

REGIONSRÅDET**Tirsdag den 16. november 2010****Kl. 17.00****Regionsgården i Hillerød, rådssalen****Møde nr. 13****Medlemmer:**

Vibeke Storm Rasmussen

Leila Lindén

Hanne Andersen

Marianne Stendell

Flemming Pless

Thor Grønlykke

Per Seerup Knudsen

Maja Højgaard Nielsen

Karin Dubin

Peter Kay Mortensen

Lise Rask

Lars Gaardhøj

Kirsten Lee

Charlotte Fischer

Abbas Razvi

Hans Toft

Karsten Skawbo-Jensen

Per Tærsebøl

Nina Berrig

Lene Kaspersen

Ole Søbæk

Arly Eskildsen

Julie Herdal Molbeck

Birgitte Kjøller Pedersen

Ellen Thrane

Steen Olesen

Allan Schneidermann

Jannie Hjerpe

Andreas Røpke

Henrik Thorup

Kenneth Kristensen Berth

Finn Rudaizky

Danni Olsen

Bent Larsen

Knud Andersen

Hans Andersen

Birgit Tystrup

Per Roswall

Michael Lange

Peer Wille-Jørgensen

Karin Helweg-Larsen

Fraværende:

Finn Rudaizky – stedfortræder Carl Christian Ebbesen

Knud Andersen – stedfortræder Anne Ehrenreich

Indholdsfortegnelse

	Side
1. Status for implementering af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 – november 2010	3
2. Status for forebyggelse og strategi for kronisk sygdom	6
3. Status for Plan for den ældre medicinske patient – implementering af følge hjem-, følge op- og ringe hjem-ordninger	12
4. Afrapportering fra Psykiatri- og handicapudvalget om medicinering i psykiatrien	15
5. Afrapportering fra Serviceudvalget vedrørende forslag til overordnet model og principper for tilrettelæggelse af dialogsamtaler samt anbefalinger vedrørende direkte patientfeedback	18
6. Forslag til tillægskommissorium for Serviceudvalget	23
7. Redegørelse om revision af Råstofplan 2007	25
8. Forskningsevaluering 2010	28
9. Afrapportering af den vedtagne politik for sundhedsforskning	31
10. Interreg-projekt ”E-mission i Øresundsregionen”	34
11. Høring af Vækstforum Hovedstadens forslag til erhvervsudviklingsstrategi for hovedstadsregionen 2011 - 2013	38
12. Etablering og indretning af dialysesatellit ved Hvidovre Hospital	43
13. Igangsættelse af første etape af reovering af tage på Psykiatrisk Center Glostrup	47
14. Udvidelse af det socialpsykiatriske botilbud Lunden	50
15. Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (c) om regionens to hjertecentre	54
16. Henvendelse fra regionsrådsmedlem Bent Larsen (v) om psykiatri	62
17. Etablering af ny landsdækkende 112-model på regionernes vagtcentraler	66

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 2

SAG NR. 1

STATUS FOR IMPLEMENTERING AF HOSPITALSPLAN 2007 OG PSYKIATRIPLAN 2007 – NOVEMBER 2010

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at status for implementeringen af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 – november 2010 tages til efterretning.

RESUME

Administrationen har som led i den løbende afrapportering til regionsrådet udarbejdet ”Status for implementering af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 – november 2010”.

Hospitalsplanen og psykiatriplanen blev vedtaget i maj 2007, og der er allerede gennemført mange af de omlægninger planerne indeholder. Statusredegørelsen indeholder en oversigt over de hidtil gennemførte ændringer. Der vil også i 2011 og fremadrettet ske ændringer i hospitals- og center-strukturen som led i gennemførelsen af planerne. Disse fremgår også af den udarbejdede redegørelse.

Generelt gælder, at den videre implementering af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 i højere grad vil kræve større byggerier inden omlægningerne kan gennemføres, og der vil være en større grad af afhængighed mellem mulighederne for at flytte funktioner.

SAGSFREMSTILLING

Som led i den løbende afrapportering til regionsrådet har administrationen udarbejdet ”Status for implementeringen af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 – november 2010”. Regionsrådet får to gange årligt en status for implementeringen af hospitalsplanen og psykiatriplanen, første gang i november 2008. Denne afrapportering november 2010 beskriver, hvad der er sket i forhold til implementering siden sidste statusredegørelse blev forelagt regionsrådet i maj 2010, men indeholder også en samlet oversigt over, hvad der er implementeret siden vedtagelsen af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 i maj 2007.

Planlagte og gennemførte omlægninger

Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 gennemføres løbende, og meget er på nuværende tidspunkt implementeret. Det har været muligt at gennemføre de rokader, der ikke kræver større bygningsmæssige ændringer. Samtidig har det været muligt at gennemføre en række rokader, fordi der på nogle hospitaler har været ledig kapacitet, fordi det har været muligt at lave midlertidige løsninger og fordi personalet har ydet en stor indsats.

I den videre implementering af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 vil det i højere grad kræve større nybyggeri, og der vil være en større grad af afhængighed mellem mulighederne for at flytte funktioner.

Der er i den udarbejdede status vedlagt en oversigt over hvilke ledelsesmæssige sammenlægninger, samling og flytning af funktioner, omlægning af optageområde, der er gennemført på hospitalerne og indenfor Region Hovedstadens Psykiatri siden vedtagelsen af planerne i maj 2007, og hvad der planlægges implementeret i 2011.

Politisk aftale, maj 2010

Ekspertpanelet tilkendegav i efteråret 2009, at det i vurderingen af projektet vedr. Bispebjerg Hospital er blevet vægtet, at der med projektet skabes et nærmest nyt somatisk hospital, og der samtidig skabes rammer for en samling af psykiatrien i planlægningsområde Byen. Hertil kommer, at ekspertpanelet tilkendegav, at man ved en samlet vurdering af to alternativer for Hillerød Hospital; udbygning af det eksisterende Hillerød Hospital og bygning af et nyt hospital ved Hillerød, vurderer, at et nyt hospital vil være mest i overensstemmelse med en moderne sygehusstruktur og de fastlagte principper, og at ekspertpanelet i forhold til en senere positiv prioritering af et bar mark hospital ved Hillerød finder behov for en revurdering af hospitalsplanen for akutbetjening i den nordlige del af regionen.

På den baggrund indgik partierne: Socialdemokraterne, Venstre, Socialistisk Folkeparti og Det Radikale Venstre d. 18. maj 2010 en ny aftale om den fremtidige hospitals- og centerstruktur i regionen. Aftalen har en række konsekvenser for den nuværende struktur og de to planer, men grundlæggende bygger den videre på den akutstruktur og overordnede opdeling af opgaver, der er mellem regionens hospitaler og indenfor psykiatrien.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Afrapporteringen indebærer i sig selv ingen økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Status for implementering af hospitalsplanen og psykiatriplanen – november 2010 (FU)

Sagsnr: 10007896

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 3

SAG NR. 2

STATUS FOR FOREBYGGELSE OG STRATEGI FOR KRONISK SYGDOM

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at regionsrådet tager status til efterretning, og
 2. at regionsrådet godkender, at en status for kronikerprogrammet fremadrettet træder i stedet for en status for både forebyggelsespolitikken og strategien for kronisk sygdom.
-

RESUME

Regionsrådet vedtog på mødet den 24. juni 2008 hhv. Forebyggelsespolitik for Region Hovedstaden og Strategi for kronisk sygdom for Region Hovedstaden.

Forebyggelsespolitikken vedrører den patientrettede forebyggelse, som regionen har ansvar for. Forebyggelsespolitikken udmøntes primært gennem strategien for kronisk sygdom, hvorfor der sker en samlet afrapportering.

Afrapporteringen tager udgangspunkt i det kronikerprogram for implementering af forløbsprogrammer for kronisk syge, som Region Hovedstaden har modtaget 120 mio. kr. til i perioden 2010 – 2012 fra de statslige puljemidler vedr. kronisk sygdom.

SAGSFREMSTILLING

I Region Hovedstaden er der i et samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger udarbejdet forløbsprogrammer for KOL og type 2-diabetes. Begge programmer er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i foråret 2009. Forløbsprogram for demens er færdiggjort og forventes godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i 2010. Forløbsprogram for hjerte-kar- sygdomme er under færdiggørelse og forventes godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget primo 2011. Arbejdet med at udarbejde et forløbsprogram for muskel-skelet-sygdomme er igangsat medio 2010.

En forudsætning for forløbsprogrammernes implementering er, at der iværksættes aktive, systematiske og understøttende tiltag for at sikre, at indholdet af forløbsprogrammerne faktisk bliver bragt i anvendelse i de konkrete indsatser over for de

kronisk syge patienter, og for at sikre koordineringen mellem de tre dele af sundhedsvæsenet og koordineringen på tværs af regionen.

Midlerne til denne aktive implementeringsindsats er tilvejebragt gennem de statslige puljemidler til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012.

Region Hovedstaden har fra de statslige puljemidler fået bevillinger til et samlet kronikerprogram omfattende 18 projekter. I december 2009 er bevilget 85,5 mio. kr. fra puljen vedrørende udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer, og i marts 2010 er bevilget 35,2 mio. kr. fra puljen vedrørende patientundervisning og programmer for egenbehandling.

Kommunerne har tilsvarende fået bevilling til projekter til at implementere forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Kommunerne i regionen har i alt fået bevilget ca. 55 mio. kr. for perioden 2010 – 2012.

De statslige puljemidler er i Region Hovedstaden anvendt således:

Projekt nr.	Titel	Beløb mio. kr.
1	Implementerings- og samarbejdsprojekter på regionens 11 hospitaler	27,0
2	Regional koordinerende funktion	8,5
3	Kompetenceudvikling – Fælles skolebænk	7,0
4	Facilitatorkorps til implementering af forløbsprogrammer i almen praksis	14,4
5	Demonstrationsprojekt om it-understøttelse af forløbsprogrammer	10,0
6	Styrket indsats af implementering af elektronisk kommunikation ved sektorovergange	8,0
7	Videreudvikling af den fælles kommunale/regionale portal for ”Sundheds- og forebyggelsestilbud” under Sundhed.dk	0,5
8	Udbredelse af ICPC kodning i almen praksis	0,6
9	Afprøvning af model til sikring af efterbehandling for hjerte-kar-patienter	1,6
10	Udvikling af forløbskoordinator	1,8
11	Kommunal praksiskoordinator	1,5
12	Sygdomsspecifikke patientuddannelser	12,2
13a og 13b	Telemedicin	
	- Udbredelse af AK behandling (13 a)	3,4
	- Analyse- og demonstrationsprojekt (13 b)	4,9
14	Patientportal	1,3
15	Sunddialog	9,0
16	Evaluerings- og analysemodel for forløbsprogrammer og patientuddannelse	5,0
17	Estimering af behovet for sundhedsfaglige ydelser til mennesker med kroniske sygdomme – KOL case	0,4
18	Optimering af tværsektoriel sammenhængende patientforløb for mennesker med KOL	3,7
I alt		120,8

Der henvises i øvrigt til bilag 1, oversigt over kronikerprojekterne.

I kronikerprogrammet er hovedvægten lagt på aktiviteter, som konkret understøtter implementeringen af de foreliggende forløbsprogrammer. Desuden er det et mål fremadrettet at øge det samlede sundhedsvæsens evne til at samarbejde om de kronisk syge på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Til at forestå den samlede styring af kronikerprogrammet er der etableret en programstyregruppe med repræsentanter for hospitalerne, kommunerne, almen praksis og regionsadministrationen.

Alle projekter er nu i fuld gang med arbejdet, bortset fra to. I projekt 10 "Udvikling af forløbskoordinator" er projektet under detailplanlægning, idet projektet søges koordineret med de kommuner, som også har fået bevilget penge til projekter om forløbskoordination. Projekt 13 a "Udbredelse af AK behandling" (antikoagulationsbehandling, dvs. behandling med blodfortyndende medicin) er under revurdering i forhold til fremkomsten af en ny medicin, som i løbet af en periode forventes at erstatte den nuværende behandling.

Basis i programmet er de 11 lokale implementerings- og samarbejdsprojekter, som er forankret på regionens 11 hospitaler med de lokale samordningsudvalg som styregrupper. Disse lokale projekter udvikler og udbygger det lokale samarbejde mellem sektorerne om indsatsen i relation til kronisk syge med udgangspunkt i forløbsprogrammerne og styrker de enkelte sektorer i fagligt at indgå i forløbsprogrammerne. Alle projekterne udarbejder i den første fase en gap-analyse, dvs. en kortlægning af, hvilke sundhedsfaglige tilbud i forløbsprogrammerne, som er etableret i hospitalerne, kommunerne og almen praksis. Analysen skal danne grundlag for lokale handlingsplaner for at udbygge og koordinere aktiviteterne i de tre sektorer.

