne kan yde en fuld og effektiv arbejdsindsats i stillingen.

Herudover forventes, at medarbejderne er engagerede, fleksible, loyale og samvittighedsfulde i udøvelsen af de pligter, der er knyttet til stillingen.

Engagement, fleksibilitet og loyalitet i forhold til hovedarbejdsstedet kan blive påvirket af bibeskæftigelsens tidsmæssige omfang samt den (privat)økonomiske betydning af bibeskæftigelsen.

Det betyder bl.a., at:

- ***Bibeskæftigelsen ikke må hindre eller vanskeliggøre arbejdstilrettelæggelsen eller forringe fleksibiliteten på hovedarbejdsstedet***, herunder må bibeskæftigelsen ikke medføre uhensigtsmæssige patientforløb og inoptimal udnyttelse af personale, udstyr, kompetencer, behandlingskapacitet mv. (fx som følge af vanskeligheder med at sikre tilstedeværelse i overarbejds- og udbudssituationer), manglende muligheder for at realisere mål for service, kvalitet, aktivitet, produktivitet mv. eller forringelse af arbejdsvilkårene for øvrige ledere og medarbejdere på hovedarbejdsstedet.
- ***Bibeskæftigelsen ikke må indebære en risiko for inhabilitet eller andre former for interessekonflikter***. Ved vurdering af eventuelle habilitets- eller interessekonflikter vil det være en skærpende omstændighed, hvis der knytter sig stærke (privat)økonomiske interesser til den pågældendes bibeskæftigelse; fx i form af (med-)ejerskab eller lignende. Viderevisitering af patienter til behandling i privat regi kan eksempelvis ikke placeres hos personer, som har en personlig økonomisk og/eller ansættelsesmæssig interesse i de pågældende privathospitaler og klinikker.
- ***Bibeskæftigelsen ikke må have en negativ påvirkning af den pågældendes muligheder for at varetage ledelsesopgaver og prioritere deltagelsen i udviklingen af hovedarbejdsstedet***, herunder tænkes bl.a. på kvalitetsudvikling i ydelser og effekten af indsatsen samt sikringen af gode rammer for samarbejde, forsknings-, udviklings- og uddannelsesaktiviteter samt faglig og personlig udvikling og motivation blandt ledere og medarbejdere på hovedarbejdsstedet.
- ***Ledende overlæger/klinikchefer som hovedregel ikke kan have bibeskæftigelse bortset fra de tilfælde, der tidligere er nævnt at være undtaget fra oplysningspligten***, dvs., bibeskæftigelse og øvrig ad hoc virksomhed, der ligger i naturlig forlængelse af de opgaver, der påhviler det offentlige sundhedsvæsen. Eksempler på sådanne undtagelser kan være: undervisning, foredrag samt medvirken i aktiviteter i tilknytning til videnskabelige selskaber.
Baggrunden for dette er bl.a., at de, som ledende overlæger/klinikchefer, har ansvaret for en optimal drift.

Der må under ingen omstændigheder varetages opgaver i relation til bibeskæftigelse i arbejdstiden.

4. Samtale mellem lægen og ledelsen.

Alle læger omfattet af ovennævnte aftale, der ønsker at påtage sig bibeskæftigelse, har forpligtelse til at anmode om en samtale med hospitalsdirektionen i forhold til opfyldelse af oplysningspligt om bibeskæftigelse.

Lægen bør anmode om samtalen forinden vedkommende indgår aftale om lægefaglig bibeskæftigelse. Dette gælder også ved fornyelse af eller væsentlige ændringer i eksisterende aftaler.

Samtaler med lægen om bibeskæftigelse gennemføres af hospitalsdirektion/centerledelse. Den enkelte virksomhed kan fastsætte nærmere retningslinjer for den lokale procedure og tilrettelæggelse.

Vurderingen af hvorvidt bibeskæftigelsen er forenelig med hovedbeskæftigelsen forudsætter dialog om blandt andet:

- Bibeskæftigelses karakter/indhold
- Forventet omfang i tid
- Konsekvenser for arbejdstilrettelæggelsen på hovedarbejdsstedet
- Tilrettelæggelse af afspadsering, samt
- Bibeskæftigelsens forenelighed med efterlevelsen af mål, krav og forventninger formuleret i ledelsesgrundlag, funktions- og opgavebeskrivelser mv.
- Samt de hensyn, der er nævnt i bilag til "Aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse".

Beslutninger om bibeskæftigelsen er forenelig med lægens ansættelsesforhold ved hospitalet, træffes af hospitalsdirektionen/centerledelsen og skal begrundes overfor lægen.

Lægen skal have mulighed for at udtale sig på baggrund af en skriftlig begrundelse, inden der træffes endelig beslutning om, at bibeskæftigelsen ikke er forenelig med en tilfredsstillende varetagelse af hovedbeskæftigelsen. Dette sikrer, at beslutningen ikke træffes ud fra forkerte forudsætninger. Direktionen på Rigshospitalet og i Psykiatrien skal træffe beslutning vedr. henholdsvis centerdirektørerne og centerledelserne.

Oplysninger om bibeskæftigelse skal indarbejdes i skema i bilag 3. Oplysningsskemaet udfyldes og suppleres med eventuelle bilag.

Hvis lægen har flere bibeskæftigelser udfyldes ét selvstændigt oplysningsskema for hver bibeskæftigelse.

Det/de udfyldte skema/er opbevares på lægens personalesag.

5. Opfølgning på lægers oplysningspligt ved bibeskæftigelse.

Der afholdes årligt en samtale med alle læger i Region Hovedstaden omfattet af "Aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse", der har oplyst at have bibeskæftigelse. Her drøftes bibeskæftigelsens fortsatte forenelighed med hovedbeskæftigelsen, under inddragelse af de hensyn, der er beskrevet i nærværende retningslinjer. Dette sker med henblik på, at de foreliggende oplysninger ajourføres.

Forudses der i forbindelse med den årlige gennemgang ikke ændringer i bibeskæftigelsen inden for det førstkommende år, kan afdelingsledelsen til direktionen indsende en bekræftelse af, at der ikke forventes ændringer i bibeskæftigelsen i forhold til tidligere oplysninger.

Hvis en læge har bibeskæftigelse, har den pågældende pligt til at tage initiativ til en fornyet drøftelse, såfremt der sker ændringer i forhold til det tidligere oplyste, fx udvidelse af timetallet, medejerskab af privatklinik o. lign. Drøftelsen skal altid ske forud for ændringens indtræden, uafhængigt af den faste årlige opfølgningssamtale.

6. Årlig indberetning om lægers bibeskæftigelse.

Det samlede materiale danner grundlag for en årlig indberetning fra hospitalsdirektionerne til koncerndirektionen vedrørende omfanget af bibeskæftigelse blandt læger i Region Hovedstaden omfattet af "Aftale om oplysningspligt ved bibeskæftigelse".

Bilag 1

Overenskomstmæssige bestemmelser vedrørende attester:

For så vidt angår udfærdigelse af attester er der i Overenskomst for overlæger §30, Aftale om lægelige chefer § 25 og Overenskomst for yngre læger §31 fastlagt bestemmelser vedrørende lægers attestudfyldelse.

Attesterne inddeles i to grupper:

A. Attester som udfærdiges uden særlig vederlag:

Udfærdigelse eller medvirken ved udfærdigelsen af attester om de foretagne lægelige undersøgelser og behandlinger samt om disses resultat og om patienternes tilstand, for så vidt den pågældende attest vedrører den sygdom, som patienten behandles eller har været behandlet for på institutionen, eller attesten vedrører sådanne oplysninger, som institutionen måtte ligge inde med, og som i øvrigt ikke uden særlig vanskelighed vil kunne tilvejebringes.

- Dødsattester, herunder kopier, medicolegale ligsynsattester og attester vedrørende transport af lig, indstillings- og optagelsesattester til helbredelsesinstitutioner, plejehjem, alderdomshjem o.l., simple syge- og raskmeldinger, samt
- udtalelser, der kan ligestilles med lægebrev og journaludskrifter, herunder sådanne politiattester, hvis indhold svarer til vidneudsagn.

B. Attester for hvilke der kan kræves særskilt honorar, for så vidt honorar efter tidligere anerkendt praksis har kunnet kræves:

- Attester til pensions- og forsikringsselskaber, samt attester til ankenævn, ankestyrelsen og arbejdsskadestyrelsen,
- attester til sikringsstyrelsen i det omfang, hvor taksten er i henhold til gældende lov,
- speciallægeerklæringer og sådanne erklæringer, der efter deres form og indhold må sidestilles hermed, samt
- politierklæringer og erklæringer til retsligt brug indeholdende nærmere motiveret skøn.

Den tid, der medgår til udfærdigelsen af de attester, for hvilke særskilt honorar kan kræves, kan ikke medregnes i arbejdstiden.

De under punkt A nævnte attester er ikke omfattet af oplysningspligten, da sådan attestudskrivelse ikke betragtes som værende bibeskæftigelse, hvorimod udfærdigelse af den type attester, der nævnes under punkt B betragtes som værende bibeskæftigelse og sådanne attestudfærdigelser er derfor omfattet af oplysningspligten. For disse gælder dog at oplysningspligten alene finder sted i forbindelse med den årlige drøftelse.

Attesterne nævnt under punkt B skal udfærdiges uden for normal arbejdstid dvs. uden for den daglige arbejdstid, hvor den normale drift med undersøgelse og behandling af ikke-vagtmæssig karakter finder sted.

For disse attester gælder:

- attesterne må ikke udfærdiges på virksomhedens brevpapir
- attesterne skal udfærdiges uden for lægens daglige arbejdstid
- lægen skal gøre patienten opmærksom på, at udfærdigelse af attesten ikke sker som led i ansættelsen på virksomheden. Dette kan ske i indkaldelsesbrevet og seneste ved samtalen med patienten
- lægen må benytte eget kontor, men ikke øvrige faciliteter som udstyr mv.

REGIONERNES LØNNINGS- OG
TAKSTNÆVN

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER
YNGRE LÆGER

AFTALE
OM
OPLYSNINGSPLIGT VED BIBESKÆFTIGELSE

****NYT**** = Nyt i forhold til tidligere gældende aftale

****NYT**** med virkning fra dato = Hvis en bestemmelse træder i kraft efter aftalens ikrafttrædelse

****NYT**** pr. dato = Nyt efter aftalens ikrafttræden

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	3
§ 1. AFTALENS OMRÅDE.....	3
§ 2. BIBESKÆFTIGELSE	3
§ 3. GENEREL OPLYSNINGSPLIGT	3
§ 4. OPLYSNINGSPLIGT I FORBINDELSE MED FORSKNINGSPROJEKTER.....	5
§ 5. DRØFTELSESADGANG	5
§ 6. VOLDGIFT	5
§ 7. IKRAFTTRÆDEN OG OPSIGELSE	6
BILAG 1. VEJLEDNING OM LÆGERS BIBESKÆFTIGELSE.....	7

NYT

INDLEDNING

En række funktioner i sundhedsvæsenet bygger på, at læger har bibeskæftigelse, f.eks. undervisning af medicinstuderende, udarbejdelse af attester i forsikringssager mv. Lægers samarbejde med medicinalvirksomheder m.v. må normalt betragtes som positivt og en forudsætning for et velfungerende sygehusvæsen. Mange læger har også bibeskæftigelse på andre offentlige sygehuse eller på private sygehuse eller klinikker, hvilket alt sammen bidrager til at øge den samlede behandlingskapacitet og sikre et velfungerende sundhedsvæsen.

Med indførelsen af reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, som omfatter private klinikker og hospitaler, er risikoen for interessemodsætninger mellem bibeskæftigelse og hovedbeskæftigelse øget. Reglerne om ventetidsgaranti for patientbehandling, samt garantierne for meget hurtig behandling på kræftområdet har yderligere understreget denne potentielle interessemodsætning.

Sigtet med denne aftale er at gøre opmærksom på disse forhold, så konflikter og unødigt kritik kan undgås, samt at undgå, at læger og regioner uforvarende kommer i pressens søgelys ved, at eksterne samarbejdsrelationers indhold og omfang ikke på forhånd er afstemt.

Til brug som vejledning har aftalens parter i bilag 1 formuleret en række fælles synspunkter om lægers bibeskæftigelse.

§ 1. AFTALENS OMRÅDE

Aftalen omhandler lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger ansat i regionerne. (I det følgende vil de 3 grupper blive benævnt læger.)

****NYT****

§ 2. BIBESKÆFTIGELSE

Lægens bibeskæftigelse skal være forenelig med hovedbeskæftigelsen, herunder en samvittighedsfuld udøvelse af de pligter, der er knyttet til hovedstillingen. Lægens indsats i hovedstillingen må således hverken tidsmæssigt eller indholdsmæssigt påvirkes negativt af eventuel bibeskæftigelse. Bibeskæftigelsen må ikke vanskeliggøre arbejdstilrettelæggelsen eller forringe fleksibiliteten på hovedarbejdsstedet.

§ 3. GENEREL OPLYSNINGSPLIGT

****NYT****

Stk. 1.

Lægerne skal orientere ansættelsesmyndigheden om karakteren og omfanget af bibeskæftigelse - som har relation til de pågældendes uddannelse som læge - i Danmark eller i udlandet

- ved andet offentligt sygehus,
- ved privat sygehus eller klinik og lignende institutioner,

- i egen klinik og
- ved medicinalvirksomheder, apparaturleverandører og lignende.

BEMÆRKNINGER:

RLTN tilkendegiver, at Danske Regioner vil vejlede regionerne om, at regionerne inden for rammerne af denne aftale kan fastsætte retningslinier om omfanget af oplysningspligten, samt hvornår og hvordan oplysningerne skal gives til ansættelsesmyndigheden.

****NYT****

Stk. 2.

Oplysningspligten omfatter endvidere drift af en virksomhed eller tilknytning til en virksomhed, der kræver Sundhedsstyrelsens samtykke efter § 3, stk. 2, i lov om apotekervirksomhed.