Der bliver i en række tværgående, regionsdækkende projekter udviklet produkter, som understøtter denne lokale implementering. Følgende projekter skal særligt fremhæves:

1) Kompetenceudvikling i form af projektet "en fælles skolebænk" (en del af kronikerprogrammet), hvor regionen vil udbyde tværsektorielle kurser i alle lokalområder, som medarbejdere i hospitaler, kommuner og almen praksis kan deltage i. Et koncept pilottestes i perioden december 2010-januar 2011. Desuden udbydes fra efteråret 2011 kompetenceudvikling til personalet i almen praksis, som understøtter personalets opgaver i forhold til den forebyggende indsats over for kronisk syge patienter.

2) Den elektroniske kommunikation mellem sektorerne i form af implementering af MedCom standarder understøttes lokalt.

3) På det telemedicinske område gennemføres et demonstrationsprojekt af et værktøj, der giver mulighed for at samle og koordinere forskellige eksisterende telemedicinske løsninger på tværs af sektorer, således at udvekslede data omkring patienten kan præsenteres struktureret efter brugerbehov, og for at demonstrere den sundhedsfaglige værdi og de patientmæssige gevinster ved anvendelse af et telemedicinsk tværsektorielt værktøj.

4) På patientuddannelsesområdet udvikles der fælles standarder for det sundhedsfaglige og det pædagogiske indhold af de sygdomsspecifikke patientuddannelser, der knytter sig til forløbsprogrammerne for KOL, diabetes type 2, hjerte-kar-sygdomme og muskel- skeletlidelser. På dette grundlag uddannes de medarbejdere, der skal forestå de sygdomsspecifikke uddannelser i hospitaler, kommuner og almen praksis, i det faglige indhold og i de pædagogiske redskaber, der skal anvendes.

Der arbejdes målrettet med kommunikationsstrategier for at binde det samlede program sammen og for at holde alle aktørerne opdaterede om udvikling i de enkelte projekter og den samlede programstyring. En aktiv anvendelse af et særligt site på regionens hjemmeside, www.regionh.dk/kronikerprogram, er et vigtigt element i kommunikationen, ligesom der udsendes løbende nyhedsbreve til alle involverede og interessenter. Det seneste nyhedsbrev er vedlagt som bilag 2.

Der skal den 1. maj 2011 afleveres en samlet midtvejsstatus for kronikerprogrammet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Denne status vil blive forelagt regionsrådet.

Kronikerprogrammet er en systematisk implementering af forløbsprogrammer for kronisk syge. Forløbsprogrammerne skal skabe grundlaget for, at den informerede, aktive patient møder det velforberejede, proaktive behandlerteam. Forløbsprogrammerne er rammen både for sundhedsvæsenets organisering og indsats og for at understøtte patienten med kronisk sygdom til at mobilisere og udnytte egne ressourcer, dvs. patientuddannelse og støtte til egenomsorg. Disse indsatser er en integreret del af forløbsprogrammet.

Forløbsprogrammerne er endvidere et væsentligt instrument i regionens indsats for at formindske den sociale ulighed i sundhed. De standardiserede ydelser og forløb kommer i særlig grad de socialt dårligt stillede til gode.

Målet for Region Hovedstadens indsats er at tilbyde alle patienter med en kronisk sygdom den bedst mulige behandling, som er koordineret mellem sektorerne. Målet skal nås ved en systematisk og sammenhængende tilrettelæggelse af sundhedsfaglige indsatser baseret på det bedst mulige vidensgrundlag.

Delmålene er:

- At den enkelte patient oplever, at der er sammenhæng mellem indsatserne fra alle sektorer,
- At sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser imellem sektorerne,
- At sikre, at de involverede sundhedsprofessionelle og patienten har en ensartet og fælles målsætning med forløbet,
- At personalet har eller tilegner sig de nødvendige kompetencer,
- At sikre, at de enkelte komponenter i et forløb giver de bedst opnåelige kliniske resultater, og
- At sikre en effektiv anvendelse af de samlede økonomiske og personalemæssige ressourcer.

Forebyggelsespolitikken indeholder følgende visioner for regionens forebyggende arbejde:

- Forebyggelse skal indgå som en naturlig del af det gode behandlingsforløb,
- Forebyggelsesarbejdet i Region Hovedstaden skal reducere uligheden i sundhed,
- Der skal være viden bag det vi gør – og vi skal tilbyde forebyggelse, vi ved virker,
- Et frugtbart samarbejde er nødvendigt for en effektiv forebyggelsesindsats.
- Region Hovedstaden skal understøtte og udvikle borgernes evne til egenomsorg, og
- Regionens virksomheder skal som rollemodeller understøtte forebyggelsesindsatsen.

Da gennemførelsen af forebyggelsespolitikken og strategien for kronisk sygdom foregår igennem implementeringen af kronikerprogrammet, foreslås det, at en status for kronikerprogrammet fremadrettet træder i stedet for en status for både forebyggelsespolitikken og strategien for kronisk sygdom.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Ved fremtidige statusrapporteringer belyses, hvordan strukturforandringer gavner patienterne.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRÅDETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Oversigt over kronikerprojekterne (FU)
2. Nyhedsbrev nr. 2 for kronikerprogrammet (FU)

Sagsnr: 08002928

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 4

SAG NR. 3

STATUS FOR PLAN FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT – IMPLEMENTERING AF FØLGE HJEM-, FØLGE OP- OG RINGE HJEM-ORDNINGER

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at regionsrådet tager status til efterretning.

RESUME

Regionsrådet vedtog Plan for den ældre medicinske patient i marts 2009. På mødet i marts 2010 vedtog rådet implementeringen af følge hjem-, følge op- og ringe hjem-ordninger som en del af plan for den ældre medicinske patient.

Status er på nuværende tidspunkt:

- **Følge hjem-ordning:** Er i gang med at blive sat i drift på alle regionens hospitaler,
- **Følge op-ordning:** Afventer overenskomstforhandlingerne med almen praksis og sundhedsaftalerne med kommunerne, da disse er samarbejdspartnerne, og
- **Ring op-ordning:** Der er igangsat seks pilotprojekter på Amager, Bispebjerg, Frederikssund, Gentofte, Herlev og Hillerød Hospitaler.

Derudover har der været et pilotprojekt bestående af fire pilotforløb om tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling på henholdsvis Amager, Bornholm, Frederikssund og Helsingør Hospitaler. Uddannelsesforløbet strakte sig over 14 kursusdage og samlede deltagere fra både primær- og sekundærsektor. Erfaringerne fra pilotforløbene har dannet grundlag for projektet Fælles skolebænk, der er en del af Kronikerprogrammet.

SAGSFREMSTILLING

Regionsrådet vedtog Plan for den ældre medicinske patient i marts 2009. Initiativer, der styrker det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med udskrivning fra hospital, har en central plads i planen. Der er fra 2009 bevilget midler til at implementere disse initiativer, og regionsrådet vedtog på mødet i marts 2010 implementeringen af følge hjem-, følge op- og ringe hjem-ordninger.

De tre ordninger er baseret på en niveauinddeling af målgruppen for Plan for den ældre medicinske patient. Den mindste gruppe består af de mest udsatte patienter, der kan have gavn af en følge hjem-ordning. Den største gruppe består af de mindst udsatte patienter i målgruppen, der vil opnå øget tryghed ved, at der ringes hjem til dem efter udskrivelsen. Følge op-ordninger er rettet mod patienterne, der falder mellem de to andre grupperinger, og varetages af den kommunale hjemmesygeplejerske og patientens egen praktiserende læge. I praksis betyder dette, at en patient kun modtager en af ordningerne ad gangen i henhold til niveauinddeling.

Følge hjem-ordning

Følge hjem-ordningen består i, at hospitalspersonale følger patienten hjem og sikrer, at patienten selv kan fungere i hjemmet med relevant hjælp. Midlerne til ordningen er blevet fordelt til hospitalerne, og ordningen er sat i drift på alle regions hospitaler.

Følge op-ordning

Følge op-ordningen består i, at patientens praktiserende læge og hjemmesygeplejen i fællesskab aflægger besøg i patientens hjem ca. en uge efter, at patienten er udskrevet. Administrationens forhandlinger med de praktiserende læger om en rammeaftale for de praktiserende lægers deltagelse er ikke afsluttet. Under forhandlingerne om 2. generation sundhedsaftaler har en række kommuner udtrykt interesse for at deltage i ordningen.

Ringe hjem-ordning

Ringe hjem-ordningen består i, at hospitalets personale ringer patienten op efter udskrivelsen. Der er igangsat pilotprojekter på seks hospitaler (Amager, Bispebjerg, Frederikssund, Gentofte, Herlev og Hillerød):

- Bispebjerg og Frederikssund Hospitaler fokuserer på KOL-patienter,
- Hillerød Hospital fokuserer på KOL-patienter i et randomiserende projektdesign (det vil sige, at det er tilfældigt, hvilke af patienterne der ringes op, og hvilke af patienterne der i stedet indgår i kontrolgruppen),
- Amager Hospital inkluderer alle patienter, der udskrives fra den akutte modtagelse,
- Gentofte Hospital inkluderer alle patienter på medicinske afdelinger, men påtænker at afgrænse til borgere i eget hjem, og
- Herlev Hospital inkluderer alle patienter på medicinske afdelinger i et randomiserende projektdesign (det vil sige, at det er tilfældigt, hvilke af patienterne der ringes op, og hvilke af patienterne der i stedet indgår i kontrolgruppen).

Tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling

Der har kørt et pilotprojekt med fire kompetenceudviklingsforløb under Region Hovedstadens Handlingsplan for rekruttering og personaleudvikling 2009. Forløbene blev gennemført fra december 2009 – marts 2010 for to hold med hver 24 deltagere på henholdsvis Frederikssund Hospital og Helsingør Hospital. Pilotprojektets to øvrige forløb blev afholdt på Amager og Bornholm i efteråret 2010.

Målet med kompetenceudviklingsforløbet var at fremme den tværfaglige og tværsektorielle forståelse for og behandling af mennesker med kronisk sygdom samt den ældre medicinske patient. Uddannelsesforløbet strakte sig over 14 kursusdage, hvor deltagerne var samlet på tværs af primær- og sekundærsektor.

I evalueringen er det fremhævet, at deltagerne spredte deres nyerhvervede viden på deres lokale afdelinger. Således opnåede deres kolleger også et styrket kendskab til de andre faggrupper, der er involveret i samarbejde omkring den ældre medicinske patient. Erfaringerne fra pilottestningerne har dannet grundlag for projektet Fælles skolebænk, der er en del af Region Hovedstadens Kronikerprogram.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Sagsnr: 08012339

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 5

Afrapportering fra Psykiatri- og handicapudvalget

SAG NR. 4

AFRAPPORTERING FRA PSYKIATRI- OG HANDICAPUDVALGET OM MEDICINERING I PSYKIATRIEN

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at udvalgets afrapportering indgår i det videre arbejde, og at Psykiatri- og handicapudvalget følger op på de igangsatte initiativer vedrørende medicinering i psykiatrien i 2011.

SAGSFREMSTILLING

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

Med udgangspunkt i skriftlige og mundtlige oplæg har udvalget drøftet medicinering i psykiatrien på møderne den 22. marts, 26. april og 20. maj og 25. oktober 2010.

I udvalgets afrapportering er der set på de forskellige behandlingsformer i psykiatrien, der strækker sig fra medicinsk behandling og ECT-behandling (elektrisk stimulationsterapi) over forskellige terapiformer til psykoedukation (undervisning i sygdommen) og rehabilitering. Ligeledes er udviklingen i medicinen og den medicinske behandling samt kvaliteten i den medicinske behandling blevet behandlet.

Udvalget har drøftet medicinering i et bredere perspektiv, og udvalget har i drøftelserne lagt vægt på, at behandlingen i psykiatrien inddrager forskellige typer af behandlingsformer herunder medicin.

Udvalget har noteret, at Region Hovedstadens Psykiatri på mange forskellige fronter arbejder med kvalificering af den medicinske behandling, og at der også fremover er fokus herpå i såvel virksomhedsplan som kvalitetsstrategi.

Udvalget har drøftet udfordringerne på medicinområdet og er bekendt med tre større udfordringer. En udfordring er, at de psykiatriske centre ikke foretager en systematisk registrering af bivirkninger. En anden udfordring er at nedbringe anvendelsen af polyfarmaci, idet der er en ikke ubetydelig anvendelse af polyfarmaci inden for psykiatrien. Endelig er en tredje udfordring at nedbringe forbruget af vanedannende medicin. Region Hovedstadens Psykiatri har taget forskellige initiativer for at imødegå udfordringerne.