BEMÆRKNINGER:

Den generelle oplysningspligt i aftalens § 3, stk. 1, forpligter lægerne til at orientere ansættelsesmyndigheden om karakteren og omfanget af lægefaglig bibeskæftigelse. Denne generelle oplysningspligt omfatter ikke størrelsen af honorarer og vederlag.

Tilsvarende kan den ansatte være forpligtet til at give nærmere oplysning om gaver, frirejser, legater og lignende. Der kan ved den enkelte institution fastsættes retningslinier herfor efter drøftelse i MED-/samarbejdsudvalget.

For samtlige ansatte - herunder især ledende medarbejdere – gælder i visse tilfælde en konkret oplysningspligt.

Aftalen forhindrer således ikke, at ansættelsesmyndigheden kan afkræve den ansatte nærmere oplysninger om pågældendes bibeskæftigelse, hvis der er konkret anledning til at vurdere beskæftigelsens forenelighed med hovedstillingen.

Det er endvidere forudsat, at den ansatte er forpligtet til at oplyse ansættelsesmyndigheden om eventuel bibeskæftigelse, der indebærer mulighed for interesse modsætninger i forhold til hovedbeskæftigelsen, jf. princippet i forvaltningslovens § 6, stk. 1.

Opmærksomheden henledes på funktionærlovens § 15, hvorefter funktionæren uden samtykke fra arbejdsgiveren kan påtage sig hverv uden for tjenesten, når hvervet kan varetages uden ulempe for arbejdsgiveren.

Endvidere kan der henvises til tjenestemandregulativets § 15 om bibeskæftigelse, hvorefter en tjenestemand kun kan have beskæftigelse ved siden af sin tjenestemandsstilling, for så vidt og i det omfang, det er foreneligt med en samvittighedsfuld udøvelse af de til tjenestemandsstillingen knyttede pligter og med den for stillingen nødvendige agtelse og tillid. Det er endvidere ikke tilladt en tjenestemand for andre mod vederlag at udføre arbejde, hvormed regionens tjenestemænd skal føre kontrol.

Tilladelser i henhold til apotekerlovens § 3, stk. 2, skal indberettes til ansættelsesmyndigheden, jf. aftalens § 3, stk. 2. Indberetningen bør være ledsaget af en nærmere beskrivelse af pågældendes økonomiske tilknytning til virksomheden, herunder oplysning om eventuelle aktieposter.

Hvis ansættelsesmyndigheden ikke finder bibeskæftigelsen foreneligt med lægens ansættelsesforhold ved regionen, skal dette skriftligt begrundes.

§ 4. OPLYSNINGSPLIGT I FORBINDELSE MED FORSKNINGSPROJEKTER

Lægerne skal oplyse ansættelsesmyndigheden om, hvilken økonomisk støtte de pågældende modtager fra private virksomheder, fonde, patientforeninger m.v. til gennemførelse af forskningsprojekter, og om pågældende i øvrigt har en økonomisk interesse i forskningsprojektet.

BEMÆRKNINGER:

Forskningsprojekter m.v., der administreres af kliniske enheder ved sygehuse - eventuelt i form af fondsdannelser eller lignende - er ikke omfattet af aftalen, medmindre den ansatte i den forbindelse modtager personlige honorarer og vederlag eller i øvrigt har økonomisk interesse heri.

Regionen eller det enkelte sygehus kan fastsætte retningslinier for indberetning og administration af disse forskningsfonde m.v.

****NYT****

§ 5. DRØFTELSESADGANG

Hver af parterne kan til enhver tid tage initiativ til en drøftelse mellem aftalens parter af konkret opståede spørgsmål om bibeskæftigelse.

§ 6. VOLDGIFT

Stk. 1.

Uoverensstemmelser om fortolkning af reglerne afgøres af en voldgiftsret, som består af 5 medlemmer, hvoraf 2 vælges af Regionerne Lønnings- og Takstnævn og 2 af Foreningen af Speciallæger/Yngre Læger.

Stk. 2.

Parterne vælger i forening en opmand for voldgiftsretten. Parterne retter herefter henvendelse til Arbejdsrettens formand med anmodning om udpegning af opmanden. Kan enighed om indstilling ikke opnås, anmoder parterne Arbejdsrettens formand om at udpege en opmand. Opmanden fungerer som voldgiftsrettens formand.

BEMÆRKNINGER:

Udpegning af opmand finder i øvrigt sted i henhold til bestemmelserne i Lov om Arbejdsretten og faglige voldgiftsretter, kap. 2.

Stk. 3.

Parterne forpligter sig til at efterkomme voldgiftsrettens kendelse samt at bære eventuelle ikendte omkostninger.

****NYT****

§ 7. IKRAFTTRÆDEN OG OPSIGELSE

Stk. 1.

Denne aftale har virkning fra den **01-04-2008**.

Stk. 2.

Aftalen kan af hver af parterne opsiges med 3 måneders varsel til en 31-03, dog tidligst til den **31-03-2010**. Opsigelse skal ske skriftligt.

København, den 29-10-2008.

For FORENINGEN AF SPECIALLÆGER:

Poul Jaszczak

/Kasper Axel Nielsen

For YNGRE LÆGER:

Lisbeth B. Lintz Christensen

/Søren Geckler

For REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN:

Signe Friberg Nielsen

/Thorkild Rotenberg

****NYT****

BILAG 1. VEJLEDNING OM LÆGERS BIBESKÆFTIGELSE

Vejledningens grundlag er de gældende regler om bibeskæftigelse, som findes i tjenstemandsregulativet, funktionærloven samt i aftalen om oplysningspligt ved bibeskæftigelse.

Overenskomstens parter finder, at nedenstående synspunkter følger helt naturligt af overstående regelsæt:

1. Cheflægers, lægelige direktørers og tilsvarende lægelige chefers bibeskæftigelse uden for det offentlige sundhedsvæsen, må ikke indebære en risiko for interessekonflikter i forhold til hovedbeskæftigelsen.
2. Ledende overlægers og specialeansvarlige overlægers bibeskæftigelse hos private hospitaler, klinikker mv., der behandler patienter efter det udvidede frie sygehusvalg, eller i henhold til ventetidsgarantier, må ikke indebære en risiko for interessekonflikter i forhold til hovedbeskæftigelsen.
3. Lægens bibeskæftigelse skal være forenelig med hovedbeskæftigelsen, herunder en samvittighedsfuld udøvelse af de pligter, der er knyttet til hovedstillingen. Lægens indsats i hovedstillingen må således hverken tidsmæssigt eller indholdsmæssigt påvirkes negativt af eventuel bibeskæftigelse. Bibeskæftigelsen må ikke vanskeliggøre arbejdstilrettelæggelsen eller forringe fleksibiliteten på hovedarbejdsstedet.
4. Personalets information til patienterne bør være uafhængig, så der ikke er tvivl om personalets habilitet. Det er et fælles ansvar, at viderevisitering af patienter til behandling i privat regi ikke placeres hos personer, som har en personlig økonomisk og/eller ansættelsesmæssig interesse i de pågældende privathospitaler og klinikker.
5. Hvis lægens bibeskæftigelse finder sted på sygehuset, skal der være aftale om betaling for brug af udstyr, utensilier, hjælpepersonale, telefon mv.. Det skal være klart for patienten, at behandlingen sker på lægens ansvar og ligger uden for sygehusets ansvarsområde.
6. En læge bør i sin faglige rådgivning af sin hovedarbejdsgiver arbejde for at sikre uvildighed og saglighed, således at lægens virksomhed er og fremstår troværdig.
7. Hvis der er tvivl om, hvorvidt bibeskæftigelsen er forenelig med hovedbeskæftigelsen, bør der finde en drøftelse sted mellem lægen og vedkommendes arbejdsgiver.

22.04.4
Side 8

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.19

Emne: Status for implementering af kræftpakkerne

2 bilag

NOTAT

Opgang Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 54 20
Web www.regionh.dk

Journal nr.: 10002258
 Ref.: cabuhe

Dato: 19. april 2010

Status for implementering af pakkeforløb for kræftpatienter april 2010

Forretningsudvalget er siden december 2007 blevet orienteret om status for akut udredning og behandling af kræft i Region Hovedstaden. I henhold til aftalen mellem Danske Regioner og regeringen er alle kræftformer undtagen almindelig hudkræft omfattet af servicemålene om akut udredning og behandling.

Den aktuelle status for opfyldelse af kravene til akut udredning og behandling af kræft fremgår af vedlagte spørgeskemabaserede redegørelse. Som supplement til redegørelsen bør nævnes, at der er en lang række patienter, der kommer i gang med et udredningsforløb, får stillet en diagnose, lagt en behandlingsplan og igangsættes med behandling hurtigere end de angivne forløbstider.

Redegørelsen er som tidligere redegørelser baseret på indberetninger fra de enkelte hospitaler, idet monitoreringssystemet MIS Kræft, som benyttes i Region Hovedstaden endnu ikke leverer fuldstændig valide tal. Hertil kommer, at redegørelsen skal ses som udtryk for et 'øjebliksbillede'.

Regionens hospitaler er medio april 2010 anmodet om at indmelde status for implementering af pakkeforløb for kræftpatienter til administrationen.

Tilfredshed blandt patienter, pårørende og personale

Generelt går det godt på en række områder. Billedet viser stadigvæk, at kræftpatienter i dag får tilbudt udredning og behandling langt hurtigere end før kræftpakkerne blev implementeret. Både patienter, pårørende og klinikere giver også udtryk for, at der er stor tilfredshed med det kvalitetsløft implementeringen af pakkeforløb for kræft har medført.

Overordnet peger hospitalerne, at pakkeforløbene har medført følgende:

- hurtigere udredning og behandling
- beslutningsprocessen omkring behandling er blevet optimeret på baggrund af MTD-konferencer, den enkelte patient håndteres af et helt team af fagspecialister
- styrket dialog imellem specialerne

- gennemsigthed i forhold til ensartet behandling i hele landet
- bedre kontakt og kommunikation mellem primær og sekundær sektor
- øget fokus på overgange mellem afdelinger og hospitaler

Hospitalet påpeger også nogle områder, hvor implementeringen af pakkeforløb har haft nogle afledte negative konsekvenser, det drejer sig overordnet om, at kræftpakkerne har lagt større pres på ambulatorie- og operationskapaciteten, samt større pres på de parakliniske afdelinger.

Presset kapacitet

Overordnet er tilbagemeldingen fra hospitalet, at ambulatorie- og operationskapaciteten er presset. Forløbstiderne overholdes kun idet patienterne med en malign diagnose eller mistanke herom prioriteres frem for patienter med en benign diagnose. Det betyder, at patienter med en benign diagnose oplever øget ventetid i hele forløbet, og flere fagfolk giver udtryk for, at det ud fra en sundhedsfaglig vinkel ikke er acceptabelt i længden. De specialer, hvor det ikke er muligt at prioritere mellem benigne og maligne diagnoser, har i højere grad problemer med at efterleve pakkeforløbenes anbefalinger, ex. plastikkirurgi og patologi.

Plastikkirurgi indgår i flere pakkeforløb for kræft og langt de fleste opgaver på plastikkirurgisk afdeling er relateret til kræftbehandling, dvs. der er ikke mulighed for at prioritere mellem benigne og maligne diagnoser i samme grad, som ex. en gastrokirurgisk afdeling. Det betyder, at i takt med, at der er implementeret pakkeforløb for alle kræftformer, har regionens to plastikkirurgiske afdelinger i tilsvarende grad svært ved at efterleve anbefalingerne.

Patologi er et speciale, der indgår i udredningen og behandling af alle kræftformer. hertil kommer, at hovedparten af specialets opgaver er i relation til kræftudredning og behandling. Afdelingerne har derfor oplevet et vedvarende pres for at efterleve anbefalingerne og flere tværfaglige team melder tilbage, at den største flaskehals i relation til at nedbringe ventetiderne yderligere, er kapaciteten i de patologiske afdelinger.

Ændringer i forhold til afrapporteringen i oktober 2009

Generelt er billedet forholdsvis uændret i forhold til afrapporteringen i oktober 2009. For kræftformerne lungekræft, de gynækologiske kræftformer, de hæmatologiske kræftformer, nyre- og blærekræft, modernærkekræft, kræft i hjernen, kolorektale levermetastaser er der kun minimale ændringer i forhold til afrapporteringen i oktober 2009. Der er sket en mindre bedring i forhold til udredning og behandling af patienter med hoved- halskræft og prostatakkræft. Der er sket en væsentlig forbedring vedrørende behandling af kræft i øvre mave tarm, hvor kapaciteten er øget, hvilket har betydet et fald i ventetiden på operation på 5 til 10 hverdage. Det har betydet, at forløbstiden til operation for leverkræft delvist opfyldes. Forløbstiden til operation for galdesten og pancreas opfyldes fortsat ikke, men der er sket en væsentlig forbedring. Det er dog vanskeligt at vurdere om ovenstående oplysninger skyldes andet end generel fluktuation i patientmængden.

Udredning og behandling af brystkræft er fortsat pga. mammografiscreeningstilbuddet til alle kvinder mellem 50 og 69 år en fortsat udfordring specielt på Herlev Hospital, men det forventes, at puklen affødt af mammografiscreeningen er afviklet i juni 2010. Patienter, som ikke kan tilbydes udredning og behandling jf. bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme bliver tilbudt behandling i anden region eller udlandet.

Det urologiske område har i hele implementeringsperioden været under stort pres. Billedet er fortsat, at det især for prostatakraftpatienter er vanskeligt at efterleve pakkeforløbets servicemål. Det har ikke været muligt at tilbyde patienterne ex. operation i andre regioner, og derfor er en del patienter fra Rigshospitalet blevet tilbudt behandling i udlandet.