Regionsrådet behandlede på sit møde den 22. juni 2010 udvalgets afrapportering af 20. maj 2010 om dette emne. På mødet blev rejst en problemstilling om overdødelighed og uforklarlige dødsfald hos psykisk syge samt psykiatriske patienters rygning. Regionsrådet udsatte derfor sagen. Udvalget har drøftet de rejste problemstillinger, og de er indarbejdet i udvalgets nye afrapportering af 25. oktober 2010 om medicinering i psykiatrien, som er vedlagt som bilag.

Udvalget er klar over, at medicinering er et kompliceret område med mange problemfelter og udfordringer. Udvalget konstaterer, at der er fokus på området, og at der er mange initiativer, der peger i den rigtige retning. Udvalget ønsker derfor at følge op på området i 2011 for at vurdere, hvordan det er forløbet med de igangsatte initiativer, og for at vurdere, om der er behov for yderligere forbedringstiltag.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Afrapporteringen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales, idet der arbejdes videre med de rejste problemstillinger.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRÅDETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Afrapportering af 25. oktober 2010 om medicinering i psykiatrien (FU)

Sagsnr: 09011101

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 6

Afrapportering fra Serviceudvalget

SAG NR. 5

AFRAPPORTERING FRA SERVICEUDVALGET VEDRØRENDE FORSLAG TIL OVERORDNET MODEL OG PRINCIPPER FOR TILRETTELÆGGELSE AF DIALOGSAMTALER SAMT ANBEFALINGER VEDRØRENDE DIREKTE PATIENTFEEDBACK

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at Serviceudvalgets afrapportering vedrørende forslag til overordnet model og principper for tilrettelæggelse af dialogsamtaler samt anbefalinger vedr. feedback indgår i det videre politiske og administrative arbejde med regionens gennemførelse af ændringer af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

RESUME

Regionsrådet blev senest ved formandsmeddelelse til forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010 orienteret om den nye lov om ændring af patientklagesystemet. Efter lovens endelige vedtagelse den 3. juni 2010 har administrationen og Serviceudvalget arbejdet videre med, hvorledes loven skal implementeres i Region Hovedstaden.

Den nye lov indebærer bl.a., at der pr. 1. januar 2011 etableres et nyt klagesystem med oprettelse dels af Patientombuddet, dels af Disciplinærnævnet, der træder i stedet for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Med indførelsen af disse klageinstanser indføres endvidere en pligt for regionerne til at tilbyde patienter, der klager over en sundhedsfaglig ydelse til de to nye instanser, en dialogsamtale.

Serviceudvalget har udarbejdet forslag til en overordnet model og principper for tilrettelæggelse af dialogsamtalerne. Serviceudvalget tilkendegiver endvidere, at udvalget fortsat vil have fokus på, hvordan de gode erfaringer med direkte patientfeedback kan udbredes. Udvalget vil i den forbindelse bl.a. overveje samling af erfaringer til inspiration for andre.

SAGSFREMSTILLING

Regionsrådet blev senest ved formandsmeddelelse til forretningsudvalgets møde den 18. maj 2010 orienteret om den nye lov om ændring af patientklagesystemet. Efter lovens endelige vedtagelse den 3. juni 2010 har administrationen og Serviceudvalget arbejdet videre med, hvorledes loven skal implementeres i Region Hovedstaden.

Den nye lov indebærer bl.a., at der pr. 1. januar 2011 etableres et nyt klagesystem med oprettelse dels af Patientombuddet, dels af Disciplinærnævnet, der træder i stedet for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Patientombuddet skal behandle klager over sundhedsvæsenets faglige virksomhed, og Disciplinærnævnet skal behandle klager over sundhedspersoners faglige virksomhed. Patientombuddet skal varetage sekretariatsbetjeningen af Disciplinærnævnet.

Nyt patientklagesystem – krav om dialog samtaler

Den nye lov stiller tillige krav om gennemførelse af dialog samtaler med patienter, der klager over den sundhedsfaglige behandling. Efter loven er det alene skriftlige klager stilet enten til Patientombuddet eller Disciplinærnævnet, der medfører, at regionen har pligt til at tilbyde dialog samtaler. Dialog samtaler skal tilbydes i så god tid, at regionen kan give Patientombuddet en tilbagemelding inden for 4 uger.

Serviceudvalget har på møder senest den 13. oktober 2010 drøftet implementering af den nye lov, og udvalget har særligt haft fokus på, at der skal ske en læring af patientklagerne.

Serviceudvalget finder, at regionen som organisation – hospitaler, afdelinger og sundhedspersoner - skal lære af patientklagerne, så eventuelle u hensigtsmæssigheder afdækkes og giver anledning til ændringer eller forbedringer. Samtidig er det vigtigt, at dialog samtalen konkret i situationen giver udbytte og eventuelt forløsning for deltagerne. Patienten får mulighed for at fortælle om sin oplevelse af et utilfredsstillende forløb, sundhedspersonalet vil få udbytte af at høre om forløbet set fra patientens perspektiv og personalet vil desuden få lejlighed til eventuelt at forklare eller undskylde. Det er derfor afgørende, at samtalen gribes konstruktivt an. Serviceudvalget vil således også på sit kommende møde drøfte konkrete forslag til værktøjer til personale og ledere til brug for gennemførelse af dialogen.

Overordnede principper for dialog samtalerne

Serviceudvalget anbefaler regionsrådet at vedtage følgende overordnede principper for dialog samtalerne:

- ”Decentral håndtering af dialogen. Dialogen varetages som hovedregel af den hospitalsafdeling/-klinik eller det psykiatriske center, hvor patienten er eller har været i behandling. Dette for at sikre lokal læring.

- Håndtering af dialogen er en ledelsesopgave. Ledelsen skal tage ansvar for den behandling, der klages over. Ansvar for dialogsamtalen og efterlevelsen af de øvrige principper skal derfor forankres hos afdelings-, klinik- og centerledelsen. Hospitalsdirektionerne og direktionen ved Region Hovedstadens Psykiatri har dog det overordnede ansvar for, at afdelings-, klinik- og centerledelser efterlever lovbestemmelserne om dialog.
- Samtalerne skal søge at genoprette tilliden eller rette op på eventuelle fejl. Hospitalsafdelingen/-klinikken og det psykiatriske center skal gennem dialogsamtalet med patienterne og de pårørende søge at genoprette tillid til sundhedsvæsenet. Dette skal bl.a. ske ved at give de pågældende, der klager, en forklaring på det, de er utilfreds med – og evt. en undskyldning.
- Et anerkendende og lærende system. Patienterne skal opleve et system, der kan anerkende og lære af sine fejl samt ændre konkret adfærd og kommunikation.”

Principper for tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler

Serviceudvalget anbefaler, at Koncerndirektionen bemyndiges til, under hensyn til de af regionsrådet vedtagne overordnede principper, at fastsætte retningslinjer for afdelingernes/klinikkernes/centrenes håndtering af dialogsamtalerne. Retningslinjerne skal give anvisninger på,

- Hvordan tilbud om en dialogsamtale til patient eller pårørende fremsættes, herunder hvem der fremsætter tilbuddet, og at tidsfristen på fire uger for afholdelse af dialogsamtalerne overholdes,
- Med hvem og hvordan dialogen med patienten eller den pårørende skal gennemføres, herunder retningslinjer for deltagelse af de sundhedspersoner, der klages over,
- Hvem der informerer henholdsvis Disciplinærnævnet og Patientombuddet om klagen og udfaldet af dialogen,
- Hvordan læringsaspektet inddrages ved håndteringen af klagesager, herunder inddragelse af hospitalets og psykiatriens patientsikkerheds- og kvalitetsenheder,
- At der sker en registrering af klagerne og de forbedringer af patientsikkerheden og kvaliteten, som klagerne har givet anledning til, bl.a. med henblik på rapportering til Patientombuddet.

Direkte patientfeedback: Dialog - også med patienter, der ikke klager

Serviceudvalget finder det samtidig vigtigt også at uddrage læring af patientoplevelser, der **ikke** resulterer i en klage. Der kan også uddrages vigtig læring af dialog med patienter, der har gode oplevelser.

Derfor har udvalget besluttet fortsat at have fokus på, hvordan direkte patientfeedback – eller lignende metoder til systematisk læring af patientoplevelser – kan udbredes til alle regionens hospitaler. Det sker allerede flere steder på regionens virksomheder i dag. Fx har Serviceudvalget besøgt Hillerød Hospital, hvor relevante afdelinger systematisk afholder feedbackmøder, hvor patienter og pårørende inviteres til at fortælle om deres erfaringer og oplevelser under indlæggelse. Lignende koncepter afprøves på andre af regionens hospitaler. Udvalget vil i den forbindelse bl.a. overveje samling af erfaringer til inspiration for andre.

Værktøjskasse og informationsaktiviteter

Ved vedtagelsen af budget 2011 besluttede regionsrådet at afsætte budgetmidler til implementering og udbredelse af dialogsamtaler og direkte patientfeedback. Af teksten fremgår:

- ”At der afsættes 400.000 kr. til arbejdet med at udbrede viden og værktøjer ift. at gennemføre dialogsamtaler og direkte patientfeedback.
- Der skal udvikles metoder til gennemførelse af dialogsamtaler og direkte patientfeedback, som konsekvens af ny lovgivning på området. Der skal være særlig opmærksomhed omkring at sikre og anvende tilbagemeldinger fra ældre medicinske patienter”.

Serviceudvalget vil drøfte den konkrete udmøntning af midlerne. Tanken er, at midlerne skal gå til at udbrede viden og værktøjer. Det kan fx være formidling af et samlet læringssæt, der indeholder information om krav til samtalerne, samt skabeloner og værktøjer, der kan hjælpe den enkelte med at forberede, gennemføre og følge op på samtalerne.

Der vedlægges notat af 2. november 2010, hvori der mere detaljeret er redegjort for, hvordan dialogsamtalerne foreslås implementeret.

På baggrund af ovenstående anbefaler Serviceudvalget, at regionsrådet godkender, at ovenstående afrapportering vedrørende forslag til overordnet model og principper for tilrettelæggelse af dialogsamtaler samt anbefalinger vedr. feedback indgår i det videre politiske og administrative arbejde med regionens gennemførelse af ændringer af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Der er i budget 2011 afsat 400.000 kr. til arbejdet med at udbrede viden og værktøjer ift. gennemførelse af dialogsamtaler og feedback-samtaler.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Notat af 2. november 2010 – Et nyt patientklagesystem – indførelse af dialogsamtaler (FU)
2. Notat af 28. september 2010 – Det retlige grundlag for dialogen (FU)

Sagsnr.: 10005072

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 7

SAG NR. 6

FORSLAG TIL TILLÆGSKOMMISSORIUM FOR SERVICEUDVALGET

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at tillægskommissorium til Serviceudvalget godkendes.

RESUME

På regionsrådets møde den 2. februar 2010 besluttede rådet at nedsætte syv særlige midlertidige udvalg for årene 2010 og 2011. Samtidig gav regionsrådet hvert udvalg et startkommissorium med et eller flere temaer til behandling. Et led i denne beslutning var også, at der senere og løbende kunne forelægges supplerende udkast til delkommissorier.

Med denne sag foreslås vedtaget et delkommissorium til Serviceudvalget, hvor udvalget som et led i regionens kommende kræftplanarbejde anmodes om at tilrettelægge afholdelse af og opfølgning på to dialogmøder med kræftpatienter, pårørende, repræsentanter fra relevante patientforeninger, politikere og borgere.

SAGSFREMSTILLING

På regionsrådets møde den 2. februar 2010 besluttede rådet at nedsætte syv særlige midlertidige udvalg for årene 2010 og 2011. Ved beslutningen om nedsættelse af udvalgene var der samtidig enighed om, at der løbende kan udarbejdes nye forslag til delkommissorier for udvalgenes arbejde, for dermed at give dem midlertidige opgaver med en konkret problemstilling indenfor det pågældende område. Arbejde som kan medvirke til at kvalificere og understøtte det samlede regionsråds arbejde.

Regionsrådet fik i forlængelse af regionsrådsmødet den 26. oktober 2010 en orientering om de faglige anbefalinger til det kommende arbejde med at udforme en kræftplan for regionen. Første administrative forslag til kræftplan forventes fremlagt på regionsrådsmødet den 14. december 2010. Herefter sendes forslaget ud i en bred hørings- og dialogproces, forud for en egentlig politisk drøftelse og med forventelig vedtagelse af en regional kræftplan i regionsrådet i marts 2011.