Indberetningsskema – Region Hovedstaden, april 2010

Tabel 1: Forløbstider (anvend kategorierne: "Opfylder forløbstider", "opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)" og "opfylder ikke forløbstid")

Forløbstider ifølge pakkebeskrivelse ¹	Henvisningsperiode	Udredningsperiode	Operation	Kemoterapi (efterbehandling)	Strålebehandling (efterbehandling)	Kommenter kort i de tilfælde, hvor der er sket ændringer i forhold til sidste indberetning (herunder hvad der gøres for at løse eventuelle problemer)
Hoved-halskræft	(1 hverdage)	(5-7 hverdage)	(5 hverdage)	(ikke relevant)	(ikke relevant)	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)*			*Ved større komplicerede indgreb kan forløbstiden blive overskredet.
Gentofte Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid			
Hillerød Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid				
Herlev Hospital						
Brystkræft	(3 hverdage)	(6 hverdage)	(9 hverdage)	(15-20 hverdage)²	(15-20 hverdage)²	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)*	Opfylder forløbstid**	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	
Herlev Hospital	Opfylder ikke forløbstid	Opfylder ikke forløbstid.	Opfylder ikke forløbstid.	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Herlev Hospital har vanskeligt ved at efterleve pakkeforløbets anbefalinger for udredning og operation, idet der fortsat er pukkelafrvikling efter mammografiscreeningens 1. runde i Region Hovedstaden. Der er i en periode udført merarbejde for at nedbringe ventetiden. Der er patienter, der henvises til udredning og behandling ved andre hospitaler fx. Rigshospitalet og Ringsted Hospital for at

1 En angivelse af, hvor lang tid, der som minimum er nødvendig for at gennemføre det fagligt optimale forløb under forudsætning af, at alt nødvendigt personale, apparatur m.v. er til rådighed.

2 15-20 hverdage til efterbehandling i form af kemo- og strålebehandling er det typiske at afsætte til sårheling, afklaring af histologisk diagnose m.v. efter operation – gældende for de fleste kræftsygdomme.

						sikre, at bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme overholdes. I enkelte tilfælde er patienter tilbudt behandling i udlandet. Det forventes, at puklen er afviklet i juni 2010.
Bornholms Hospital	Opfylder forløbstid			Opfylder forløbstid		
Hillerød Hospital				Opfylder forløbstid		
Tyk- og endetarmskræft	(6 hverdage)	(14-31 hverdage)³	(7 hverdage)	(15-20 hverdage)	(ikke relevant)	
Hillerød Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid		
Bispebjerg hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid			
Hvidovre Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder ikke forløbstid*			* Hvidovre Hospital har renoveret to operationsstuer for at sikre tidssvarende operationsfaciliteter, dette har betydet nedsat operationskapacitet i en periode. OP-stuerne er i brugtaget medio april, og det er forventningen, at forløbstiden nedbringes i løbet af de kommende måneder.
Herlev Hospital	Opfylder forløbstider	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid		
Bornholm Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid		Opfylder forløbstid		
Rigshospitalet				Opfylder forløbstiden		
Lungekræft⁴	(3 hverdage)	(17 hverdage)	(10 hverdage)	(15-20 hverdage)	(15-20 hverdage)	
Gentofte Hospital	Opfylder forløbstid*	Opfylder forløbstid				*Der er et mindre antal patienter som ikke kan træffes pr. telefon og derfor indkaldes pr. brev. Disse patienter får ikke igangsat udredning inden for 72 timer.
Bispebjerg Hospital	Opfylder forløbstid*	Opfylder forløbstid**				* Udredning påbegyndes inden for pakkeforløbets

3 Den fagligt begrundede forløbstid for udredning er 14 hverdage. Hvis tumor ikke findes ved sigmoideoskopi forlænges udredningsforløbet med yderlige 17 hverdage.

4 De nye forløbstider for lungekræft er ikke fastlagt, hvorfor de ”gamle tider” anvendes.

						anbefalinger i det omfang, hvor det er muligt at få kontakt til patienten. Det er erfaringen, at det ikke er muligt at få telefoniskkontakt med 10 til 15% af patienterne. Disse skal derfor kontaktes pr. brev hvilket betyder, at udredningen ikke kan påbegyndes inden for 3 hverdage. **NIP standarden (>85% færdigudredes inden 28 kalenderdage) opfyldes
Bornholms Hospital	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid		Opfylder forløbstid		
Rigshospitalet			Opfylder ikke forløbstid*	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	*Overskridelse på 5 hverdage. Region Hovedstaden har d. 1.1.2010 overtaget patienter til behandling for lungekræft fra tidligere Vestsjællands Amt. Dette har betydet ekstra pres på kapaciteten. Det er fokus på at få etableret øget operationskapacitet ved Lean projekt, inddragelse af afspadsring i lægegruppe mv. For at sikre, at bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme overholdes, får enkelte patienter tilbudt operation i andre regioner.
Hillerød Hospital				Opfylder forløbstid		
Herlev Hospital				Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	
Gynækologiske kræftformer	(3 hverdage)	(7-16 hverdage)⁵	(6 hverdage)	(15-20 hverdage)	(15-20 hverdage)	
Hillerød Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid*			* Patienter med diagnosen ovariekræft visiteres videre til

⁵ Forløbstiden for udredning differentierer alt efter, hvilken gynækologisk kræftsygdom, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for kræft i æggestokken er således 7 hverdage, for livmoderkræft 11 hverdage, for livmoderhalskræft 15 hverdage, og for kræft i vulva er den fagligt begrundede forløbstid 16 hverdage (tiden består bl.a. af gynækologiske undersøgelser, analyse af biopsi og billeddiagnostiske undersøgelser og blodprøve ved mistanke om kræft i æggestokkene).

						Rigshospitalet eller Herlev Hospital.
Hvidovre Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid			
Herlev Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Ved primærbehandling for ovariecancer er primær systematisk behandling fra henvisning til start af behandling nede på 10 hverdage.
Bornholms Hospital	Opfylder forløbstid (1-3 hverdage)⁶	Opfylder forløbstid (2-16 hverdage)⁷	(ikke relevant)⁸	(ikke relevant)	(ikke relevant)	
Herlev Hospital	Opfylder ikke forløbstid*	Opfylder forløbstid				*1 dag for akut leukæmi overholdes altid. 3 dage for maligne lymfomer og myelomatose, men ikke for kronisk lymfatisk leukæmi og kronisk myeloid sygdom. Sidstenævnte gruppe ses altid efter individuel lægefagligvisitation.
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid*	Opfylder forløbstid**				*Forløbstiden overholdes ikke for myelomatoser og CLL. ** Forløbstiden overskrides med få dage for lymfekræft. Da patienterne først modtages midt i udredningsforløbet efter 7-10 hverdage.
Bornholms Hospital	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid				
Kræft i blære og nyre	(3 hverdage)	(17-18 hverdage)	(7-10)	(ca. 4 uger -	(ca. 4 uger -	

⁶ Forløbstiden for henvisning differentierer alt efter, hvilken hæmatologisk kræftsygdom, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for akut leukæmi er således 1 hverdag, for kronisk myeloid sygdom, lymfekræft og myelomatose er forløbstiden 3 hverdage.

⁷ Forløbstiden for udredning differentierer alt efter, hvilken hæmatologisk kræftsygdom, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for akut leukæmi er således 2 hverdage, for kronisk myeloid sygdom 11 hverdage, for myelomatose 14 hverdage og for lymfekræft er den fagligt begrundede forløbstid 16 hverdage (består bl.a. af anamnese, objektiv undersøgelse, knoglemarvsprøve og billeddiagnostik).

⁸ Hæmatologiske kræftpatienter behandles ikke med operation, men primærbehandles med kemo- eller stråleterapi.

			<i>hverdage)</i> ⁹	<i>blærekræft)</i> <i>(ikke relevant –</i> <i>nyrekræft)</i>	<i>blærekræft)</i> <i>(ikke relevant –</i> <i>nyrekræft)</i>	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid for blærecancer, men ikke nyrecancer, hvor forløbstiden overskrides med få dage*	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	*Ventetiden på operation skyldes manglende operationskapacitet, men forløbestiden er forbedret siden sidste afrapportering i efteråret 2009 grundet etablering af øget operationskapacitet. Det er en udfordring at udrede og behandle patienter fra især Grønland inden for forløbstiderne pga den geografiske afstand. Der forekommer derfor patienter fra Grønland hvor de angivne tider ikke overholdes. Der arbejdes målrettet på at sikre patientgruppen udredning og behandling uden unødigt ventetid.
Frederiksberg	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid			
Herlev Hospital	Opfylder ikke forløbstid	Opfylder ikke forløbstid	Opfylder forløbstid*	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Der er stort pres generelt på den urologiske afdeling, hvilket betyder, at hospitalet ikke kan efterleve pakkeforløbenes anbefalinger for en række forløbstider * Patienter, der skal have foretaget TURB henvises i et vist omfang til andet hospital. – og viderehenvisningen kan betyde overskridelse af forløbstiden
Modermærkekræft	(3 hverdage)	10 hverdage)	(8-19 hverdage)	Ikke relevant	Ikke relevant	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid (med			* Der er fortsat nedsat kapacitet på Patologisk

⁹ Forløbstiden for operation differentierer alt efter, hvilken urologisk kræftsygdom, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for nyrekræft er således 7 hverdage og for blærekræft 10 hverdage (består bl.a. af forundersøgelse og evt. billeddiagnostik).

			få dages overskridelse)*			Afdeling pga. omfattende ombygning, hvilket har betydning for efterlevelse af forløbstiden
Herlev Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid			
Hjernekræft	(3 hverdage)	(7 hverdage)	(7 hverdage)	(15-20 hverdage)	(15-20 hverdage)	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid*	Opfylder forløbstid**	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid (periodevis med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid (periodevis med få dages overskridelse)***	*Såfremt det ikke er muligt at tilse patienten indenfor 3 hverdage efter henvisningen, viderehenvises patienten til udredning på Thava-Hamlet. **Der er enkelte patienter, hvor forløbstiden overskrides med få dage
Glostrup Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid			
Herlev Hospital				Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	
Hillerød Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid				
Bispebjerg Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid				
Kræft i prostata, penis og testikel	(3-5 hverdage)¹⁰	(8-23 hverdage)¹¹	(7 hverdage)	(15-20 hverdage – testikelkræft) (ikke relevant – penis- og prostatakræft)	(15-20 hverdage – testikelkræft) (ikke relevant – penis- og prostatakræft)	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid for penis- og testikelkræft Opfylder ikke forløbstid for prostatakræft*	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid for testikelkræft og overholder med få dages overskridelse forløbstid for peniskræft. Opfylder ikke forløbstid for prostatakræft*	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	*Ventetid på operation skyldes manglende operationskapacitet, men i forhold til sidste afrapportering oktober 2009 er forløbstiden forbedret . I forhold til at sikre, at bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme overholdes, får patienterne tilbudt operation i andre regioner og udlandet.

¹⁰ Forløbstiden for henvisning differentierer alt efter, hvilken kræftsygdom i de mandlige kønsorganer, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for testikelkræft og peniskræft er således 3 hverdage og for prostatakræft er forløbstiden 5 hverdage (for prostatakræft afsættes 2 hverdage til pausering med AK behandling, da der skal tages biopsi).

¹¹ Forløbstiden for udredning differentierer alt efter, hvilken kræftsygdom i de mandlige kønsorganer, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for testikelkræft (for såvel udredning og behandling – fjernelse af testikel) er således 8 hverdage, for peniskræft 15 hverdage og for prostatakræft er forløbstiden 23 hverdage (består bl.a. af klinisk undersøgelse, analyse af biopsi og scanning).

Frederiksberg Hospital	Opfylder forløbstid for kræft i testikel Opfylder ikke forløbstid for prostatakræft.	Opfylder forløbstid for kræft i testikel Opfylder forløbstid med få dages overskridelse for prostatakræft.	Opfylder forløbstid for kræft i testikel			Prostatakræft patienter som behandles med kurativt sigte behandles på Rigshospitalet og Herlev Hospital.
Herlev Hospital	Opfylder ikke forløbstid	Opfylder forløbstid med få dages overskridelse for testikelkræft Opfylder ikke forløbstid for prostatakræft	Opfylder forløbstid for testikelkræft. Opfylder ikke forløbstid for prostatakræft	Opfylder forløbstid.	Opfylder forløbstid.	
Kræft i øvre mavearm	(3 hverdage)	(19-22 hverdage)¹²	(7 hverdage)	(15-20 hverdage)	(15-20 hverdage)	
Bispebjerg Hospital	Kan ikke besvares	Kan ikke besvares				Forbehold vedr. pakkerforløb for øvre GI-cancer, hvor afdelingen endnu ikke har haft en tilstrækkelig patientvolumen
Hvidovre Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid				
Hillerød Hospital	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid				
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid for kræft i spiserør, mavesæk og mavemund. Forløbstiden opfyldes med få dages overskridelse fsva. kræft i lever, galdegang og bugspytkirtel	Opfylder forløbstid for kræft i spiserør mavesæk og mavemund*. Forløbstid opfyldes ikke for kræft i bugspytkirtel, lever og galde	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Øget kapacitet har betydet et fald i ventetid på operation med 5 til 10 hverdage. Ventetid på operation for leverkræft er pt 5 til 10 hverdage. Ventetid til operation for pancreas og galde er aktuelt 15 hverdage. Forløbstiden opfyldes ikke, men der er tale om en forbedring i forhold til tidligere. For at sikre, at bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme overholdes, får patienter tilbudt operation i andre regioner/udlandet..

¹² Forløbstiden for udredning differentierer alt efter, hvilken kræftsygdom i øvre mavearm, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for kræft i galdegangen og bugspytkirtlen er således 19 hverdage, for kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken 21 hverdage og for kræft i leveren er forløbstiden 22 hverdage (består bl.a. i klinisk undersøgelse, ultralyd og scanning).

Herlev Hospital	Opfylder ikke forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid		
Kræft hos børn	(1 hverdag)	(individuel)¹³	(individuel)	(individuel)	(individuel)	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	
Sarkomer	(5 hverdage)	(9-18 hverdage)¹⁴	(10 hverdage)	(15-20 hverdage)	Ikke relevant	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid		
Herlev Hospital				Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	
Kolorektale levermetastaser	(5 hverdage)	(7 hverdage)	(7 hverdage)	(15-20 hverdage)	(15-20 hverdage)	
Rigshospitalet	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)*	Opfylder forløbstiden		*30% opfylder forløbstid
Herlev Hospital	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid (med få dages overskridelse)	Opfylder forløbstid		
Hvidovre Hospital						
Kræft i øjne og øjenomgivelser	(1-3 hverdage)¹⁵	(4-8 hverdage)¹⁶	(individuel)¹⁷	(individuel)	(individuel)	
Glostrup Hospital	Opfylder forløbstid*	Opfylder forløbstid*	Opfylder forløbstid			*Har udefunktion på Rigshospitalet. Dvs, at alle patienter med kræft i øjet udredes på og behandles fysisk på Rigshospitalet, men under lægefagligt ledelse fra Glostrup Hospital.
Rigshospitalet				Opfylder forløbstid	Opfylder forløbstid	

¹³ Udredning og behandling af kræft hos børn tilrettelægges hurtigst muligt og er individuel og afhængig af kræftform, barnets almen tilstand og behov.

¹⁴ Forløbstiden for udredning differentierer alt efter, hvilken kræftsygdom, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for bløddelstumor er således 9 hverdage og for knoglesarkomer 18 hverdage (består bl.a. af forundersøgelse, EKG, blodprøver og analyse af biopsi).

¹⁵ Forløbstiden for henvisning differentierer alt efter, hvilken kræftsygdom, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for retinoblastom er således 1 hverdag og for malignt melanom i choroidea og kræft i øjenhulen er forløbstiden 3 hverdage.

¹⁶ Forløbstiden for udredning differentierer alt efter, hvilken kræftsygdom, der er tale om. Den fagligt begrundede forløbstid for retinoblastom er således 4 hverdage og for malignt melanom i choroidea og kræft i øjenhulen er forløbstiden 8 hverdage (består bl.a. af klinisk undersøgelse, ultralyd og scanning).

¹⁷ Den tidsmæssige tilrettelæggelse af behandlingen vil være en individuel vurdering afhængig af stadie, almen tilstand og forældre/barnets ønske.

Tabel 2: Spørgsmål vedr. klar besked til patienterne, tværgående samarbejde og registrering (fri skriftlig form)

Spørgsmål	Status (vurder først status samlet på regionsniveau. Er status ikke ens på tværs af sygehuse og pakkeforløb, udspecificer da nærmere for hvert enkelt sygehus pr. pakkeforløb)	Uddyb i de tilfælde, hvor der er sket ændringer i forhold til sidste indberetning (herunder hvad der gøres for at løse eventuelle problemer)
Er pakkeforløbene fortsat implementeret i organisationen i henhold til de sundhedsfaglige retningslinier (kliniske undersøgelser, behandlingsformer m.m.)?	Helt overordnet er pakkeforløbene implementeret organisatorisk i henhold til de sundhedsfaglige retningslinier i pakkeforløbene. Der er dog en enkelt undtagelse i relation til pakkeforløbet for kræft i hjernen (som der tidligere er gjort opmærksom på), idet regionen ikke har den fornødne MR-kapacitet. Konkret håndteres udfordringen ved, at der er sikret adgang til akut CT-scanning uden kontrast inden for få timer for alle akut indlagte patienter med relevante neurologiske symptomer. Såfremt en CT-scanning bestyrker mistanken om primær kræft i hjernen, konfereres med områdets neurologiske bagvagt og hospitalerne skal sikre MR-scanning senest førstkommende hverdag. Regionen får udvidet MR-kapaciteten det kommende år, og det er regionens forhåbning, at der primært kan tilbydes MR-scanning til alle relevante patienter ved i løbet af 2010. Kapacitetsmæssigt er der en række udfordringer (Jf. tabel 1), som gør det vanskeligt at efterleve forløbstiderne inden for de givne ressourcemæssige rammer. De ressourcemæssige rammer handler både om den overordnede økonomi i relation til implementeringen af pakkeforløbene, samt de personale ressourcer, der er til rådighed. Der gøres i denne sammenhæng opmærksom på, at det særligt er den urologiske kapacitet, operationskapaciteten for øvre GI og mammakirurgien, der er presset. Hertil kommer, at de parakliniske afdelinger fortsat kører med maksimal belastning..	
Er det sikret, at alle patienter tildeles en kontaktperson senest ved første fremmøde på sygehuset?	JA, alle kræftpatienter tildeles en sundhedsfaglig kontaktperson jf. gældende regler på området.	
Er der sikret en løbende forløbsledelses- og koordinationsfunktion – herunder når patienten bevæger sig mellem sygehuse?	I efteråret 2008 blev der i regionen bevilliget økonomi til ansættelse af 32½ forløbskoordinatorer ved regionens hospitaler. Forløbskoordinatorerne blev ansat ultimo 2008 og primo 2009. Ud over de 'ny-	

Hvor mange personer har funktion som forløbskoordinator i alt på sygehusene? Hvad er typisk den faglige baggrund hos en forløbskoordinatorer?	bevilligede' stillinger, er der ved en række afdelinger/hospitaler personale, der ikke er ansat specifikt som forløbskoordinatorer, der varetager funktionen. Der ansat 30,9 i normerede fuldtidsstillinger i region Hovedstaden. Funktionen varetages på hospitalerne i tæt samarbejde med afdelingernes visitationsansvarlige. De fleste ny-ansatte forløbskoordinatorer er tilknyttet stamafdelingerne, men fx på Rigshospitalet er der ansat forløbskoordinatorer i onkologisk-regi. Hovedparten af de ansatte forløbskoordinatorer og de personer, der varetager funktioner, er erfarne sygeplejersker med kendskab til onkologiske patientforløb samt registreringspraksis. Mange af koordinatorerne har endvidere en videreuddannelse på master eller kandidatniveau. Forløbskoordinatorfunktionen er udfoldet forskelligt ved regionens hospitaler, afhængigt af behov og lokale forhold. Fx. er det ikke alle forløbskoordinatorer, der varetager funktionen på tværs af matrikler. For de kræftforløb, hvor der ikke er en forløbskoordinator, der varetager forløbene på tværs af matriklerne, sikres patienterne hurtige og kvalificerede forløb via 'hånd-til-hånd' metoden.	
Er der skabt rammer for en simpel og hurtig henvisningspraksis mellem sekundær og primær sektor, herunder er almen praksis orienteret om kriterier?	Det er regionens indstilling, at den simple og hurtige henvisning mellem primær og sekundær sektor ikke sikres før den elektroniske henvisningsblanket er fuldt implementeret. Der er udarbejdet visitationsvejledninger (specialudgaver af regionens elektroniske nyhedsbrev til primærsektoren, PKO-nyt) for alle kræftpakkerne, hvorpå der er anført relevante hospitaler med relevant kontakinfo, herunder kontakinfo til relevante fagkontaktpersoner på hospitalerne. Specialudgaverne af nyhedsbrevet er sendt elektronisk til primærsektoren, samt sendt (fysisk) til alle regionens læger. Hertil kommer, at alt relevant information er tilgængelig på sundhed.dk	Fra Rigshospitalets side påpeges det, at der er et tæt samarbejde mellem forløbskoordinatorer og praksiskoordinatorerne, primærsektor.

Er der sikret etablering af multidisciplinære teams og konferencer, der inddrager alle relevante specialer jf. pakkebeskrivelsernes anvisninger?	I udgangspunktet er der etableret multidisciplinære team og konferencer i henhold til de sundhedsfaglige retningslinjer i pakkeforløbene. Men der er forløb, hvor det er vanskeligt at efterleve anbefalinger 100%, ex. pga. geografiske forhold, både internt i regionen og på tværs af regionsgrænser. Fx deltager bornholmske læger ikke i MDT-konferencerne, der fremsendes elektroniske oplæg og referat af beslutninger og i tvivlstilfælde konfereres der telefonisk. Der arbejdes samtidig på mulighed for at etablere telemedicinske konferencer mellem Bornholms Hospital og relevante hospitaler i regionen.	Fra Rigshospitalet oplyses det, at der er etableret MDT-konference for patienter med neuroendokrine tumorer, der dog ikke er omfattet af pakkeforløb endnu. I det brystkirurgiske/onkologiske speciale på Rigshospitalet er der etableret ugentlige MDT-konferencer som fungerer optimalt i fht til at få drøftet tvivls- spørgsmål, sikrer patientforløb. Der er fra 2010 på Rigshospitalet opstartet konference for patienter med Hoved/halskræft 4 dage om ugen, hvor onkolog sammen med kirurg vurderer patienten, og i samråd med patienten beslutter den endelige behandlingsplan. Patienten bliver ved samme lejlighed informeret om behandlingsplanen, og medgives evt. tid til videre behandling i onkologisk regi.
Ses et øget pres på andre specialer end kræft, hvad angår f.eks. scanning og patologiundersøgelser m.v.?	Implementeringen af pakkeforløb for kræft, har medført øget pres på andre specialer og en række andre udfordringer: ▪ Generelt er der et stort pres på de parakliniske afdelinger. En række af de parakliniske specialer fungerer kun qua mer-arbejdsaftaler, hvilket er en personalemæssig udfordring. De parakliniske specialer består af en række sub-specialer, og der er en udfordring at rekruttere de rette specialkompetencer, hvilket gør det vanskeligt at udvide kapaciteten. Presset på de parakliniske afdelinger har desuden medført øget ventetid på ikke-kræftrelaterede undersøgelser. ▪ Generelt stort pres på ambulatorie- og operationstider. Hvilket har medført, at kræftpatienter prioriteres frem for ikke kræftpatienter. ▪ Det er meget personale-ressourcekrævende at afholde MDT-konferencer. ▪ Det er en stor udfordring og meget ressourcekrævende at sikre de patienter, der ikke passer ind i et standardforløb, et hurtigt udrednings- og behandlingsforløb uden unødigt ventetid. ▪ Der er kræftpatienter, der ikke inkluderes i et pakkeforløb, da de i initialfasen ikke lever op til kravene om 'begrundet mistanke' om kræft. Det er	

	en stor udfordring at sikre, at disse patienter 'gribes', i et tidligt stadie. ▪ Vedr. hæmatologiske kræftformer: Det er fagligt tilfredsstillende, at patienter med begrundet mistanke om hæmatologisk kræftsygdom, undersøges hurtigt og i planlagte forløb. Det forekommer derimod ikke specielt nødvendigt eller relevant, for flertallet af patienter med mistænkt sygdom inden for pakkeforløb samt en stor del af patienter med kronisk lymfatisk leukæmi, at intervallet fra henvisnings modtagelse til 1. fremmøde i afdeling er så kort som 3 dage. Der burde være indført regel om " individuel klinisk vurdering. ▪ Vedr. kræft i nyre og blære samt Kræft i prostata, penis og testikel. Fagligt vurderes det, at de korte forløbstider for en række af de urologiske patienter ikke har nogen umiddelbare betydning for patientoverlevelsen. Det vurderes derimod at have negative konsekvenser for urologiske patienter uden malign diagnose, idet ventetiderne for disse patienter er steget markant, som følge af en prioritering mellem kræft og ikke-kræftpatienter .	
Beskriv status for gennemførte og planlagte efteruddannelses tilbud til alment praktiserende læger (evt. praktiserende speciallæger) og vurdér behovet for yderligere efteruddannelse i regionen	Region Hovedstaden har i foråret 2009 afholdt 7 efteruddannelseskurser for alle regionens almen praktiserende læger, mhp. at sikre en hurtig og korrekt henvisningsprocedure fra almen praksis til hospitalerne (der blev også afholdt kurser i foråret 2008). Hertil kommer, at alle regionens praktiserende læger i foråret 2009 har fået tilsendt en mappe (fysisk) med alt relevant henvisningsmateriale. Det har dog vist sig at være en stor udfordring at sikre en hurtig henvisningspraksis, og der arbejdes fortsat med at øge kendskabet til henvisningskriterierne og visitationsretningslinjerne. Flere af regionens hospitaler afholder halvårligt bilaterale møder med praktiserende læger og der arbejdes målrettet med at implementere henvisningspraksis via regionens praksiskonsulent- og praksiskoordinatorordning.	
Beskriv de positive erfaringer med pakkeforløbene f.eks. organisatorisk, fagligt og i forhold til patienterne	Generelt: • Pakkeforløb som styringsredskab samt evaluering medfører formodentlig hurtigere udredning og behandling, hvilket i langt de fleste tilfælde forventes at medføre højere	

	patienttilfredshed. • Flere patienter henvises til udredning for kræft som følge af klare inklusionskriterier for pakkeforløb. Der er fagligt skabt konsensus om inklusionskriterierne. • Øget opmærksomhed på de forskellige faggruppers bidrag til det samlede pakkeforløb, samt mere gennemskuelige organisatoriske arbejdsgange, og dermed klar ansvarsplacering • Tættere kontakt og kommunikation mellem primær og sekundær sektor. • Fælles grundlag for planlægning på tværs af specialer og hospitaler, hvilket er nødvendigt for god planlægning. • Øget fokus på overgangene mellem afdelinger og hospitaler. • Beslutningsprocessen omkring behandling er blevet optimeret på baggrund af MTD konferencer • Den enkelte patient håndteres af et helt team af specialister og dette sikrer optimal professionelt udrednings- og behandlingstilbud. • Styrket dialog imellem specialerne. Gennemsigtighed i forhold til ensartet behandling i hele landet	
--	--	--

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.20

Emne: Responstider på ambulancekørsel

1 bilag

NOTAT**Region Hovedstadens ambulanceberedskab og
responstider for ambulancekørsel i marts 2010****Resume**

Responstiden for akutte ambulancekørsler med udrykning var 5 minutter og 59 sekunder i marts 2010 (medianværdi). Den tilsvarende gennemsnitlige værdi var 6 minutter og 33 sekunder. Målet om at 90 % af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter er opfyldt, idet 90 % af kørslerne er fremme inden for 10 minutter og 27 sekunder.

Opgørelsen for både januar, februar og marts 2010 viser, at responstiderne er stabile og lave. Januar og februar var præget af en svær vinter med megen sne, der vanskeliggjorde kørsel. På trods af det lykkedes det at holde responstiderne på et lavt niveau. I marts hvor vejforholdene har været bedre ses et fald i den mediane og gennemsnitlige responstid på ca. 30 sekunder i forhold til årets første måneder.

Opgørelsen bygger på i alt 4.712 ambulancekørsler med udrykning i marts, hvilket er en tilbagevenden til sædvanligt niveau efter et mindre fald i februar.