I høringsfasen skal der være adgang til at komme med input. Både for samarbejdspartnere, fagfolk, organisationer og foreninger, der vil blive anmodet om bidrag, men også for borgere og patienter der kan bidrage med synspunkter og erfaringer – fx via hjemmesiden.

Med denne sag foreslås vedtaget et delkommissorium til Serviceudvalget, hvor udvalget som et led i kræftplanarbejdet anmodes om at forberede, gennemføre og følge op på to dialogmøder med kræftpatienter og deres pårørende samt repræsentanter fra relevante patientforeninger. Dialogmøderne, hvortil også regionsrådets øvrige medlemmer inviteres, vil herudover blive annonceret bredt.

Serviceudvalgets skal – efter dialogmødernes afholdelse primo 2011 – komme med en afrapportering til regionsrådet.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Forslag til tillægskommissorium for Serviceudvalget (FU)

Sagsnr: 10003743

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 8

SAG NR. 7

REDEGØRELSE OM REVISION AF RÅSTOFPLAN 2007

FORMANDENS INDSTILLING

1. at regionsrådet godkender forslag til ”Redegørelse om revision af Råstofplan 2007” samt forslag til ”Indkaldelse af idéer og forslag til revision af råstofplan”,
 2. at forslag til redegørelse sendes i høring samtidig med indkaldelse af idéer og forslag til brug for eventuel revision af planen, og
 3. at høringsresultatet og indkomne idéer og forslag forelægges for Miljø- og klimaudvalget med henblik på afgivelse af udtalelse til brug for forretningsudvalgets og regionsrådets endelige behandling af sagen.
-

RESUME

Ifølge råstofloven skal regionsrådet gennemgå regionens råstofplan hvert fjerde år for at vurdere, om der er behov for justeringer eller en revision af planen. Vurderingen sker bl.a. på baggrund af en redegørelse, der skal i offentlig høring. Redegørelsen beskriver og vurderer den nuværende forsyningssituation med udgangspunkt i Råstofplan 2007.

I redegørelsen påpeges en række nuværende forhold, der ikke svarer til forventningerne beskrevet i Råstofplan 2007. By- og Landskabsstyrelsen har meddelt, at indkaldelse af ideer og forslag til en eventuel revision af råstofplanen kan ske samtidig med at redegørelsen er i høring.

Høringsperioden afsluttes den 31. januar 2011, hvorefter resultaterne af høringen og indkomne idéer og forslag til en planrevision forelægges regionsrådet med en udtalelse fra Miljø- og klimaudvalget.

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Ifølge råstofloven skal regionsrådet gennemgå råstofplanen hvert fjerde år for at vurdere, om der er behov for justeringer eller en revision af planen. For at støtte regionsrådets beslutning har administrationen udarbejdet et forslag til redegørelse, der er vedlagt som bilag. Redegørelsen beskriver den nuværende indvinding af og forsyning med råstoffer i Region Hovedstaden i forhold til Råstofplan 2007. Re-

degørelsen skal ifølge råstofloven i høring i otte uger, hvorefter resultaterne af høringen forelægges regionsrådet til endelig beslutning.

På grund af juleperioden forlænges høringsperioden og foreslås at løbe fra den 22. november 2010 til den 31. januar 2011. Høringen sker samtidig med indkaldelse af ideer og forslag fra offentligheden til indholdet af en eventuel revision af planen.

Redegørelsens indhold

Det fremgår af redegørelsen, at i 14 ud af 33 indvindingsområder i Region Hovedstaden stemmer de aktuelle forhold vedrørende råstofindvinding ikke overens med det, som er angivet i Råstofplan 2007.

Det fremgår tillige af redegørelsen, at den nuværende indvinding af råstoffer fra regionens grusgrave (ca. 1 mio. m³ pr. år) er betydeligt mindre end forbruget. Mængden af sand, grus og sten, der indvindes til havs, er i samme størrelsesorden som den mængde, der indvindes i regionens grusgrave.

Administrationen har i en foreløbig opgørelse vurderet, at forbruget af råstoffer i regionen er mindst dobbelt så stort som forudset i Råstofplan 2007.

Regionens forbrug af råstoffer er i høj grad afhængig af tilførsel af materialer fra både havet og fra andre regioner, især Region Sjælland, for at kunne forsyne regionens bygge- og anlægsprojekter.

Den samlede restressource af sand, grus og sten er i redegørelsen opgjort til 69 mio. m³, hvilket er ca. en tredjedel mindre end antaget i Råstofplan 2007. Over halvdelen af denne restressource har en sådan kvalitet, at den har begrænset anvendelighed i bygge- og anlægsarbejde.

Råstoffressourcen i de nuværende indvindingsområder i Region Hovedstaden er ikke tilstrækkelig til at dække regionens behov for råstoffer i de næste 24 år, som råstofloven foreskriver.

Plangrundlaget

I den nuværende Råstofplan 2007 er der ikke udpeget interesseområder, hvor der på længere sigt kan være mulighed for råstofindvinding. Derfor påpeges det i redegørelsen, at regionens muligheder for langsigtet planlægning i forhold til råstof-forsyning er begrænsede.

Nye bestemmelser i lov om miljøvurdering af planer og programmer betyder, at der skal gennemføres en strategisk miljøvurdering af alle eventuelle ændringer af råstofplanen samt af hele planen som sådan, uanset om planen skal revideres. En strategisk miljøvurdering skal identificere og vurdere miljøpåvirkninger af råstofindvinding. En miljøvurdering vil blive forelagt regionsrådet inden for tidsfristen for en eventuel revision af råstofplanen, der skal vedtages senest i 2012.

Såfremt regionsrådet beslutter, at der skal foretages justeringer eller ændringer i råstofplanen, skal der indkaldes idéer og forslag mv. til emner eller indhold i en revideret plan. Indkaldelse af idéer og forslag skal efter råstofloven også i høring i otte uger. By- og Landskabsstyrelsen har meddelt, at regionerne kan sende redegørelsen i høring og indkalde idéer og forslag samtidig med henblik på at optimere høringsperioderne. Forslag til ”Indkaldelse af ideer og forslag til revision af Råstofplan 2007” er også vedlagt som bilag.

Udtalelse fra Miljø- og klimaudvalget

For at kvalificere regionsrådets stillingtagen til de indkomne høringssvar foreslås det, at Miljø- og klimaudvalget afgiver en udtalelse om høringssvarene til brug for sagens behandling i forretningsudvalg og regionsråd.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Udgifter til offentliggørelse af redegørelsen og indkaldelse til ideer og forslag afholdes inden for de midler, der er afsat til området i 2010.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Forslag til Redegørelse om revision af Råstofplan 2007 (FU)
2. Indkaldelse af ideer og forslag til revision af Råstofplan 2007 (FU)

Sagsnr: 10001849

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 10

SAG NR. 8

FORSKNINGSEVALUERING 2010

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at regionsrådet tager resultaterne af Forskningsevaluering 2010 til efterretning.

RESUME

Ved vedtagelsen af Politik for Sundhedsforskning i 2007 blev det besluttet at gennemføre årlige forskningsevalueringer for regionens virksomheder. Den første fælles forskningsevaluering er gennemført i 2009, og i 2010 er gennemført en ny samlet forskningsevaluering baseret på data fra 2009.

Evalueringerne viser bl.a., at der er fastholdt et højt niveau af forskning i Region Hovedstaden, og at Rigshospitalet fortsat er Region Hovedstadens forskningsmæssige flagskib, men at der også er mindre forskningsmiljøer, som kan være stærke set i forhold til antallet af forskningsaktive.

Sagen er blevet drøftet af Uddannelses- og forskningsudvalget den 27. oktober 2010 med følgende udtalelse. Udvalget noterede sig med stor tilfredshed, at evalueringen viser en markant fremgang i forskningen, både generelt og på flere hospitaler og afdelinger specifikt.

Udvalget ser dette som udtryk for, at der i Region Hovedstaden er stor fokus på forskningen, hvor der med Politik for Sundhedsforskning er sat en lang række initiativer i gang, som understøtter forskningen på regionens hospitaler og øvrige virksomheder. På den baggrund anbefaler udvalget Forskningsevaluering 2010 til regionsrådet.

SAGSFREMSTILLING

Ved vedtagelsen af Politik for Sundhedsforskning i 2007 blev det besluttet at gennemføre årlige forskningsevalueringer for regionens virksomheder. Formålet med forskningsevalueringen er at:

- Skabe overblik og transparens i forhold til den forskning, der foregår i regionens virksomheder, helt ned på afdelingsniveau,
- følge udviklingen indenfor de enkelte forskningsområder, og

- skabe mulighed for sammenligning af områder på tværs af regionens hospitaler samt nationalt og internationalt.

Overordnet gennemføres forskningsevalueringen for at understøtte, dels den lokale planlægning på hospitalerne og afdelingerne, dels den strategiske indsats for at fremme sundhedsforskningen i Region Hovedstaden.

Den første fælles forskningsevaluering er gennemført i 2009 baseret på data fra 2008. På baggrund af erfaringerne fra denne er der i 2010 gennemført en ny samlet forskningsevaluering af regionens virksomheders forskningsindsats baseret på data fra 2009.

Resultater fra forskningsevalueringen

Data til forskningsevalueringen er baseret på de data, som hospitalerne/afdelingerne i forvejen skal indberette til Danmarks Statistik i forbindelse med den nationale forskningsstatistik, suppleret med data vedr. videnskabelige publikationer, herunder grader og patenter. Processen og metoden for opgørelse af de pointgivende aktiviteter fremgår af bilag 1.

Evalueringen viser, at en række af regionens hospitaler, især Rigshospitalet og områdehospitalerne, men også andre hospitaler/virksomheder, er meget forskningsaktive. Som angivet i bilag 1 kan der konstateres en mindre stigning i forskningsaktiviteten samlet i Region Hovedstaden, hvilket primært skyldes Rigshospitalet og mindre stigninger på områdehospitalerne og nogle af nærhospitalerne.

Hovedkonklusionerne af forskningsevalueringen er, at

- Der er fastholdt et højt niveau af forskning i Region Hovedstaden på trods af store organisatoriske ændringer i forbindelse med implementering af Hospitalsplan og Psykiatriplan.
- Rigshospitalet er fortsat Region Hovedstadens forskningsmæssige flagskib med ca. halvdelen af afdelinger, som scorer over 200 point, hvilket er udtryk for et højt forskningsniveau på afdelingen. I alt er der 35 afdelinger, som scorer 200 point eller derover. Den anden halvdel af meget forskningsaktive afdelinger fordeler sig primært mellem de fire områdehospitaler samt Glostrup og Gentofte hospitaler.
- Topscorer med 862 point er Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, som er en dedikeret forskningsenhed. Flere centre på Rigshospitalet ligger dog over 600 point. Bilag 2 giver et overblik over de afdelinger, som har høj forskningsaktivitet.
- Forskellen i point mellem 2008 og 2009 skyldes primært, at antallet af artikler afhænger af, hvornår tallet opgøres ift. timingen i forskningsprojekterne. Desuden opnås de fleste grader primært fra ph.d. graderne, og der er efterhånden kun få, der tager en disputatsgrad.

Evalueringen viser dog også, at der ved siden af de stærkeste forskningsmiljøer også er mindre forskningsmiljøer, som kan være stærke set i forhold til antallet af

forskningsaktive. Således er forskningsaktiviteten for f.eks. Region Hovedstadens Psykiatri og for Hillerød Hospital i fortsat positiv udvikling med ansættelse af flere professorer og kliniske forskningslektorer.

Fremadrettet brug af forskningsevalueringen

Fremadrettet vil forskningsevalueringen blive lettet ved implementeringen af forskningsregistreringssystemet, PURE, som benyttes af stort set samtlige universiteter i Danmark. Med implementeringen på regionens virksomheder ved udgangen af 2010 bliver Region Hovedstaden den første region, der benytter systemet. Den fælles brug af registreringssystemet muliggør en samlet profilering af hovedstadens sundhedsforskning og samtidigt gør systemet overførslen af data til universitetet væsentligt lettere.

Forskningsevaluering 2010 foreligger i bilag og indgår i henhold til kommissoriet for Uddannelses- og forskningsudvalget i drøftelsen om behovet for en ny generation af Politik for Sundhedsforskning for Region Hovedstaden.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRÅDETS BESLUTNING

Udsat for yderligere drøftelser i udvalget.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Forskningsevaluering 2010 – Hovedkonklusioner og nøgletal for 2009 (FU)
2. Samlede oversigter over resultater af forskningsevaluering (FU)

Sagsnr: 10007423

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 9

Afrapportering fra Uddannelses- og forskningsudvalget

SAG NR. 9

**AFRAPPORTERING AF DEN VEDTAGNE POLITIK FOR SUNDHEDS-
FORSKNING**

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at regionsrådet tager afrapporteringen til efterretning, idet der igangsættes udarbejdelse af en ny forskningspolitik for Region Hovedstaden.