Responstiden for ambulancekørsler uden udrykning var 12 minutter og 24 sekunder for regionen samlet. 90 % var senest fremme inden for 24 minutter og 50 sekunder, hvilket er under det tilstræbte mål for denne kørselsform.

Opgørelsen bygger på i alt 4.964 ambulancekørsler uden udrykning, hvilket ligesom for ambulancekørsel med udrykning er en tilbagevenden til sædvanligt niveau.

Regionens opgørelser har medtaget alle kørsel og alle dage. Til sammenligning har tidligere års opgørelse været fratrasket dage hvor særlig hårdt vejrlig.

Aktivitet og responstidsopgørelse for ambulancekørsel i Region Hovedstaden

Følgende er en opgørelse af aktivitet og responstiderne for akutte ambulancekørsler med udrykning (kategori A eller tidligere kaldet kørsel 1) og for ambulancekørsler uden udrykning (kategori B eller tidligere kaldet kørsel 2).

Opgørelsen angives for den samlede region og for de enkelte planlægningsområder og til sammenligning angives også månederne fra september, oktober, november og december 2009 samt januar 2010.

Hvorledes er responstiderne gjort op?

Ambulancernes responstider er opgjort, som den tid der går fra en bestilling er modtaget på regionens vagtcentral til ambulancen er fremme på adressen hos patienten. I responstidsopgørelsen indgår derfor ikke den tid, der går fra borgeren ringer 112 og til alarmcentralen sender en bestilling videre til vagtcentralen. Dette er uændret fra tidligere og er ens i hele landet.

Regionen anvender medianværdien som udtryk for responstiden. Medianværdien er den tid, hvor den sidste af de første 50 ambulancer er fremme, når man sender 100 ambulancer. Supplerende angives de såkaldte 90 % percentiler og 98 % percentiler, som beskriver den tid, hvor ambulance nr. 90 hhv. nr. 98 seneste er fremme, når man sender 100 ambulancer. Medianværdien siger således noget om middeltendensen, mens 90 og 98 percentilerne beskriver yderpunkterne.

Regionens målsætning for responstider for akutte ambulancekørsler med udrykning (kategori A) er defineret som 6-8 minutter (medianværdi), for de enkelte områder samtidig med at målsætningen for den ”maximale” responstid (90 % percentilen) er at denne bør være mindre end 13 minutter.

Det tilstræbes for ambulancekørsel kategori B uden udrykning, at 90 % af kørslerne er fremme inden for 25 minutter.

AMBULANCER MED UDRYKNING

I det følgende angives ambulancekørsel med udrykning også kaldet kørsel 1 eller kategori A fordelt på måneder.

Responstider for udrykningskørsel i Region Hovedstaden samlet							
Kørsel 1							
Måned og år	Sept 09	Okt 09	Nov 09	Dec 09	Jan 10	Feb 10	mar 10
Median	06:30	06:11	06:12	06:14	06:19	06:27	05:59
Gennemsnit	07:30	06:49	06:53	06:54	06:53	06:59	06:33
90 % percentil	11:40	10:58	11:11	11:11	11:00	11:04	10:27
98 % Percentil	18:38	16:03	15:33	16:32	14:27	15:07	14:23
Antal	4.595	4.572	4.760	5.121	5.092	4.212	4.708

Kommentar

Responstiden for udrykningskørsel ligger for regionen samlet stabilt. Responstiden (medianværdi) lå på 5 minutter og 59 sekunder i marts 2010.

Det samlede mål om, at 90 % af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter er opfyldt, idet 90 % af kørslerne er fremme inden for 10 minutter og 27 sekunder i marts 2010.

Opgørelsen bygger på 4.708 kørsler fordelt på 31 dage.

Responstider for planlægningsområde Byen (omtrent svarende til København og Frederiksberg)

Kørsel 1

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	05:45	05:49	05:19
Gennemsnit	05:59	06:04	05:37
90 % percentil	08:49	08:51	08:13
98 % percentil	12:01	11:48	11:31
Antal	1.811	1.406	1.521

Kommentar

Responstiden i planlægningsområde "Byen" var 5 minutter og 19 sekunder i marts i 2010. Det tilsvarende gennemsnit var 5 minutter og 37 sekunder. Det samlede mål om, at 90 % af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter er opfyldt, idet 90 % af kørslerne var fremme inden for 8 minutter og 13 sekunder.

Opgørelsen bygger på i alt 1.521 ambulancekørsler med udrykning.

Responstider Planlægningsområde Nord (svarende til optageområdet for Hillerød Hospital, Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital)

Kørsel 1

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	07:26	07:32	07:01
Gennemsnit	07:53	08:00	07:33
90 % percentil	12:28	12:34	12:04
98 % percentil	15:58	18:25	15:31
Antal	1.134	963	1.036

Kommentar

Responstiden i planlægningsområde nord var i marts 2010 på 7 minutter og 01 sekunder.

Det samlede mål for, at 90 % af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter, er opfyldt, idet 90 % af kørslerne var fremme inden for 12 minutter og 4 sekunder i marts.

Opgørelsen bygger på i alt 1.036 akutte ambulancekørsler i marts.

Responstider for planlægningsområde Midt (svarende til optageområde for Herlev Hospital og Gentofte Hospital)

Kørsel 1

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	06:38	06:53	06:12
Gennemsnit	07:10	07:12	06:43
90 % percentil	11:35	11:22	10:36
98 % percentil	14:59	14:40	14:16
Antal	1.192	1.006	1.205

Kommentar

Responstiden i planlægningsområde Midt var samlet i marts 2010 på 6 minutter og 12 sekunder.

Det samlede mål for, at 90 % af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter, er opfyldt, idet 90 % af kørslerne var fremme inden for 10 minutter og 36 sekunder i marts.

Opgørelsen bygger på 1.205 ambulancekørsler med udrykning i marts.

Responstider for planlægningsområde Syd (svarende til optageområde for Hvidovre Hospital Amager Hospital og Glostrup Hospital)

Kørsel 1

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	06:30	06:30	06:18
Gennemsnit	06:54	06:50	06:37
90 % percentil	11:04	10:22	10:07
98 % percentil	13:17	13:38	13:38
Antal	820	687	741

Kommentar

Responstiden i planlægningsområde Syd var samlet i marts 2010 på 6 minutter og 18 sekunder.

Det samlede mål for, at 90 % af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter, er opfyldt, idet 90 % af kørslerne var fremme inden for 10 minutter og 07 sekunder i marts.

Opgørelsen bygger på 741 ambulancekørsler med udrykning i marts 2010.

Responstider for Bornholm

Kørsel 1

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	07:16	07:16	07:03
Gennemsnit	07:54	08:46	07:14
90 % percentil	12:55	16:08	11:40
98 % percentil	18:01	24:09	14:25
Antal	131	139	193

Kommentar

Responstiden på Bornholm ligger samlet for marts 2010 på 7 minutter og 3 sekunder.

Det samlede mål for, at 90 % af kørslerne skal være fremme inden for 13 minutter, er nu, i modsætning til februar måned, opfyldt, idet de var fremme indenfor 11:40. Specielt Bornholm var i februar præget af vintervejr med sne og vanskeligt fremkommelige veje, hvilket medførte en højere 90 %'s percentil i denne måned.

AMBULANCER UDEN UDRYKNING

I det følgende gennemgås ambulancekørsel uden udrykning også kaldet kørsel 2 eller kategori B fordelt på måneder.

Responstider for Region Hovedstaden uden udrykning samlet							
Kørsel 2							
Måned og år	Sept 09	Okt 09	Nov 09	Dec 09	Jan 10	Feb 10	Mar 10
Median	13:46	13:11	13:01	12:40	12:56	13:04	12:24
Gennemsnit	16:51	15:40	15:33	15:03	15:10	15:27	14:05
90 % percentil	31:20	27:53	28:25	26:44	27:23	27:47	24:50
98 % Percentil	50:30	43:15	44:54	43:03	40:32	43:22	37:54
Antal	4.776	4.774	4.866	5.098	4.956	4.411	4.964

Kommentar

Responstiden (medianværdi) for ambulancekørsler uden udrykning var i marts 2010 12 minutter og 24 sekunder for regionen samlet.

90 % er senest fremme inden for 24 minutter og 50 sekunder, hvilket for den samlede region for første gang er under 25 minutter.

Opgørelsen bygger på 4.964 kørsler i marts 2010.

Responstider for planlægningsområde Byen (omtrent svarende til København og Frederiksberg)

Kørsel 2

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	12:39	12:17	11:44
Gennemsnit	15:02	15:11	13:39
90 % percentil	26:31	26:47	23:46
98 % percentil	41:45	44:52	35:06
Antal	2.125	1.936	2.188

Responstider Planlægningsområde Nord (Hillerød Hospital, Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital)

Kørsel 2

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	14:44	14:25	13:40
Gennemsnit	16:30	16:23	15:32
90 % percentil	29:32	28:44	26:43
98 % percentil	37:14	37:43	39:24
Antal	655	585	651

**Responstider for planlægningsområde Midt
(svarende til Herlev Hospital og Gentofte Hospital)**
Kørsel 2

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	12:52	13:24	12:36
Gennemsnit	14:33	14:54	13:46
90 % percentil	27:28	27:21	24:56
98 % percentil	39:48	40:30	36:48
Antal	1.290	1.076	1.241

**Responstider for planlægningsområde Syd
(svarende til Hvidovre, Amager og Glostrup Hospital)**
Kørsel 2

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	13:06	13:33	12:57
Gennemsnit	15:28	16:16	14:47
90 % percentil	27:14	29:29	25:27
98 % percentil	42:30	50:23	39:24
Antal	793	700	775

Responstider for Bornholm
Kørsel 2

2010	Januar 2010	Februar 2010	Marts 2010
Median	10:39	12:10	12:10
Gennemsnit	14:01	15:21	12:15
90 % percentil	21:03	33:20	19:12
98 % percentil	43:34	41:23	27:23
Antal	84	96	86

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.21

Emne: Status vedr. udvikling af forbrug på de private hospitaler

1 bilag

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

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

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 13. april 2010

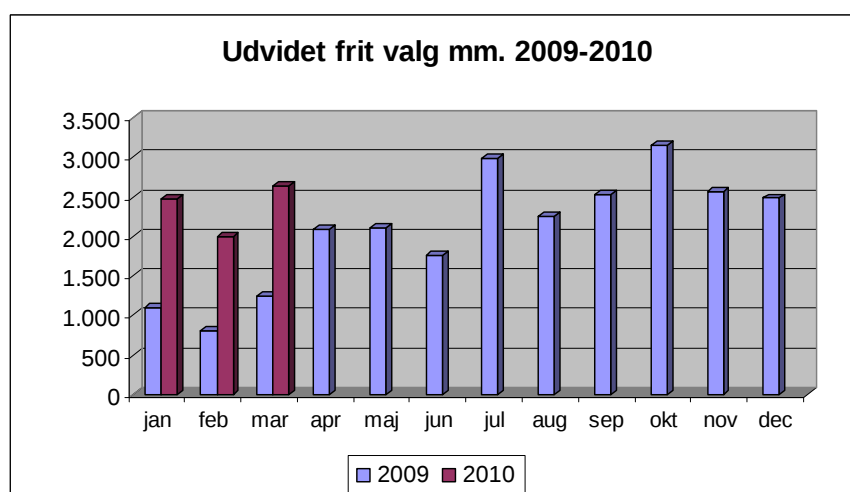
Patienter, der omvisiteres til private udbydere

1. Omvisiterede Region Hovedstaden borgere i 2009 og 2010 - månedsfordelt

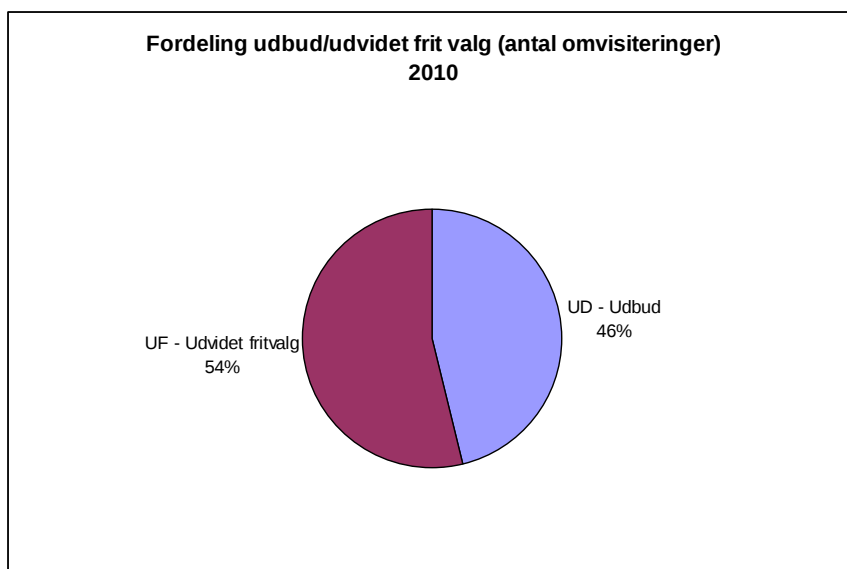
Informations- og rådgivningsenheden omvisiterer patienter, hvor hospitalerne ikke kan opfylde reglerne om behandling indenfor en måned og hvor patienten har tilkendegivet et ønske om benyttelse af reglerne om udvidet frit sygehusvalg. I perioden, hvor det udvidede frie valg var suspenderet omvisiteredes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

Af nedenstående graf fremgår det månedlige antal omvisiteringer af patienter til private hospitaler i hele 2009 samt januar - marts 2010.

Af grafen fremgår, at der generelt skete en vækst i antallet af omvisiteringer efter genindførelsen af det udvidede frie valg pr. 1. juli 2009. I 2009 er der i alt viderevisiteret 25.062 behandlinger. I 2010 er der i alt omvisiteret 7.120, heraf i marts 2010 2.637, i februar 2.004 og i januar 2.479.

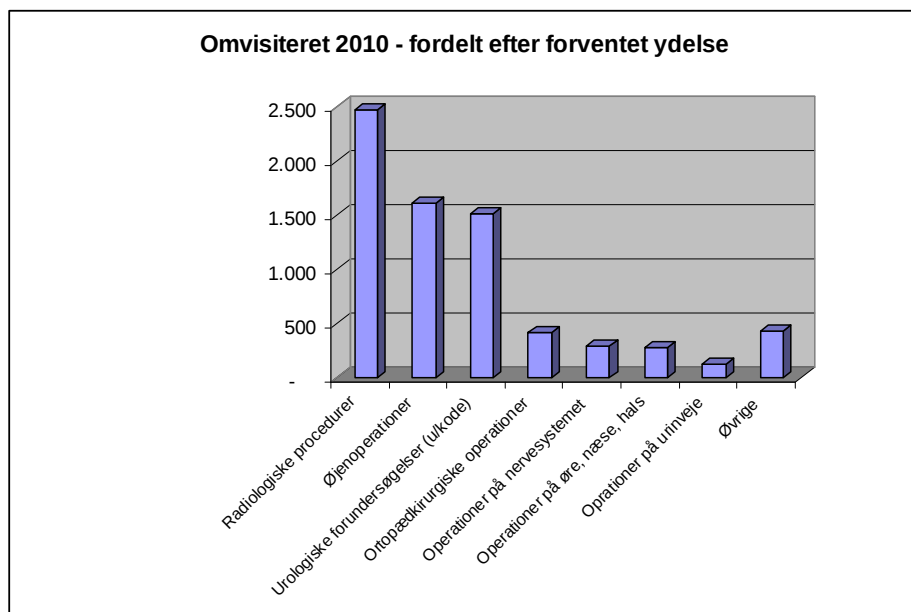


Fordelingen i 2010 mellem omvisiteret efter de aftaler regionen har indgået med en række private samarbejdssygehuse og omvisiteret efter reglerne om udvidet frit valg (og dermed de aftaler der er indgået med private hospitaler i regi af Danske Regioner) er denne:



Omvisiterede i 2010 fordelt på forventet ydelse

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

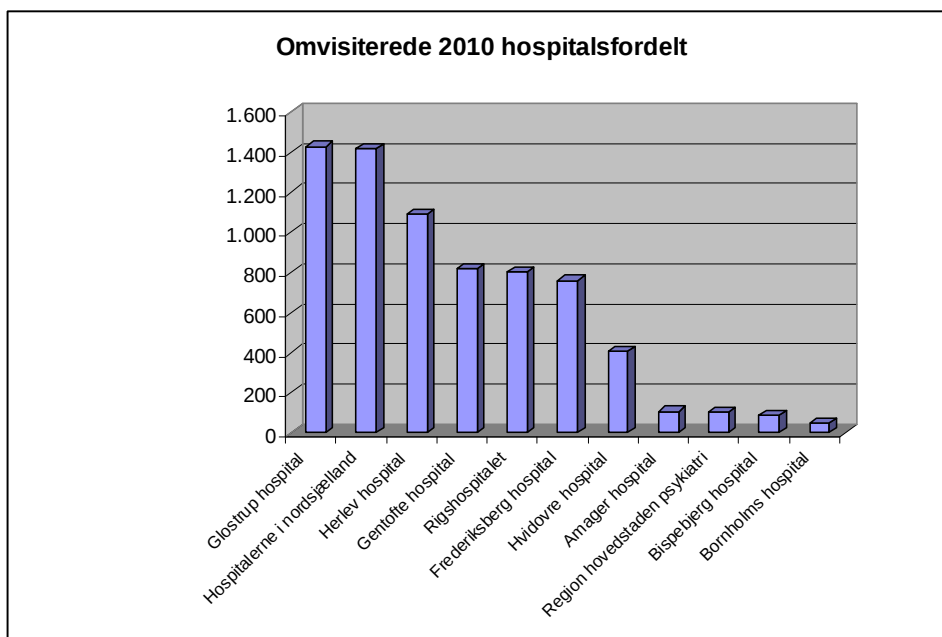


Radiologiske procedurer (MR-skanninger mv.), øjenoperationer (grå stær mv.), urologiske forundersøgelser og ortopædkirurgiske operationer udgør knap 85 % af de omvisiterede behandlinger i 2010. Operationer på nervesystemet vedrører hovedsagelig rygoperationer.

Omvisiterede i 2010 fordelt på hospitaler

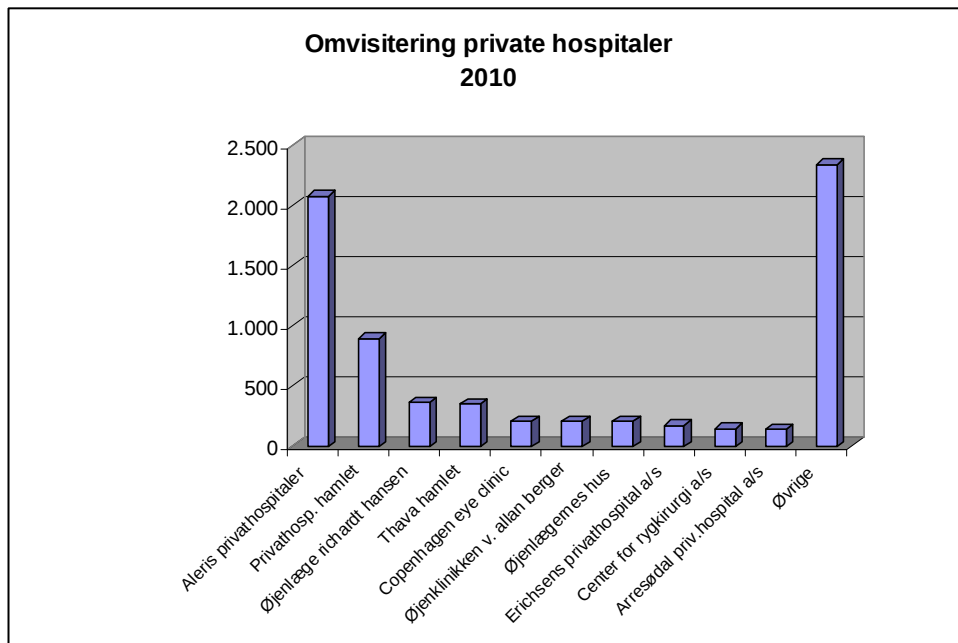
Af nedenstående graf fremgår fordelingen af omvisiteringer på de hospitaler, hvorfra omvisitering efter reglerne om udvidet frit valg mv. har fundet sted i 2010.

67 % af alle omvisiteringer stammer fra Glostrup Hospital, Hospitalerne i Nordsjælland, Herlev Hospital og Gentofte Hospital.



Omvisiterede i 2010 – til privathospitaler

Omvisiteringerne i 2010 er gået til en lang række private hospitaler. Godt 67 % er gået til de 10 største private hospitaler. Gruppen ”Øvrige” (33 % af de omvisiterede) fordeles sig på 98 forskellige private hospitaler/udbydere.



Af knap 2.100 omvisiteringer til Aleris Privathospitaler vedrører de 2.050 MR-skanninger.

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.22.02

Emne: Sundhedskoordinationsudvalget

1 bilag

D A G S O R D E N

SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET

Mandag den 19. april 2010

Kl. 8.30

Regionsgården i Hillerød, mødelokale H23

Møde nr. 1

Medlemmer:

Charlotte Fischer, Region Hovedstaden
Jannie Hjerpe, Region Hovedstaden
Karsten Skawbo-Jensen, Region Hovedstaden
Nina Berrig, Region Hovedstaden
Per Seerup Knudsen, Region Hovedstaden
Axel Bredsdorff, Rudersdal Kommune
Birgit Roswall, Gribskov Kommune
Ib Terp, Brøndby Kommune
Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune
Ninna Thomsen, Københavns Kommune
Praksisudvalgets formand Birgitte Alling Møller
Praksisudvalgets næstformand Dorte Halkjær

Indholdsfortegnelse

Side:

1. Præsentation og valg af formand	3
2. Godkendelse af dagsorden	4
3. Drøftelse af sundhedskoordinationsudvalgets arbejde	5
4. Etablering af sundhedsaftalen 2011-2014	7
5. Behandling af ansøgninger til forebyggelsespuljen for 2010	10
6. Orientering fra almen praksis	13
7. Fastlæggelse af mødeplan for 2010	14
8. Eventuelt	15

SAG NR. 1

PRÆSENTATION OG VALG AF FORMAND

SAGSFREMSTILLING

Præsentation af sundhedskoordinationsudvalgets medlemmer, tilforordnede og sekretariat.

Sundhedskoordinationsudvalget vælger sin formand blandt regionens repræsentanter i udvalget. Regionsrådet indstiller, at regionsrådsmedlem Charlotte Fischer (B) vælges som formand.

KONKLUSION

SAG NR. 2

GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Det foreslås, at den udsendte dagsorden godkendes som grundlag for mødets afvikling.

KONKLUSION

SAG NR. 3

DRØFTELSE AF SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGETS ARBEJDE

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget er nedsat i henhold til sundhedslovens § 204. Udvalgets sammensætning og opgaver er nærmere beskrevet i bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Sundhedskoordinationsudvalget har i henhold til bekendtgørelsen følgende opgaver:

- Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der efter sundhedslovens § 205 skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen,
- Sundhedskoordinationsudvalget følger og drøfter efter behov sundhedsaftalerne praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger til rådighed for aftalparterne
- Sundhedskoordinationsudvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommuner,
- Sundhedskoordinationsudvalget drøfter i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner,
- Sundhedskoordinationsudvalget informerer sundhedskoordinationsudvalgene i de andre regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommuner i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Sundhedskoordinationsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden. Den gældende forretningsorden vedlægges.

Sundhedskoordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper bl.a. med henblik på faglig rådgivning eller inddragelse af brugersynspunkter. Den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler fungerer som en sådan arbejdsgruppe under sundhedskoordinationsudvalget.

Det foreslås, at sundhedskoordinationsudvalget drøfter det nærmere indhold i udvalgets opgaver.

Det foreslås, at sundhedskordinationsudvalget godkender, at den hidtidige forretningsorden videreføres.

Det foreslås, at den administrative styregruppe fortsat fungerer som arbejdsgruppe under sundhedskordinationsudvalget.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Forretningsorden for sundhedskordinationsudvalget

SAG NR. 4**ETABLERING AF SUNDHEDSAFTALEN 2011-2014**

SAGSFREMSTILLING

Der skal inden udgangen af januar 2011 være indgået nye sundhedsaftaler mellem de enkelte kommuner og regionen for perioden 2011-2014. Disse sundhedsaftaler indgås på grundlag af en fælles grundaftale, som sundhedskoordinationsudvalget skal godkende som grundlag for de individuelle aftaler.

Det forrige sundhedskoordinationsudvalg godkendte i møde den 14. september 2009 en overordnet tids- og aktivitetsplan for etablering af sundhedsaftalen 2011-2014.

Med udgangspunkt i dels den nye bekendtgørelse og vejledning, dels erfaringerne med den første sundhedsaftale besluttede sundhedskoordinationsudvalget, at

- den næste sundhedsaftale skal indeholde såvel nogle fælles politiske pejlemærker, der udstikker de overordnede rammer for det tværsektorielle samarbejde, som en mere operationel del, der udmønter og konkretiserer rammerne
- omdrejningspunktet i den næste sundhedsaftale i tråd med Sundhedsstyrelsens intentioner skal være sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet. Patienter og borgere skal tilbydes en koordineret indsats fra alle relevante regionale og kommunale aktører samt almen praksis,
- opbygningen af selve aftalen skal gøres mere forløbsorienteret med fokus på både generelle forløbstemaer og særlige målgrupper. Supplerende til temaerne under sammenhængende forløb vil der være en række forløbsunderstøttende indsatser, der går på tværs af forløbene for eksempel utilsigtede hændelser, kompetenceudvikling og IT/elektronisk kommunikation. Endelig kan der være en række særlige indsatsområder, som kommune og region ønsker at samarbejde omkring for eksempel forskning og ulighed i sundhed,
- der i højere grad indbygges en kvalitetstankegang i den næste sundhedsaftale med henblik på at skabe øget fokus på målstyring, monitorering og opfølgning. I forlængelse heraf bør der skelnes skarpere mellem de påkrævede udviklingsprojekter og den løbende driftsmonitorering, der især skal følge implementeringen af allerede udviklede elementer. Snitfladekataloget på genoptræningsområdet er et eksempel fra den nuværende aftale på et udviklingstiltag, der nu skal følges op på, ligesom data på andelen af færdigbehandlede patienter på hospitalerne udgør en løbende driftsmonitorering,
- erfaringerne fra første generations sundhedsaftaler tilsiger, at en synligere samlet fokusering på forventningerne til almen praksis er hensigtsmæssig, og

- endelig skal næste sundhedsaftales indhold i høj grad være fælles for regionen og alle kommunerne, således at der kun i begrænset omfang opleves behov for at indgå særaftaler mellem den enkelte kommune og regionen.

Proces- og tidsplan

På baggrund af tidsfristen for indsendelse af sundhedsaftalen til godkendelse i Sundhedsstyrelsen den 31. januar 2011 godkendte sundhedskoordinationsudvalget, at der skal foreligge et materiale ultimo februar 2010 med henblik på politiske midtvejsbehandlinger i marts og april 2010 i de nyvalgte kommunalbestyrelser og regionsråd, så de får mulighed for tidlig indflydelse på den endelige sundhedsaftale. Herefter færdiggør administrationen det endelige oplæg til en ny sundhedsaftale, der skal foreligge ultimo juni 2010. Anden halvdel af 2010 er afsat til individuelle forhandlinger med de enkelte kommuner/kommuneklynger og endelig politiske behandlinger i regionsråd og kommunalbestyrelser.

Midtvejsbehandling

Det administrative samarbejde mellem regionen og kommunerne er forankret i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftale. Styregruppen har udarbejdet vedlagte materiale, der består af oplæg til drøftelse af sundhedsaftalens generelle del (politisk del) og status for samarbejdet om indsatsområderne i sundhedsaftalen 2011-2014.