RESUME

Region Hovedstadens Politik for Sundhedsforskning og de tilhørende 44 initiativer blev vedtaget i regionsrådet i september 2007. Med Handlingsplan 2010 er alle initiativer fra Politik for Sundhedsforskning enten gennemført eller igangsat. Afrapporteringen skal derfor danne grundlag for en drøftelse i forretningsudvalget og regionsrådet om behov for en ny generation af Politik for Sundhedsforskning.

Sagen er blevet drøftet af Uddannelses- og forskningsudvalget den 27. oktober 2010 med følgende udtalelse: ”Udvalget er af den holdning, at en stærk sundhedsforskning med udgangspunkt i klinikken og tæt på patienten har en afgørende betydning for, at vi fremadrettet kan tilbyde et sundhedsvæsen i international topklasse til gavn for patienterne og samfundet generelt.

Uddannelses- og forskningsudvalget finder, at der med Politik for Sundhedsforskning er igangsat en række markante initiativer, som tilsammen har skabt et solidt fundament for at udføre og styrke sundhedsforskning i Region Hovedstaden. I løbet af efteråret har udvalget haft lejlighed til at drøfte udfordringer og potentialer med forskere og repræsentanter fra erhvervslivet. På den baggrund udtaler udvalget, at der fortsat er en række udfordringer, som kræver opmærksomhed, såfremt det fulde potentiale for forskning inden for sundhedsvæsenet skal udnyttes.

På den baggrund anbefaler Uddannelses- og forskningsudvalget, at der i foråret 2011 med afsæt i denne afrapportering igangsættes udarbejdelse af en ny forskningspolitik for Region Hovedstaden.”

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstadens Politik for Sundhedsforskning og de tilhørende 44 initiativer blev vedtaget i regionsrådet i september 2007. Politikken er efterfølgende blevet implementeret gennem årlige handlingsplaner, og med Handlingsplan 2010 er alle initiativer fra Politik for Sundhedsforskning enten gennemført, igangsat eller integreret i nye projekter.

Ifølge den politiske arbejdsplan (årshjulet) skal der hvert år i november afrapporteres på den årlige handlingsplan for sundhedsforskningspolitikken. Administrationen har i år som følge af, at alle initiativer er igangsat eller gennemført med udgangspunkt i Handlingsplan 2010 valgt, at der laves en samlet afrapportering af Politik for Sundhedsforskning. Denne samlede status for visionerne og de enkelte initiativer skal sikre erfaringsopsamling og understøtte koordinering mellem de etablerede og fremtidige initiativer. I opsummering konkluderer afrapporteringen følgende for hvert indsatsområde (A – F):

- A. For at sikre forskning af høj kvalitet tæt på patienterne har Region Hovedstaden indført et forskningsregistreringssystem, som ibrugtages på alle hospitalerne med udgangen af 2010, og en årlig forskningsevaluering, der fremadrettet vil skabe overblik over forskningen og forskningsmiljøerne på hospitalerne. Allerede nu har systemet skabt et solidt grundlag for at evaluere forskningen i regionen samtidig med, at resultaterne kan bruges til at understøtte, profilere og formidle regionens forskning.
- B. For at gøre det attraktivt at få en forskerkarriere har Region Hovedstaden undersøgt behov og muligheder for etablering af tværfaglige og tværsektorielle karrieremuligheder på regionens virksomheder. Undersøgelsen vil danne afsæt for regionens fremtidige arbejde med at få oprettet flere delestillinger, der vil sikre en integrering af viden fra forskning og klinisk arbejde.
- C. Med henblik på at støtte etablering og styrkelse af gode forskningsmiljøer er der udpeget forskningsansvarlige på alle større afdelinger og etableret lokale forskningsråd. Desuden oprettede Region Hovedstaden i 2009 den fælles EU-repræsentation, creoDK, i samarbejde med Danmarks Tekniske Universitet (DTU) og Københavns Universitet med det formål at tiltrække flere internationale midler til at styrke regionens sundhedsforskningsmiljøer.
- D. For at skabe service- og støttefunktioner af høj kvalitet har Region Hovedstaden etableret forsknings- og innovationsstøtteenheden, FIE i 2008 og teknologioverførselseenheden Tectra i 2007. FIE har allerede rådgivet over 270 forskergrupper, oprettet en finansieringsdatabase og assisteret med fondsansøgninger, der har ført til bevillinger på omkring 124 millioner kr. Tectra har alene i 2009- medio 2010 kommercialiseret 13 opfindelser, opnået bruttoindtægter for 3 millioner kr., og behandlet 802 juridiske aftaler.
- E. Innovation er afgørende for optimal udnyttelse af forskning. Derfor har Region Hovedstaden i 2009 etableret Center for Sundhedsinnovation, som skal udbrede systematisk arbejde med innovation på alle hospitalerne. Desuden har Region Hovedstaden medvirket til etablering af Medico Innovation og konsor-

tiet LEV VEL, som skal understøtte innovationer på tværs af sektorer. I regi af Den Administrative Styregruppe er der sikret forskningssamarbejde mellem regionens hospitaler, kommuner og praksissektoren gennem forhandlinger i forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsaftalen.

- F. For at sikre flere forskningsmidler og bedre synlighed har Region Hovedstaden etableret Region Hovedstadens Forskningsfond, der i 2009 og 2010 har støttet unge forskere, post.doc.'er og strategiske forskningsprojekter.

Af rapporteringen foreligger i bilag og indgår i henhold til kommissoriet for udvalget for Uddannelse og forskning i drøftelsen om behovet for en ny generation af Politik for Sundhedsforskning for Region Hovedstaden.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales, idet der arbejdes videre med forskningspolitikken ud fra de faldne bemærkninger.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Der blev omdelt notat af 15. november 2010 om finansiering af sundhedsforskning i Region Hovedstaden.

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Af rapportering af Politik for Sundhedsforskning 2007 - 2010 (FU)
2. Notat af 15. november 2010 om finansiering af sundhedsforskning i Region Hovedstaden (RR)

Sagsnr: 10000906

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 11

SAG NR. 10

INTERREG-PROJEKT "E-MISSION I ØRESUNDSREGIONEN"

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

at regionsrådet afsætter 1.125.000 kr. over 3 år til Interreg-projektet "E-mission i Øresundsregionen"

RESUME

Københavns Kommune og Malmø Stad har taget initiativ til et Interreg-projekt, som skal fremme brugen af elbiler i Øresundsregionen. Målet er at fremme udvikling og etablering af en fælles Øresundsregional ladeinfrastruktur for elbiler. De seks officielle og medfinansierende partnere i projektet er Københavns Kommune (leadpartner), Malmø Stad, Helsingborg Stad, Region Skåne, Region Hovedstaden og Öresundskraft AB.

Administrationen vurderer, at projektet understøtter såvel Den Regionale Udviklingsplan og Den Øresundsregionale Udviklingsstrategi. Det indstilles derfor, at Region Hovedstaden bidrager med 1.125.000 kr. Til sammenligning bidrager Region Skåne med 975.000 kr. Projektet løber over tre år og har et samlet budget på i alt 13.920.000 kr., hvoraf halvdelen søges finansieret via Interreg Øresund.

Sagen har været sendt i skriftlig høring i Regional udviklingsplans- og trafikudvalget i oktober 2010. Udvalget anbefaler projektet både på grund af indholdet, og fordi det er et fælles projekt med Region Skåne.

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Da projektet er relevant i et bredere regionalt perspektiv er Region Hovedstaden og Region Skåne blevet inddraget. Region Hovedstaden har i dialogen med Københavns Kommune taget udgangspunkt i de aftalte mål og indsatsområder i Den Øresundsregionale Udviklingsstrategi (ØRUS) og Den Regionale Udviklingsplan (RUP).

I Danmark står transportområdet for ca. 21 procent af det samlede CO2-udslip, hvoraf privatbilisme udgør en væsentlig andel. Andelen i hovedstadsregionen lig-

ger i samme størrelsesorden, og det samme må formodes at gælde i Skåne. I 2015 forventes personbiltrafikken over Øresundsbroen at udgøre 50% mod 41% i dag.

Med den stigende transport følger øget CO₂-udledning. CO₂-udledningen kan imidlertid reduceres markant, hvis benzin- og dieslbiler erstattes med elbiler, da elbiler er forureningsfrie ved anvendelse af strøm fra vedvarende energikilder. Da CO₂-udfordringerne er grænseoverskridende problemstillinger, giver det god mening at tackle disse udfordringer i et Øresundsregionalt perspektiv.

Formål

Projektets formål er at udvikle en fælles Øresundsregional ladeinfrastruktur for elbiler for at få flere borgere samt private og offentlige virksomheder til at købe eller leje elbiler frem for diesel- eller benzinbiler. Dette formål realiseres via seks hovedaktiviteter:

1) Udvikle ladeinfrastrukturen for elbiler i Øresundsregionen

Projektet vil formulere en strategi for ladeinfrastruktur i Øresundsregionen. Strategien vil bl.a. vedrøre placering af ladestationer for at gøre det let og enkelt at anvende elbiler i hele regionen. Projektet vil arbejde med testområder, bl.a. Nordhavn, for at udvikle en plan med tekniske detaljer om fx betalingsmodeller og parkeringsmuligheder. Endelig udvikles et elektronisk kort over offentligt tilgængelige ladestander.

2) Etablere et stake-holder netværk

Projektet vil etablere et samarbejde mellem ejere af ladestander for at drøfte muligheder og barrierer for at gøre det nemt at tanke og lade på tværs af Øresund.

3) Identificere incitamenter, som kan fremme udbredelsen af el-biler

Projektet vil udarbejde en analyse af statslige, regionale og kommunale incitamenter, der stimulerer eller hindrer udbredelse af elbiler. Analysen vil også identificere nye incitamenter, der kan fremme udbredelse af elbiler.

4) Gennemføre oplysningskampagner

Projektet vil gennemføre en række kampagner og en udstilling, der bl.a. skal oplyse om elbilers miljømæssige og økonomiske gevinster. Kampagnerne vil være rettet mod bl.a. større virksomheder, bilpendlere og offentlige institutioner.

5) Afholde et årligt elbilløb

Projektet vil gennemføre et årligt elbilløb for at skabe bred folkelig opmærksomhed om elbiler. Kendte personer inviteres til at deltage, tilskuere kan prøvekøre elbilerne og der vil foregå forskellige aktiviteter, der sætter fokus på klima.

6) Sikre politisk forankring via et borgmestertopmøde

Projektet vil arrangere et politisk topmøde for bl.a. at opnå tilslutning til en fælles strategi for ladeinfrastrukturen i Øresundsregionen samt en fælles erklæring om, hvilke incitamenter borgmestre og regionsformænd vil gennemføre.

Deltagere og økonomi

De seks officielle og medfinansierende partnere i projektet er Københavns Kommune (leadpartner), Malmø Stad, Helsingborg Stad, Region Skåne, Region Hovedstaden og Öresundskraft AB.

De syv supportive partners er E.ON Sverige AB (svensk energiselskab), Better Place Danmark A/S (leverandør af elbilnetværk og services), Dansk Elbil Alliance (brancheforening), Center for Grøn Transport (Trafikstyrelsen), Gate 21 (forening, der gennemfører klimaprojekter), Move About ApS (udlejer eldelebiler) samt Trafikverket Syd (svensk styrelse).

Projektets samlede budget er på i alt 13.920.000 kr. over tre år, hvoraf Interreg-programmet finansierer halvdelen. Der er lagt op til, at Region Hovedstaden bidrager med 1.125.000 kr. Til sammenligning bidrager Region Skåne med 975.000 kr.

Vurdering

Projektet ligger i forlængelse af både RUP og ØRUS. RUP'en peger på behovet for at satse målrettet på at mindske luftforurening, fremme en mere miljøvenlig bilpark samt styrke integration af den trafikale infrastruktur i Øresundsregionen.

Projektet kan desuden bidrage til at realisere ØRUS' vision om, at Øresundsregionen skal være den mest klimasmarte region i 2020 ved at være førende indenfor klimavenlige transportformer.

Desuden anbefaler den netop offentliggjorte rapport fra regeringens Klimakommission, at der udarbejdes en samlet plan for at udbygge infrastrukturen til opladning af elbiler. Dette Interreg-projekt kan ses som et led i at formulere sådan en plan.