Sundhedsaftalens generelle del har fokus på det politiske indhold i aftalen, herunder at sikre politiske drøftelser mellem kommuner og region i aftaleperioden. Papiret beskriver udfordringer og mål i

- et sammenhængende sundhedsvæsen
- et forpligtende samarbejde
- samarbejde om fælles målgrupper
- beslutningsstruktur og styringsmål.

Statuspapiret om indsatsområderne beskriver

- de obligatoriske indsatsområder ud fra en forløbsstankegang
- forløbsunderstøttende indsatser og
- særlige indsatsområder.

Det indstilles,

- **at** sundhedskoordinationsudvalget drøfter det foreliggende materiale – oplæg til sundhedsaftalens generelle del og statuspapiret om indsatsområderne - som grundlag for den videre udarbejdelse af sundhedsaftalen 2011 – 2014, og
- **at** sundhedskoordinationsudvalget på møde primo maj ud fra kommunernes og regionens bemærkninger til materialet formulerer retningslinjer for færdiggørelse af forslag til ny grundaftale.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
2. Sundhedsaftalens generelle del (politisk oplæg) af 25. februar 2010
3. Status for samarbejdet med indsatsområderne i sundhedsaftale 2011-2014

SAG NR. 5

BEHANDLING AF ANSØGNINGER TIL FOREBYGGELSESPULJEN FOR 2010

SAGSFREMSTILLING

Regionsrådet besluttede, at der også for 2010 udbydes en pulje til samarbejdsprojekter vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedskoordinationsudvalget besluttede på mødet den 14. september 2009 de nærmere rammer og vilkår for ansøgninger til puljen.

Formålet med puljen er at understøtte det regionale samarbejde med kommunerne om sundhedsfremme og forebyggelse i gråzonen mellem den kommunale og den regionale opgavevaretagelse.

Der kan ydes støtte til projekter, der genererer ny, anvendelig og systematiseret viden, der let kan deles mellem flere aktører i regionen, og til projekter hvor kendt viden implementeres eller spredes.

Puljen i 2010 er på i alt 6.655.000 kr. Den er sammensat af en bevilling på 5.877.000 kr. i budgettet for 2010 og en overførsel af ikke disponerede midler fra 2009 på 778.000 kr.

Der er indkommet 20 ansøgninger til Forebyggelsespuljen med ansøgninger for i alt 9.610.566 kr.

Vurderingsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede i forbindelse med udlodning af forebyggelsespuljen for 2010, at ansøgningerne skulle vurderes af repræsentanter for kommunerne og regionen med henblik på at sikre en faglig vurdering af projekterne i forhold til rammerne for puljens anvendelse og for god projektstandard.

Vurderingsudvalget har gennemgået de enkelte projekter. Vurderingen fremgår af vedlagte notat.

Generelle vurderinger

Generelt vurderes kvaliteten i projekterne at være bedre end i de foregående år. Der er fortsat stor spredning i projektkvaliteten. Der er flere af projekterne, der ikke er tværsektorielle samarbejdsprojekter, men som har mere karakter af forskningsprojekter, modningsprojekter eller kompetenceudviklings- eller driftsprojekter. Nogle af de indsendte projekter bærer præg af manglende gennemarbejdning.

Vurdering af projekterne

For gennemgang af de enkelte projekter henvises til de enkelte projektbeskrivelser og den vedlagte indstilling fra Vurderingsudvalget.

Vurderingsudvalget finder, at følgende projekter bør støttes: 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17 og 20. For projekt 5 og 12 anbefaler vurderingsudvalget, at projekternes evaluering ændres som forudsætning for støtte

Projekt 17 støttes af midler fra pulje i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og indstilles derfor ikke til støtte af den regionale forebyggelsespulje.

Projekter der vurderes støtteberettiget

Nr.	Titel	Ansøgt beløb
3	Uhensigtsmæssige genindlæggelser	376.078 kr.
4	Forebyggelse af genindlæggelser. Der anbefales, at der gives bevilning til 1. år.	1.050.000 kr.
5	Hospitalsmøde og praksismøde med Tårnby Kommune**	114.000 kr.
7	Forpligtende og sammenhængende samarbejde om borgere med svære sindslidelser og komplekse sociale problemstillinger i København	300.000 kr.
10	Basisteam for tidlig og hurtig indsats for børn med ADHD	548.500 kr.
11	Vestegnsprojektet	1.954.992 kr.
12	Udvikling af lægepraksis**	327.696 kr.
13	Tværasektoriel implementering af forløbsprogrammer på Bornholm	923.175kr.
14	Udvikling af modeller for lægebetjening i sårbare områder	35.000 kr.
15	KYS Frøen	475.608 kr.
20	Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital	192.000 kr.
I alt 6.297.049 kr.		
Puljen 2010, incl overførsel fra 2009 6.655.167 kr.		
Restbeløb 358.118 kr.		

**For projekt 5 - Hospitals- og praksismøde med Tårnby Kommune og projekt 12 - Udvikling af lægepraksis i Gribskov Kommune forudsætter Vurderingsudvalget, at der i evalueringerne indarbejdes væsentligt ændret fokus.

I projekt 5 skal kommunen forpligte sig til at belyse effekten i form af opgørelse af antallet af henvisninger til de kommunale tilbud efter indsatsen. Opgørelsen skal laves på en sådan måde, at den kan sammenlignes med andre områder, hvor der er gjort en særlig indsats for at øge antallet af henvisninger og områder, hvor der ikke er gjort noget. Den nærmere fastlæggelse af opgørelsen aftales med regionsadministrationen.

I projekt 12 forudsættes evalueringsrapporten udformet, så den primært målrettes andre kommuner og læger uden for kommunen. Den nærmere udformning aftales med regionsadministrationen.

Projekterne 1, 2, 6, 8, 9, 16, 18 og 19 anbefales ikke støttet, da de enten falder uden for puljens rammer, ikke har en tilstrækkelig tværsektoriel forankring, er svære at afgrænse fra almindelig drift, bliver håndteret via kronikermidlerne eller skal modifies yderligere.

Det anbefales,

- **at** sundhedskoordinationsudvalget godkender, at de anbefalede projekter støttes,
- **at** krav om ændret evaluering af projekt 5 og 12 som forudsætning for støtte godkendes, og
- **at** de øvrige projekter ikke støttes.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Notat af 23. juni 2009 om forebyggelsespuljen
2. Forebyggelsespuljen 2010 – oversigt med vurderinger og økonomi
3. Vurderingsudvalgets indstilling
4. Projektbeskrivelser – Forebyggelsespuljen 2010

SAG NR. 6

ORIENTERING FRA ALMEN PRAKSIS

SAGSFREMSTILLING

På mødet vil repræsentanter fra almen praksis kunne orientere.

KONKLUSION

SAG NR. 7

FASTLÆGGELSE AF MØDEPLAN FOR 2010

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget fastlægger selv sin mødeplan samt tid og sted for mødernes afholdelse.

I sidste periode holdt sundhedskoordinationsudvalget møde 5 gange årligt typisk i månederne januar, marts, juni, september og november. Møderne blev afholdt på vekslende ugedage med mødestart kl. 8.30. Mødestedet var regionsgården i Hillerød.

Det foreslås, at der i 2010 holdes møder

- ultimo juni
- primo september
- medio november.

Mødestart og mødested foreslås opretholdt uændret.

KONKLUSION

SAG NR. 8

EVENTUELT

Orientering om henvendelse til sundhedskoordinationsudvalget fra Kræftens Bekæmpelses regionsudvalg i Region Hovedstaden vedr. screening for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft samt svarbrev herpå.

KONKLUSION

Bilagsfortegnelse:

1. Henvendelse af 24. marts 2010 fra Kræftens Bekæmpelses regionsudvalg i Region Hovedstaden samt svarbrev

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.22.06

Emne: Bestyrelsen for Trafikselskabet Movia

1 bilag

Protokol eksklusive lukket dagsorden for bestyrelsesmødet den 9. marts 2010 kl. 9.30

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

Følgende materiale blev omdelt på mødet:

- Tilrettet udgave af sagsdokument til punkt 7. Side 2 manglede i det udsendte dagsordensmateriale.
- Transportministerens brev af 11. februar 2010 til Folketingets trafikudvalg om rejsekortprojektet
- Rejsekort A/S' redegørelse af 3. februar 2010 til Transportministeriet om it-sikkerhed vedrørende rejsekortet. Redegørelsen modsvarer bestyrelsens ønske herom på mødet den 10. februar 2010.

01	Godkendelse af dagsorden
-----------	---------------------------------

Dagsordenen blev godkendt

02	Meddelelser fra formanden
-----------	----------------------------------

Ingen meddelelser

03	Meddelelser fra direktionen (notat udsendt med dagsordenen)
-----------	--

Den administrerende direktør orienterede om:

- a. Status for løbende sager
 - i. Rødovre/Dragør retssagen
 - ii. Indtægtsdeling i hovedstadsområdet
- b. Orientering om Ring 3 arbejdet. Områdechef Mathias Sdun gennemgik status for arbejdet. Anvendte plancher medsendes protokollen.
- c. Transportministeriets evaluering af forsøg med individuel handicapkørsel med blinde og svagtseende. Rapportens sammendrag var udsendt med dagsordenen.
- d. Kundereaktioner på køreplanændringerne i december 2009.
Administrationen udarbejder en oversigt over køreplanændringerne, som viser antallet af forbedringer og forringelser samt i hvor høj grad de er initieret af kommunerne henholdsvis regionerne.
- e. Særligt sms billettilbud uden for myldretid ("Off Peak-tilbud")
- f. Spørgsmål om trafiksikkerhed i et vejkryds i Rødovre
- g. Besøget af Folketingets trafikudvalg hos Movia den 3. marts.
- h. Busdriftsudgifter og administrationsudgifter

04	Status for rejsekort (LUKKET DAGSORDEN)
-----------	--

05	Likviditetsforhold i Rejsekort A/S (LUKKET DAGSORDEN)
-----------	--

06	Økonomirapport 2009.5
----	-----------------------

Indstilling:

Direktionen indstiller, at

- Økonomirapport 2009.5 tages til efterretning og godkendes som gældende forventninger til resultatet for 2009
- Den forventede efterregulering på 76,9 mio. kr. bliver tillagt kassebeholdningen til endelig afregning med kommuner og regioner i 2011
- Nærværende sagsfremstilling gøres tilgængelig på www.moviatrafik.dk.
- Udviklingen i gældsporteføljen tages til efterretning.

Beslutning:

Tiltrådt.

07	Økonomirapport 2010.1
----	-----------------------

Indstilling:

Direktionen indstiller, at

- Økonomirapport 2010.1 tages til efterretning og godkendes som gældende forventninger til resultatet for 2010
- Den forventede efterregulering på 48,1 mio. kr. bliver tillagt kassebeholdningen til endelig afregning med kommuner og regioner i 2012
- Nærværende sagsfremstilling gøres tilgængelig på www.moviatrafik.dk.

Beslutning:

Tiltrådt.

08	Afskrivning af uerholdelige fordringer
----	--

Indstilling:

Direktionen indstiller,

- at bestyrelsen godkender, at fire uerholdelige fordringer på i alt kr. 323.955, og hvor hver enkelt fordring er større end 20.000 kr., afskrives
- at bestyrelsen tager til efterretning, at der afskrives 2 uerholdelige fordringer på i alt kr. 35.340 i beløbsintervallet 10.000 kr. – 20.000 kr.

Beslutning:

Tiltrådt.

09	Movias likviditetspolitik
----	---------------------------

Indstilling:

Direktionen indstiller, at

- Direktionens overvejelser vedrørende Movias likviditetsforhold, herunder at ændre målsætningen om en mindste likvid beholdning ultimo året fra 100 mio. kr. til 150 mio. kr., tages til efterretning

Beslutning:

Tiltrådt, idet bestyrelsen konstaterer, at et momentant likviditetsbehov ved et årsskifte er højere end det gennemsnitlige likviditetsbehov over året, og at et sådant om nødvendigt bør tilvejebringes ved træk på kassekrediten frem for, at kommuner og regioner indbetaler ekstraordinær likviditet til Movia. Bestyrelsen konstaterer endvidere, at den anbefalede likviditet er til stede ultimo 2009 og budgetmæssigt ultimo 2010.

10	Endelig mødeplan for 2010
----	----------------------------------

Indstilling:

Mødeplan for 2010 indstilles til endelig vedtagelse

Beslutning:

Tiltrådt.

11	Movias brandingpolitik. Orientering om foreløbige overvejelser
----	---

Kunde- og markedschef Anders Due gennemgik de foreløbige overvejelser om Movias brandingpolitik. De anvendte plancher medsendes protokollen.

Indstilling:

Det indstilles, at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Beslutning:

Tiltrådt.

12	Udpegning af to suppleanter til Trafikselskabsforeningens bestyrelse
----	---

Indstilling:

Det indstilles, at bestyrelsen udpeger suppleanter for henholdsvis Finn Aaberg og Knud Larsen til bestyrelsen for foreningen Trafikselskaberne i Danmark.

Beslutning:

Bestyrelsen udpegede Kaj Petersen som suppleant for Finn Aaberg og Jørn Christensen som suppleant for Knud Larsen.

13	Fuldmagt til den administrerende direktør til brug ved forårets generalforsamlinger i selskaber med Movias deltagelse
-----------	--

Indstilling:

Det indstilles, at

- bestyrelsen giver den administrerende direktør fuldmagt med substitueringsret til at udøve stemmeret på Movias vegne på de ordinære generalforsamlinger i Lokalbanen A/S, Regionstog A/S, Rejseplanen A/S og Rejsekort A/S.

Beslutning:

Tiltrådt.

14	Nyt radiosystem til lokalbanerne
-----------	---

Indstilling:

Direktionen indstiller

- At der under forudsætning af regionernes tilsagn om finansiering meddeles Lokalbanen A/S og Regionstog A/S tilladelse til at indgå aftale med Banedanmark om udnyttelse af de i Banedanmarks udbud af GSM-R infrastruktur indeholdte optioner.