Det er en styrke ved projektet, at det lægger vægt på at inddrage en lang række interessenter undervejs i projektforsløbet via workshops og seminarer. Derved sikres en bred inddragelse og forankring. Endelig er projektet et godt eksempel på, hvordan man på klima- og energiområdet kan formulere en Øresundsregional aktivitet. Der er brug for sådan et godt eksempel, eftersom der kun er få Øresundsregionale aktiviteter på dette område.

Projektet understøtter såvel RUP'en som ØRUS og kan derfor støttes af Region Hovedstaden. Da fristen for ansøgninger til Interreg Øresund i denne omgang var den 1. oktober 2010, har administrationen tilkendegivet overfor Københavns Kommune og Interreg-sekretariatet, at Region Hovedstaden kan støtte projektet med forbehold for godkendelse i regionsrådet.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Region Hovedstaden medfinansierer projektet med i alt 1.125.000 over 3 år via Koncern Regional Udviklings budget for Øvrig regional udvikling.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Interreg-ansøgning "E-mission i Øresundsregionen" kan rekvireres hos Koncern Regional Udvikling (FU)

Sagsnr.: 09001399

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 12

SAG NR. 11

HØRING AF VÆKSTFORUM HOVEDSTADENS FORSLAG TIL ERHVERVSUDVIKLINGSSTRATEGI FOR HOVEDSTADSREGIONEN 2011 - 2013

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. **at** regionsrådet bakker op om forslag til erhvervsudviklingsstrategi for hovedstadsregionen 2011-2013 som et ambitiøst og stærkt fundament for at udvikle hovedstadsregionen, og
 2. **at** regionsrådet gerne vil indgå i et aktivt samspil om den konkrete udmøntning inden for Regionens opgaveområder.
-

RESUME

Vækstforum Hovedstaden har udarbejdet forslag til erhvervsudviklingsstrategi for Hovedstadsregionen 2011-2013: "Hovedstaden – Nordeuropas grønne, innovative vækstmotor" og et idékatalog med 21 eksempler på initiativer til udmøntning af strategien. Strategi og idékatalog er sendt i høring i regionsrådet samt hos en bred kreds af lokale, regionale og nationale parter inden for erhvervsfremme og regional udvikling. Strategien lægger op til en fokuseret og markant indsats, der samler en bred kreds af parter på erhvervsfremmeområdet. Erhvervsudviklingsstrategien inklusiv en handlingsplan forventes endeligt godkendt på Vækstforums møde den 9. december 2010.

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

De regionale vækstfora har jf. erhvervsfremmeloven tre hovedopgaver:

1. Udvikling af en regional erhvervsudviklingsstrategi,
2. Overvågning af de regionale og lokale vækstvilkår, og
3. Indstilling til regionsrådet (regionale erhvervsfremmemidler) og Erhvervs- og Byggestyrelsen (EU's strukturfonde) om medfinansiering af projekter og initiativer.

Vækstforum Hovedstadens erhvervsudviklingsstrategi for Hovedstadsregionen 2011-2013 inklusiv en handlingsplan for udmøntning af strategien udgør grundlaget for Vækstforums virke inden for de tre opgaveområder i de kommende tre år.

Strategien følger op på det tidligere vækstforums arbejde og bygger videre på de 65 projekter med et samlet budget på ca. 1,4 mia. kr., som blev sat i søen 2006-2009.

Strategi

Vækstforum Hovedstadens vision for hovedstadsregionen år 2020 er at:

”Hovedstadsregionen er Nordeuropas mest globale og konkurrencedygtige metropol, hvor mennesker og virksomheder i innovative partnerskaber omsætter viden, velfærd og bæredygtighed til vækst”.

For at virkeliggøre visionen har Vækstforum Hovedstaden udarbejdet erhvervsudviklingsstrategien ”Hovedstaden – Nordeuropas grønne, innovative vækstmotor” og et idékatalog med 21 eksempler på initiativer til udmøntning af strategien.

Vigtige pejlemærker for Vækstforum Hovedstadens strategiudvikling har været forskellige analyser, som dels har taget temperaturen på hovedstadsregionens hidtidige udvikling og resultater, dels har undersøgt de kommende års globale udfordringer og muligheder. Samlet viser analyserne, at hovedstadsregionens udvikling ikke er på samme niveau som andre metropolregioners udvikling.

I analysen ’Territorial Review Copenhagen’ fra 2009, hvor hovedstadsregionen sættes under lup og sammenlignes med andre metropoler, koger OECD de mange årsager til de middelmådige resultater ned til fire afgørende udfordringer:

1. Mangel på kvalificeret arbejdskraft,
2. Middelmådig innovationsevne,
3. Haltende attraktionsværdi og
4. Manglende politisk handlekraft og koordinering af strategier.

Den nye strategi lægger op til en øget fokusering og prioritering af en erhvervsfremmeindsats, hvor alle parter, der har indflydelse i regional erhvervsudvikling bringes i spil. Samtidig vil strategien styrke hovedstadsregionens profil som international metropolregion blandt andet ved at sikre, at mulighederne i Øresundsforbindelsen og den kommende Femern Bælt-forbindelse udnyttes. Øget offentlig-privat samarbejde om sundhed, velfærd og miljø med Region Hovedstaden som en af de centrale aktører er også højt prioriteret.

Indsatsområder:

Vækstforum har identificeret seks indsatsområder, som vurderes at spille en særlig vigtig rolle i forhold til at adressere de centrale udfordringer og styrke erhvervsudvikling og økonomisk vækst i hovedstadsregionen.

1. Ny velfærdsteknologi som en god forretning,
2. En attraktiv metropol med gode forbindelser,
3. Innovation og Forskning – vidensregionens base,
4. Talent og kompetencer i verdensklasse,
5. Erhvervsklynger – stærke niches i global konkurrence og
6. Vækstiværksættere med en international tilgang.

Idékatalog

Som en del af arbejdet med en ny erhvervsudviklingsstrategi er der i første omgang udarbejdet et idékatalog med 21 mulige initiativer, der eksemplificerer, hvordan de enkelte indsatsområder kan udmøntes. I løbet af høringsperioden bearbejdes idekataloget til en egentlig handlingsplan med forslag til konkrete initiativer i dialog med eksterne parter. De 21 initiativer er udvalgt blandt over 40 forslag til initiativer fra eksterne parter, fordi de vurderes i særlig grad at opfylde følgende kriterier:

- Styrkelse af strategiens overordnede målsætning om at øge vækst og beskæftigelse,
- Relevans i forhold til vision og regionale udfordringer,
- Overensstemmelse med mere end ét af strategiens indsatsområder,
- Markante forslag i både omfang og indhold,
- Brede partnerskaber,
- Tværgående hensyn om grønne løsninger og bæredygtighed.

Effektmåling og overvågning

For at sikre en prioriteret og målrettet indsats med størst mulig effekt på vækst og beskæftigelse er der i strategien opstillet foreløbige mål inden for hvert indsatsområde. Målene udgør pejlemærker for realiseringen af Vækstforums vision. Derudover skal de initiativer, som Vækstforum sætter i gang, dokumentere effekt på den regionale udvikling – og dermed på en række af de mål, som er opsat inden for de indsatsområder, initiativet vedrører. Vækstforum vil yderligere vurdere effekter af den samlede projektportefølje – på tværs af strategiens indsatsområder og vidt forskellige typer projekter med henblik på løbende opfølgning og eventuel justering af indsatsen.

Høring

Vækstforum har sendt erhvervsudviklingsstrategi og idékatalog i høring hos en bred kreds af lokale, regionale og nationale erhvervsfremmeaktører med høringsfrist den 22. november 2010. Der vil i løbet af høringsperioden blive udarbejdet en egentlig handlingsplan med forslag til konkrete initiativer. Endelig erhvervsudviklingsstrategi og handlingsplan forventes godkendt på Vækstforums møde den 9. december 2010.

Vurdering

Sammen med erhvervsliv, kommuner og universiteter i regionen har Region Hovedstaden i kraft af sine opgaver en central placering i udmøntningen af strategien. Omdrejningspunktet for flere af strategiens indsatsområder er således det så-

kaldte triple-helix samarbejde mellem erhvervsliv, offentlige myndigheder og universiteter. Især er regionens hospitaler i kraft af patientbehandling, forskning og udvikling attraktive samarbejdspartnere i udvikling af nye bæredygtige, innovative produkter og løsninger. Regionens udvikling af nye supersygehuse udgør også et vigtigt potentiale for offentlig-privat innovation og erhvervsudvikling.

Strategien er i god overensstemmelse med Region Hovedstadens øvrige strategier og indsatser inden for regional udvikling: Eksempelvis den regionale udviklingsplan, regionens forskningspolitik, målsætningerne for den kommende klimastrategi samt Vækstforums partnerskabsaftale med regeringen.

Samlet vurderes det, at erhvervsudviklingsstrategien udgør et ambitiøst og stærkt fundament for at udvikle hovedstadsregionen til en af Nordeuropas mest globale og konkurrencedygtige metropoler.

Det er positivt, at strategien sikrer, at det fulde potentiale i de kommende massive investeringer i supersygehuse i regionen udnyttes til gavn for vækst og bæredygtig erhvervsudvikling i hovedstadsregionen. Tilsvarende vil nye innovative, produkter, metoder og processer bidrage til udvikling af fremtidssikrede supersygehuse af høj international kvalitet. For at sikre sammenhæng og koordinering med regionens øvrige planer og strategier vil regionen udarbejde en tværgående proces- og udmøntningsplan, der beskriver regionens muligheder og konkrete rolle i de forskellige initiativer.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Udmøntning af strategiens handlingsplan medfinansieres inden for rammen af Region Hovedstadens regionale erhvervsudviklingsmidler og EU's strukturfonde. For så vidt angår regionens deltagelse i konkrete initiativer kan Region Hovedstaden i samarbejde med andre parter søge om medfinansiering under forudsætning af, at initiativerne er forankret i brede partnerskaber og har et klart innovativt, erhvervspolitisk sigte.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Supplerende foreslår forretningsudvalget

at Vækstforum Hovedstaden anvender ordet ”klimasmart”,

at der i høringssvaret henvises til regionens udtalelse vedr. IBU-rapporten af 21. september 2010.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Det oplystes, at forretningsudvalgets referat var mangelfuldt, idet også ”**at** Vækstforum foreslås at være mere konkret i sine målformuleringer” indgår i forretningsudvalgets supplerende indstilling.

Forretningsudvalgets indstilling tiltrådt.

Regionsrådet tiltrådte endvidere forslag til politisk udtalelse, som er vedhæftet som bilag til protokollen.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. ”Hovedstaden – Nordeuropas grønne, innovative vækstmotor” – Erhvervsudviklingsstrategi for hovedstadsregionen 2011 – 2013 (FU)
2. Idékatalog – Eksempler på initiativer, der understøtter hovedstadsregionens erhvervsudviklingsstrategi (FU)
3. Høringsbrev og liste over høringsparter (FU)

Sagsnr: 10003546

POLITISK UDTALELSE

16. november 2010

Politisk udtalelse vedtaget i regionsrådet den 16. november 2010 i forbindelse med behandlingen af Vækstforum Hovedstadens forslag til erhvervsudviklingsstrategi for Hovedstadsregionen 2011-2013.

Regionsrådet skal opfordre regering og folketing til at skabe markant forbedrede rammebetingelser for vækst og bidrage til, samt koordinere bestræbelserne på at udnytte hovedstadsområdets mange muligheder for at komme til at fungere som et stærkt lokomotiv for hele Danmark, så vi ikke ender som en udkant i Europa.

Danmark har mistet konkurrenceevne, og 180.000 medarbejdere har mistet deres job i den private sektor.

Vækstforums forslag til erhvervsudviklingsstrategi kan bidrage væsentligt til at ændre på den udvikling. Regionsrådet er derfor indstillet på at bidrage til, at målene i strategien forfølges optimalt. Sundhedssektoren er et stærkt kort i dette arbejde og målene bør forfølges kraftigt i strategien.

Forslaget tager fat på regionens store udfordringer i forhold til vækst, beskæftigelse, uddannelse og produktivitet. Sammen med IBU-rapportens anbefalinger for en grøn transportudvikling, der kan sikre Danmark en konkurrencedygtig international lufthavn og de nødvendige bane- og vejlinjer til Oslo, Stockholm og Hamborg, der placerer Hovedstaden som et centrum i Norden. Med denne strategi giver det mening at forfølge visionen om en international metropol. Strategien vil skabe grundlag for tiltrækning af internationale virksomheders placering i regionen og for vidensudveksling på højt niveau gennem en øget erhvervsturisme.