Beslutning:

Tiltrådt

15	Politik for frikort til Movias busser
-----------	--

Indstilling:

Det indstilles,

- At Movias regler for udstedelse af frikort justeres i overensstemmelse med sagsdokumentet.

Beslutning:

Bestyrelsen tiltrådte administrationens forslag til persongrupper, som fremover ikke længere skal tilbydes frikort til Movias busser, dog således at frikort til personer, som pensioneres fra Movia drøftes i HU-regi forinden effektivering.

Administrationen udarbejder til bestyrelsens orientering et notat om Movias nuværende politik for personalegoder, og i den forbindelse også baggrunden for det generelle tilbud til Movias medarbejdere om frikort til Movias busser.

16	Eventuelt
-----------	------------------

Intet.

Mødet slut klokken 12.30

Forretningsudvalgets møde den 20. april 2010

Meddelelse nr. 23.24

Emne: Miljøministerens besvarelse af klage fra Herlev Kommunes borgmester
over manglende oprydning af forurening på 2 lokaliteter i Herlev
Kommune

3 bilag

Herlev Kommune
Borgmesteren
Herlev Bygade 90
2730 Herlev

Ministeren
J.nr. MST-707-00080

Den 19 MAR 2010

Kære Kjeld Hansen

Du har henvendt dig til daværende miljøminister Troels Lund Poulsen angående Region Hovedstadens offentlige indsats efter jordforureningsloven på Tornerosevej 58 og Herlev Hovedgade 15-17.

Jeg beklager den lange tid, der er gået, inden du får svar.

./.

Miljøstyrelsen har indhentet en udtalelse fra Region Hovedstaden, som jeg vedlægger.

Jeg kan forstå på udtalelsen, at Region Hovedstaden har nogle lidt andre prioriteringsprincipper end det tidligere Københavns Amt. De to sager er imidlertid fortsat prioriteret til afværgeforanstaltninger, og hvert år tager regionen stilling til, om de kommer med i det kommende års indsats.

Jeg har endvidere noteret mig, at regionen har oplyst, at forureningen fra de to forureninger ikke udgør nogen akut trussel.

På denne baggrund ser jeg ikke noget grundlag for at gribe ind og fastsætte bindende tidspunkter for gennemførelsen af indsatsen de to steder.

Med venlig hilsen



Karen Ellemann

Regionsgården
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Miljøstyrelsen
Jord og Affald
Strandgade 29
1401 København K

Att.: Ulla Højsholt

Telefon 48205000
Direkte 48 20 53 19
Fax 48205799
Mail miljoe@regionh.dk

Web www.regionh.dk

EAN-nr: 5798001475518
CVR/SE-nr: 29190623
Journal nr.: xxxxxxxx

Dato: 14. oktober 2009

Prioritering af to grundvandsforureninger i Herlev Kommune

Herlev Kommune har den 8. oktober 2009 skrevet til Miljøminister Troels Lund Poulsen og givet udtryk for, at Region Hovedstadens prioritering indsats overfor forureninger på Tornerosevej 58 og Herlev Hovedgade 15-17 i Herlev Kommune er utilstrækkelig.

Region Hovedstaden er i den forbindelse blevet anmodet om en udtalelse.

Arealanvendelse – Tornerosevej 58

Ejendommen Tornerosevej blev i 1989 af daværende Københavns Amt kortlagt (registreret) som forurenet med chlorerede opløsningsmidler.

Der lå en fritidsordning på ejendommen, og som følge heraf etablerede det daværende Københavns Amt ventilation under kælderrum i fritidsordningen (denne indsats skete i overensstemmelse med daværende lov). Med Jordforureningsloven fra 1999 var en arealanvendelse som fritidsordning ikke længere omfattet af offentlig indsats. Til trods herfor valgte Københavns Amt dog at fortsætte med at betale for driftsudgifterne til den nu etablerede ventilation.

I 2007 orienterede Herlev Kommune Region Hovedstaden om de seneste måleresultater fra institutionen, som viste en meget lille overskridelse ($6,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$) af afdampningskriteriet for PCE ($6 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Regionen oplyste Herlev Kommune, om at regionen ikke havde aktuelle planer om at gå yderligere ind i forureningssagen i forhold til indeklimaet på Tornerosevej 58. Dette var begrundet i, at institutionen efter lovgivningen ikke er omfattet af den offentlige indsats. Dertil kommer at den målte overskridelse af afdampningskriteriet er meget lille, og langt under grænsen for hvornår regionen i andre tilfælde umiddelbart ville igangsætte en indeklimasikring.

Til trods for den meget lille overskridelse af afdampningskriteriet valgte Herlev Kommune at flytte institutionen.

Herlev Kommune forespurgte på det tidspunkt Miljøstyrelsen om hvorvidt fritidsordninger er omfattet af den offentlige indsats.

Miljøstyrelsen har brev af den 31. oktober 2007 (j.nr. 781-00032) svaret Herlev Kommune, at Miljøstyrelsen vurderer at skoler, herunder SFO-klubber, som udgangspunkt ikke er omfattet af den offentlige indsats defineret i Jordforureningsloven. Kun hvis der er særligt tungtvejende hensyn til sundhed eller miljø, har regionen mulighed for at prioritere opgaver udenfor de offentlige indsatsområder.

Grundvand – Tornerosevej 58 og Herlev Hovedgade 15 og 17

Det kan oplyses, at såvel Tornerosevej 58 og som Herlev Hovedgade 15 og 17 ligger i område med drikkevandsinteresser (OD). Det skal i den sammenhæng bemærkes, at Region Hovedstaden i 2007 vedtog en Grundvandsstrategi, hvor områder med særlige drikkevandsinteresser (OSD) vægtes højere end områder med drikkevandsinteresser (OD).

Københavns Amt undersøgte i 2004-2005 grundvandsforureningen på Tornerosevej 58 (registreret i 1989) mens forureningen på Herlev Hovedgade 15 og 17 (kortlagt i 2004 på V2-niveau) blev undersøgt i 2004-2006.

På baggrund af disse undersøgelser blev udgiften til en evt. oprensning anslået til at udgøre mere end 10 mio. kr. De to forureninger blev på den baggrund således også optaget på listen over de 50 dyreste forureninger i Region Hovedstaden.

Det skal dog hertil nævnes, at der ikke nødvendigvis er en sammenhæng mellem prisen på oprydning og alvorligheden af forureningen. Det skal derfor understreges, at selvom en lokalitet er med på listen over omkostningstunge forureninger, betyder det ikke, at den nødvendigvis også miljømæssigt er blandt de værste forureninger. Herlev Hovedgade 15 og 17 er således, trods den høje omkostning til oprydning, ikke blandt de værste forureninger i regionen.

Vurdering i forhold til grundvandsressourcen

Tornerosevej 58

Herlev kommune anfører, at forureningen på Tornerosevej var årsag til, at Herlev Vandværk måtte lukke. Dette er imidlertid ikke korrekt. Resultatet af forureningsundersøgelserne omkring denne forurening viste, at forureningsudbredelsen ikke strakte sig imod Herlev Vandværk. Det var således vurderingen, at forureningen på Tornerosevej 58 ikke var årsagen til forureningen af Herlev Vandværk.

For så vidt angår en evt. trussel mod Københavns Energis kildeplads XIII, udgør forureningen fra Tornerosevej ikke nogen akut trussel. Det kan dog ikke afvises, at forure-

ningen på længere sigt kan blive transporteret yderligere nedstrøms kilden i det sekundære grundvandsmagasin samt trænge længere ned i kalken, og dermed som nævnt på længere sigt udgøre en trussel for Københavns Energis Kildeplads XIII, som ligger ca. 1.000 m nedstrøms Tornerosevej 58.

Vurdering i forhold til grundvandsressourcen

Herlev Hovedgade 15 og 17

Forureningerne her blev som nævnt først kortlagt på V2 niveau i 2004 og konklusionen på undersøgelserne af forureningerne fra Herlev Hovedgade 15 og 17 er, at det må formodes, at de kan have medført forurening af 3 af boringerne på Københavns Energis Kildeplads XIII, som ligger 400-500 m med nordøst. Det kan dog ikke eftervises konkret.

Københavns Energi indvandt på Kildeplads XIII frem til 2005 omkring 1,75 mio. m³ vand årligt. Grundet fund af chlorerede opløsningsmidler i det oppumpede vand sænkede Københavns Energi indvindingen til ca. 0,45 m³ årligt i 2005. Den forurening, der er sket af kildepladsen, er således sket i en længere periode før forureningerne på Herlev Hovedgade 15 og 17 blev kendt.

Trods udførelsen af omfattende undersøgelser (alene omkostningerne hertil er løbet op i 1,5 mio. kr.) har det ikke været muligt at bekræfte tilstedeværelsen af chlorerede stoffer mellem Herlev Hovedgade 15-17 og Kildeplads XIII. Transporten mellem Herlev Hovedgade 15-17 og Kildeplads XIII er dermed ikke kortlagt. Det er derfor, som nævnt på formodningsniveau, at der er en årsagssammenhæng mellem forureningerne på Herlev Hovedgade 15-17 og kildepladsen, idet de udførte beregningsmodeller viser, at der kan være en sammenhæng.

Københavns Amts prioritering af de to forureninger

Københavns amt udarbejdede i 2006 for såvel Tornerosevej 58 og Herlev Hovedgade 15- 17 et afværgeprogram og et skitseprojekt for afværgeforanstaltninger med henblik på prioritering til afværge.

Københavns Amt prioriterede i sin sidste prioriteringsoversigt en detailprojektering af de 2 forureninger til at kunne starte i 2008 og 2009 med henblik på efterfølgende afværge. Det skal hertil bemærkes, at Københavns Amt tidsfastsatte alle oprydningsopgaver i sin oversigt over offentlig indsats (jf. §18 i Jordforureningsloven). Denne tidsfastsættelse skete uden at der forinden havde været en grundig undersøgelse af forureningen.

Region Hovedstadens prioritering af de to forureninger

I Region Hovedstaden er de to forureninger hidtil ikke blevet prioriteret helt så højt, som i amtets tid, da det er regionens klare strategi først at undersøge og afværge grundvandstruende forureninger (med chlorerede opløsningsmidler) i områder med særlige drikkevandsinteresser og dernæst at tage fat på de grundvandstruende forureninger (med chlorerede opløsningsmidler) i indvindingsoplande til almene vandforsyninger i områder med drikkevandsinteresser, herunder forureningerne i Herlev Kommune.

Regionens prioritering af konkrete lokaliteter har kun en tidshorisont på 2 år. Årsagen til denne korte horisont er, at der ugentlig konstateres nye forureninger, som følge af den igangværende kortlægningsindsats, hvilket hurtigt kan ændre prioriteringen for et område. En konkret planlægningshorisont længere end 2 år er således ikke reel, idet den er for usikker til at kunne danne baggrund for en langsigtet prioritering.

Forureninger, som er omfattet af offentlig indsats jævnfør Jordforureningsloven, og som p.t. ikke er med i regionens udmeldte prioritering for 2009 og 2010, indgår således stadig i regionens samlede prioritering af indsatsen på jordforureningsområdet. Grundvandsforureningerne fra Tornerosevej 58 og Herlev Hovedgade 15-17 er således prioriteret til at afværge i regionen, og de indgår fortsat i den pulje af forureninger, regionen hvert år skal prioritere imellem.

Det kan supplerende nævnes, at Statens Miljøcentre for tiden er i gang med en revision af de gældende vandplaner. Regionen afventer udfaldet af denne revision, for at se om den vil få indflydelse på den planlagte og kommende prioritering af undersøgelses- og afværgeindsatsen over for grundvand.

Da såvel Tornerosevej 58 og Herlev Hovedgade 15 – 17 ligger i OD-områder, kan det for begge områder have stor betydning, hvis de nye vandplaner ændrer herved.

Med venlig hilsen

Jørn Gettermann
Miljødirektør



Miljøminister Troels Lund Poulsen
Miljøministeriet
Højbro Plads 4
1200 København K

MODTAGET
I DEPARTEMENTET
- 9 OKT. 2009

Herlev den 8. oktober 2009
J.nr.: 36339

Kære Troels Lund Poulsen

Hvert år sender Region Hovedstaden en ny plan for den offentlige indsats efter jordforureningsloven og anmoder om kommunens kommentarer.

Vi har i en årrække svaret, at kommunen finder Regionens indsats i Herlev Kommune for helt utilstrækkelig, og at den slet ikke svarer til problemernes omfang. Konkret har vi peget på, at det er stærkt kritisabelt og uacceptabelt, at regionen ikke prioriterer en indsats overfor forureningerne på Tornerosevej og Herlev Hovedgade 15 – 17. De 2 forureninger er blandt de 50 værste i regionen.

Forureningen på Tornerosevej var årsag til at Herlev Vandværk måtte lukke i 1992 og nu truer forureningen også KE's Kildeplads XIII. På grund af Regionens passivitet har Herlev Kommune været nødt til at flytte en fritidsordning fra Tornerosevej til nye lokaler. Udgifter til flytning og indretning alene beløber sig 9 mio. kr.

Selv om forureningen således har været kendt i mere end 17 år spreder forureningen sig stadig uhindret og vil også kunne true indeklimaet på en skole.

Siden 2005 har der foreligget flere konkrete projekter for oprydning af forureningen på Tornerosevej, men Regionen handler fortsat ikke.

På Herlev Hovedgade 15 -17 er der i 2006 gennemført undersøgelser. Flere vandboringer på Kildeplads XIII er nu taget ud af drift på grund af forurening, men heller ikke her prioriterer Regionen en indsats.

Med henvisning til ovenstående bemærkninger skal jeg anmode om, at du som miljøminister bruger dine bemyndigelser til at sikre, at Region Hovedstaden

gennemfører den nødvendige indsats til beskyttelse af miljøet og grundvandet, og at der fastsættes bindende tidspunkter for gennemførelsen af indsatsen.

Jeg finder det helt uacceptabelt, at Herlev Kommune og borgerne pålægges ekstra udgifter på grund af Regionens passivitet, og jeg finder det helt uacceptabelt at vore fælles ressourcer og miljøet tilsvarende må lide under passiviteten.

Venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Kjeld Hansen', written over the printed name.

Kjeld Hansen