Hovedstadsregionens hospitalsvæsen er på mange områder i verdensklasse og er parat til at udbygge samarbejde med erhvervslivet og forskningsinstitutioner for at udvikle nye produkter og nye metoder til gavn for patienter, borgere og indtjeningsmuligheder.

De store byggerier og renoveringer, der i de kommende tiår vil præge hospitals- og psykiatriområdet, vil give nye muligheder for udvikling af velfærdsteknologi og bæredygtige løsninger. Offentlig-privat samarbejde bør udvikles og benyttes, hvor det er med fordel for begge parter.

Uddannelse og kompetenceudvikling er afgørende i både regionsrådets og Vækstforums indsats for at styrke regionens udvikling i det globale kapløb. Regionens uddannelsespulje og EU's socialfond skal bruges målrettet i de kommende år. Kommuner, uddannelses- og forskningsinstitutionerne skal sammen med både offentlige og private virksomheder finde nye veje, så uddannelseskædens huller fyldes ud, og arbejdsstyrkens uddannelsesbaggrund styrkes og internationaliseres.

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 13

SAG NR. 12

ETABLERING OG INDRETNING AF DIALYSESATELLIT VED HVIDOVRE HOSPITAL

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at regionsrådet godkender, at der meddeles investeringsbevilling på samlet 30,3 mio. kr. til etablering af en dialysesatellit ved Hvidovre Hospital, og
 2. at udgiften på 30,3 mio. kr., der forventes afholdt med 2 mio. kr. i 2010 og 28,3 mio. kr. i 2011, disponeres af afsatte midler til sagen i budget 2010 og 2011.
-

RESUME

Gennem de sidste ca. 10 år er der på landsplan sket en fordobling af patienter i behandling inden for dialyseområdet. Væksten i antallet af patienter skyldes blandt andet, at flere ældre patienter og flere patienter med alvorlige kroniske sygdomme med svigtende nyrefunktion får tilbudt dialyse med henblik på rensning af blodet for affaldsstoffer.

Det øgede antal patienter har medført et øget pres på dialysecentrene tilknyttet Hillerød Hospital, Herlev Hospital og Rigshospitalet, og der er i budget 2010 forudsat, at der påbegyndes etablering af en dialysesatellit i Planlægningsområde Syd på Hvidovre Hospital i 2010. Patienterne i Planlægningsområde Syd varetages i dag af Herlev Hospital og Rigshospitalet.

Med sagen lægges op til beslutning om investeringsbevilling på i alt 30,3 mio. kr. til etablering og indretning af en dialysesatellit på Hvidovre Hospital.

Den samlede investeringsudgift i sagen er opgjort til 30,3 mio. kr., fordelt med 2 mio. kr. i 2010, samt 28,3 mio. kr. i 2011. Til sagen er på investeringsbudgettet afsat 15,0 mio. kr. i 2010 og 15,3 mio. kr. i 2011. Forskydning af rådighedsbeløbet i 2010 til 2011 afklares i forbindelse med årsafslutningen for 2010 og 1. økonomirapport 2011.

Dialysesatellitten forventes ibrugtaget primo 2012.

SAGSFREMSTILLING

Gennem de sidste ca. 10 år er der på landsplan sket en fordobling af patienter i behandling indenfor dialyseområdet. Væksten i antallet af patienter skyldes blandt andet at flere ældre patienter og flere patienter med alvorlige kroniske sygdomme får tilbudt dialyse.

Det øgede antal patienter har medført et øget pres på dialysecentrene i regionen, og i Hospitalsplanen fra 2007 er forudsat, at der etableres en dialysesatellit ved Hvidovre Hospital i tilknytning til Rigshospitalets nefrologiske afdeling.

I Region Hovedstaden findes der pt. tre nefrologiske afdelinger på hhv. Hillerød Hospital, Herlev Hospital og Rigshospitalet, samt dialysesatellitter ved Frederiksberg Hospital og Bornholms Hospital, der er tilknyttet Rigshospitalets nefrologiske afdeling.

For Planlægningsområde Syd gælder det, at patienter i dialyse i dag behandles ved enten Herlev Hospital og Rigshospitalet efter et bopælskriterie i forhold til planlægningsområdets kommuner.

Administrationen har på baggrund af det senest kendte datagrundlag analyseret kapacitetsbehovet i regionen. På baggrund af analysen er der kortlagt en presset kapacitetssituation i øjeblikket, og at der vil mangle kapacitet i regionen samlet set svarende til ca. 18 dialysestationer i år 2015.

Hvis kapaciteten som tidligere planlagt udbygges ved en placering på Hvidovre Hospital, vil det være muligt at tilgodese udbygningsbehovet i Syd og i øvrige planlægningsområder ved en omlægning, hvor

- En del af patienterne fra Planlægningsområde Syd på Herlev Hospital i stedet betjenes af satellitten på Hvidovre,
- En del af den frigjorte kapacitet på Herlev Hospital udnyttes til hjemtagelse af den del af Furesø, Egedal og Rudersdal Kommuner, der i dag betjenes af Hillerød Hospital, med henblik på aflastning af dialysefunktionen på Hillerød Hospital,
- En anden del af den frigjorte kapacitet på Herlev Hospital anvendes til at tilgodese udbygningsbehovet for planlægningsområde Midt,
- Satellit-funktionen på Hvidovre Hospital i øvrigt udnyttes til patienter fra Planlægningsområde Syd, der i dag visiteres til Rigshospitalet, hvilket giver plads til udbygningsbehovet i Byen.

Etablering og indretning af en dialysesatellit ved Hvidovre Hospital indbefatter dermed etablering af en dialysefunktion med i alt 18 dialysestationer i et areal på ca. 700 m² med tilhørende vente-/ modtagelsesarealer, personalevendte funktioner (skyllerum, medicinrum mm.) samt øvrige funktioner.

Indretningen vil tilgodese patientbehandlingen og opholdet for patientgruppen, der opholder sig i afdelingen mange timer om ugen. Derudover tilgodeses endvidere patientsikkerhed, øget kvalitet, godt arbejdsmiljø og bedre ressourceanvendelse, og der lægges vægt på at skabe en fremtidssikret dialysesatellit baseret på en effektiv og fleksibel indretning og struktur.

Satellitten skal betjene patienter i dialyse, hvor behandlingsbehovet er afklaret. Der forventes ingen akutte patienter og ingen øvrig ambulant virksomhed ved funktionen.

Med indretning af dialysefunktionen i ambulatorieetagen i den nordlige ende mellem center 2 og center 3 behøves en genhusning af forskellige ambulatorier mm., der flyttes til andre områder af hospitalet.

Omkostninger til etablering og indretning af dialysesatellitten kan opgøres til samlet set 30,3 mio. kr. fordelt på følgende hovedposter, jf. nedenstående tabel:

Beskrivelse	Mio. kr.
Projektering og tilsyn mm.	2,0
Genhusning af afdelinger i fm. tilvejebringelse af areal	1,2
Bygningsmæssige arbejder	6,2
Tekniske arbejder	5,3
Medicoteknisk udstyr, IT mm.	9,2
Inventar	1,8
Byggepladsarbejder mm.	0,6
Uforudsete udgifter	4,0
Samlet pris	30,3

Etablering og indretning af dialysesatellitten forventes afsluttet ultimo 2011 og funktionen forventes ibrugtaget primo 2012.

Da det i Hospitalsplan 2007 og den foreliggende udbygningsplan for Rigshospitalet er forudsat, at Planlægningsområde Syd inden for nefrologien skal betjenes af Rigshospitalet, vil dialysesatellitten på Hvidovre Hospital på sigt ledelsesmæssigt skulle henhøre under Rigshospitalet.

Men da Rigshospitalet har problemer med fysisk at rumme de afledte aktiviteter af en satellitfunktion, forudsættes det, at Herlev Hospital driver dialysesatellitten, indtil et kommende nybyggeri på Rigshospitalet giver den fornødne plads på Rigshospitalet til de aktiviteter, der er afledt af satellitfunktionen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Der søges i denne sag om en investeringsbevilling på samlet set 30,3 mio. kr. til etablering og indretning af en dialysesatellit ved Hvidovre Hospital.

Investeringsudgiften på 30,3 mio. kr. fordeles på 2 mio. kr. i 2010 og 28,3 mio. kr. i 2011.

Der er i budget 2010 afsat 15 mio. kr. og i budget 2011 afsat 15,3 mio. kr. til etablering og indretning af dialysesatellit ved Hvidovre Hospital.

Den samlede investeringsudgift finansieres af de til sagen disponerede midler i 2010 og 2011. Forskydning af rådighedsbeløbet i 2010 til 2011 afklares i forbindelse med årsafslutningen for 2010 og 1. økonomirapport 2011.

Afledte driftsudgifter i forbindelse med etablering af dialysesatellitten ved Hvidovre Hospital søges budgetteret i forbindelse med budgetforslag 2012. Der vil dels være behov for en tilførsel af driftsbudget som led i den generelle patientvækst på området, og dels skal der ske en ressourceflytning fra Hillerød Hospital og Rigshospitalet til Herlev Hospital som led i omlægning af optageområder.

Dialysesatellitten forventes ibrugtaget primo 2012.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Sagsnr: 10007874

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 14

SAG NR. 13

IGANGSÆTTELSE AF FØRSTE ETAPE AF RENOVERING AF TAGE PÅ PSYKIATRISK CENTER GLOSTRUP

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at regionsrådet godkender, at der meddeles en bevilling på 15 mio. kr. til igangsættelse af første etape af et samlet renoveringsprojekt af tage på bygninger på Psykiatrisk Center Glostrup, og
 2. at udgiften, der afholdes med 0,4 mio. kr. i 2010 og 14,6 mio. kr. i 2011, disponeres af den afsatte pulje til renovering på investeringsbudgettet i 2010
-

RESUME

Der lægges med sagen op til igangsættelse af første etape af en samlet renovering af tagene på bygningerne i den nordlige del af hospitalsområdet i Glostrup. Bygningerne anvendes af Region Hovedstadens Psykiatri, bortset fra enkelte funktioner, der vedrører Glostrup Hospital.

Tagene på de berørte bygninger er alle udført i en flad konstruktion med tagpap som belægning. Der foreligger en tilstandsvurdering af tagene, hvor det konstateres, at der generelt er problemer med utætheder og fugtproblemer, og at tagene ikke afvandes tilstrækkelig effektivt.

Det er vurderingen, at der bør gennemføres en total udskiftning af tagbelægning, isolering mv. for en stor del af tagene over en kortere årrække. Den samlede udgift hertil er opgjort til 40 mio. kr.

Der lægges op til, at der træffes beslutning om gennemførelse af de mest presserende arbejder for 15 mio. kr., der vil kunne gennemføres i løbet af 2011.

Med hensyn til de resterende arbejder på 25 mio. kr. vil udgiften hertil blive søgt afsat i forbindelse med investeringsbudgettet for 2012 med henblik på gennemførelse i løbet af en to-årig periode.

Udgiften til den første etape på 15 mio. kr. disponeres af et resterende rådighedsbeløb i puljen til renovering mv. på investeringsbudgettet i 2010 og afholdes med 0,4 mio. kr. i 2010 og 14,6 mio. kr. i 2011. Forskydning af rådighedsbeløbet i

2010 til 2011 afklares i forbindelse med årsafslutningen for 2010 og 1. økonomi-rapport 2011.

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstadens Psykiatri har gennem en årrække haft problemer med tagene på de af Psykiatrisk Center Glostrups bygninger, der ligger på den nordlige del af matriklen, som deles med Glostrup Hospital. Selvom der løbende er foretaget reparationer, er tagene i generel dårlig stand, og vil inden for kort tid skulle udskiftes, hvis der ikke skal ske væsentlig forringelse af tilstanden i tagkonstruktionen.

Tagene på de berørte bygninger er alle udført i en flad konstruktion med tagpap som belægning. Der foreligger en tilstandsvurdering af tagene, hvor det konstateres, at der generelt er problemer med utætheder og fugtproblemer samtidig med, at tagene ikke afvandes tilstrækkelig effektivt.

Undersøgelsen på flere tagflader viste, at der er tale om kraftig nedbrydning med markante revnedannelser over pladesamlinger under tagpapbelægningen, samt i overgangen mellem det isolerede tag og afløbet til tagrender m.v.

Skaderne er kritiske, og der kan trænge vand ned i isoleringen, der udløser råd-/svampeskader på tagbjælker og udhængsbrædder.

På denne baggrund søges store dele af den eksisterende tagbelægning på bygningerne på den nordlige del af matriklen udskiftet over en kortere årrække, idet den totale udgift er opgjort til 40 mio. kr.

Første etape med de mest presserende arbejder igangsættes med denne sag. Første etape udgør 15 mio. kr., og der forventes at være udgifter på 0,4 mio. kr. i 2010, mens den resterende udgift på 14,6 mio. kr. forventes afholdt i 2011.

Første etape omfatter bygning 25-32, 60, 64 samt 81-85.

Med igangsættelse af første etape udestår arbejder, som er opgjort til 25 mio. kr., som vil kunne opdeles i underetaper. Det vil være muligt at gennemføre disse arbejder i forlængelse af første etape i løbet af en to-årig periode, og udgiften hertil vil blive søgt afsat i forbindelse med investeringsbudgettet for 2012.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Der søges i denne sag om en investeringsbevilling på 15 mio. kr. til igangsættelse af første etape af en samlet renovering af tagene på bygningerne i den nordlige del af Psykiatrisk Center Glostrup.

Udgiften disponeres af et resterende rådighedsbeløb i puljen til renovering mv. på investeringsbudgettet i 2010 og afholdes med 0,4 mio. kr. i 2010 og 14,6 mio. kr. i 2011. Forskydning af rådighedsbeløbet i 2010 til 2011 afklares i forbindelse med årsafslutningen for 2010 og 1. økonomirapport 2011.

Med igangsættelse af første etape på 15 mio. kr. af det samlede renoveringsprojekt på 40 mio. kr. udestår arbejder for 25 mio. kr., der søges afsat i investeringsbudgettet i forbindelse med budgetforslaget for 2012-2016.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Sagsnr: 10007963

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 17

SAG NR. 14**UDVIDELSE AF DET SOCIALPSYKIATRISKE BOTILBUD LUNDEN**

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. **at** regionsrådet godkender, at der meddeles en investeringsbevilling på i alt 33,5 mio. kr. fordelt med 0,8 mio. kr. i 2010, 15,9 mio. kr. i 2011, 8,4 mio. kr. i 2012 og 8,4 mio. kr. i 2013 ved byggeomkostningsindeks 120, ekskl. moms, til nybyggeri af 12 boliger, fælleshus og administrationslokaler på det socialpsykiatriske botilbud Lunden,
 2. **at** udgiften finansieres af socialpsykiatriens investeringsramme for 2010-2013, og
 3. **at** der overføres 7,5 mio. kr. fra socialpsykiatriens investeringsramme i 2010 til 2011.
-

RESUME

Der har siden 2007 været venteliste til boliger på Orion og Lunden. En analyse af den nuværende venteliste viser en fortsat efterspørgsel efter § 108 boliger til personer med svær sindslidelse kombineret med svære adfærdsproblemer.

I rammeaftale 2009 foreslog Region Hovedstadens Psykiatri derfor at igangsætte et projekt med udvidelse af Lunden med 12 botilbudspladser og 20 dagpladser. Der er på dette grundlag udarbejdet et dispositionsforslag i foråret 2010. Det fremgår af rammeaftalen for 2011, at Lunden i 2013 udvides med 12 botilbudspladser og 20 dagtilbudspladser.

Brøndby Kommune har den 18. august 2010 vedtaget en lokalplan, der betyder, at der kan ske en udvidelse af Lunden med de 12 nye boliger og fælleshus.

Investeringen foreslås afholdt af socialpsykiatriens investeringsramme for 2010-2013 med i alt 33,5 mio. kr.

Af investeringsrammen for 2010 er afsat 8,3 mio. kr. til udvidelsen af Lunden. Forbruget i 2010 forventes at ville udgøre 0,8 mio. kr. Region Hovedstadens Psykiatri anmoder derfor om, at budgettet for investeringsrammen i 2010 bliver nedsat med 7,5 mio. kr., med en tilsvarende tillægsbevilling i 2011.

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstadens Psykiatri foreslår, at der sker en udvidelse på botilbudet Lunden med 12 boliger, fælleshus for beboerne samt administrationslokaler. Intentionen er at få etableret og videreudviklet et højt specialiseret bo- og dagtilbud til den nuværende målgruppe, der er personer med en svær sindslidelse kombineret med svære adfærdsproblemer. Adfærdsproblemerne viser sig blandt andet ved aggressivitet, misbrug og kriminalitet. Samtidig foreslås der etableret 20 dagtilbudspladser knyttet til fælleshuset.

Nybygning og ombygning af eksisterende bygning

Regionsrådet tiltrådte den 17. august 2010, at Boligerne Brøndbyøstervej pr. 1. januar 2011 skulle overgå til Brøndby Kommune. Boligerne Brøndbyøstervej ligger på samme grund som det socialpsykiatrisk botilbud Lunden, som forbliver under regionen. Der er derfor iværksat udmatrikulering af areal til Lunden, som tager højde for den planlagte udbygning af Lunden. Den konkrete afgrænsning mellem de to institutioner er aftalt med Brøndby Kommune.

Brøndby Kommune vedtog den 18. august 2010 Lokalplan 138 for boliger og institutioner ved Brøndbyøstervej samt Kommuneplantillæg nr. 2 til Kommuneplan 2009-2021. Lokalplanen har bl.a. til formål at åbne mulighed for udvidelse af det eksisterende institutionsbyggeri (Lunden) på Brøndbyøstervej 156A med 12 nye institutionsboliger og fælleshus samt ombygning af 4 eksisterende boliger til administration.

Der er i foråret 2010 udarbejdet et dispositionsforslag for udvidelsen. I forslaget indgår en ideskitse for bebyggelsesplan, som vil blive revideret i henhold til den vedtagne lokalplan. Ideskitsen omfatter såvel boliger som aktivitetshuset.

Bebyggelsesplanen for de 12 boliger er opbygget efter princippet rækkehuse, med 3 x 3 sammenhængende boliger, hvoraf en kan benyttes som parbolig eller handicapp bolig. De resterende tre boliger er fritliggende. Lunden vil derfor være et botilbud, som kan tilbyde en bred vifte af boligtyper, og derved være tilpasset til den enkeltes behov. Boligerne indrettes med opholdsrum, som er opdelt i køkken- og stuearealer og igen opdelt med en skillevæg, hvor soveværelse er placeret.

Boligerne har generelt en størrelse på ca. 45 m², og parboligen er 10 m² større med to separate, mindre værelser.

Som en del af Lundens tilbud til beboere, samt til anvendelse som dagtilbud for udefrakommende, etableres der et fælleshus/aktivitetshus, som består af aktivitetslokaler samt cafe. Der har været fokus på aktivitetshusets arkitektur, da aktivitetshuset vil være omdrejningspunktet i botilbudet. I umiddelbar forlængelse af aktivitetshuset indrettes de nødvendige kontorfaciliteter til personale og konsulenter. Forstander og kontorphonale i det eksisterende Lunden har til huse i midlertidige pavilloner, idet der inden for de nuværende fysiske rammer af Lunden ikke er de

nødvendige faciliteter til personalet, hvorfor der i nærværende mødesag er indarbejdet de nødvendige administrative funktioner. Administrationsbygningen vil ligeledes indeholde fællesfaciliteter til beboere, såsom toiletter og et mindre produktionskøkken.

Det samlede tidsforbrug til udvidelsen af institutionen er estimeret til 2½ år, hvoraf 1½ år er afsat til udbud, licitation samt projektering og de øvrige 12 måneder til byggeri og færdiggørelse. Arbejdet påregnes således at være afsluttet i foråret 2013.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Det økonomiske overslag for udvidelsen af Lunden tager udgangspunkt i det i foråret 2010 udarbejdede dispositionsforslag.

Til projektet er der behov for en investeringsbevilling på 33,5 mio. kr. ved byggeomkostningsindeks 120, ekskl. moms. I dette beløb er indeholdt udgifter på 0,2 mio. kr. til indkøb af løst inventar/aktivitetsredskaber til fællesarealerne. Den samlede investering på 33,5 mio. kr. foreslås finansieret af socialpsykiatriens investeringsramme for 2010-2013.

Forløbet af det oprindelige økonomiske overslag for udvidelsen fremgår af nedenstående tabel.

Mio. kr.	Oprindeligt overslag for udvidelsen af Lunden	Korrigeret overslag for udvidelsen af Lunden	Overførsel mellem årene
2010	8,3	0,8	-7,5
2011	8,4	15,9	7,5
2012	8,4	8,4	
2013	8,4	8,4	
I alt	33,5	33,5	0

Grundet tidsforskydninger i forbindelse med projektet foreslår Region Hovedstadens Psykiatri, at socialpsykiatriens investeringsramme i 2010 nedsættes med 7,5 mio. kr. med en tilsvarende tillægsbevilling i 2011.

I henhold til det vedtagne budget for 2011-2014 udgør socialpsykiatriens årlige investeringsramme 12,6 mio. kr. Region Hovedstadens Psykiatri foreslår, at der heraf i perioden 2011-2013 årligt disponeres 8,4 mio. kr. til udvidelsen af Lunden.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Anbefales.

Charlotte Fischer (B), Hans Andersen (V) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Sagsnr: 10007868

Forretningsudvalget den 26. oktober 2010, sag nr. 5

Regionsrådet den 26. oktober 2010, sag nr. 21

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 20

SAG NR. 15

HENVENDELSE FRA REGIONSRÅDSMEDLEM LENE KASPERSEN (C) OM REGIONENS TO HJERTECENTRE

FORMANDENS INDSTILLING

at Lene Kaspersens henvendelse anses for besvaret ved nedenstående redegørelse.

Sagen blev forelagt på regionsrådets møde den 26. oktober 2010. Regionsrådet tiltrådte, at der redegøres for de stillede spørgsmål på regionsrådets møde i november. Redegørelse fremgår af sagsfremstillingen.

Lene Kaspersen har ved mail af 4. november 2010 stillet supplerende spørgsmål til sagen. Supplerende redegørelse herom fremgår af sagsfremstillingen.

SAGSFREMSTILLING

Efter den kommunale styrelseslovs § 11 kan ethvert medlem af regionsrådet for dette indbringe ethvert spørgsmål om regionens anliggender samt fremsætte forslag til beslutninger herom.

Lene Kaspersen (C) har anmodet om at få en sag på regionsrådets og forretningsudvalgets dagsorden:

” Fra den dato hvor kirurgerne forsvinder herfra forsvinder også primær PCI (seneste udmelding fra den ledende overlæge på RH) og samtidig forsvinder avancerede behandlingen af hjerterytmeforstyrrelser. Dermed er Gentofte ophørt med at fungere som center, og det er jo i direkte strid med hospitalsplanen 2007 for regionen.

Hvad sker der på Gentofte, jf. Hospitalsplan for 2007 og Sundhedsstyrelsens specialeplan er der 2 hjertecentre, Riget og Gentofte?

Med hensyn til svaret på, hvordan vi erstatter de 12 uddannelsesstillinger indenfor thoraxkirurgien, står det uklart, hvordan diverse hjerteafdelinger skal kunne få eksperter, når uddannelsesstederne har ligget på Rigshospitalet og Gentofte. Har

Sundhedsstyrelsen taget stilling hertil? Af det sidste svar fremgår det, at der skal forhandles, hvor langt er man med dette?

Gentofte Hospitals kardiologiske afdeling har gennem flere år været Danmarks 3. største hjerteafdeling og Skandinaviens 5. største.

Afdelingen er højt specialiseret indenfor de fleste områder af kardiologien og vi dækker således alt indenfor følgende områder

Vedhæfter en liste over, hvad Gentofte producerer og vil gerne, at Regionsrådet får en forklaring på, hvordan Rigshospitalet skal kunne magte den ekstra opgave uden, at der går liv tabt.

Iskæmisk hjertesygdom;

3400 kranspulsårer undersøgelse årligt

16-1700 PCI (ballonudvidelser af kranspulsårer) årligt, heraf ca 750 akutte procedurer hos patienter med blodprop i hjertet.

Afdelingen modtager desuden alle patienter med hjertestop (udenfor hospital) tilhørende optageområdet for akut kranspulsårer undersøgelse og efterfølgende køling.

Der foretages omkring 15-20 alkohol ablationer hos patienter med genetisk hjertesygdom og obstruktion i venstre hjertekammers udløb.

Elektrofysiologi;

250-300 radiofrekvens behandlinger hos patienter med forkammerflimrer

Som eneste hospital i regionen foretages komplekse ablationer epikardielt hos udvalgte patienter med livstruende rytmeforstyrrelser

75-100 elektrofysiologiske procedurer

Omkring 350 ICD implantation (defibrillatorer) samt ca 100 biventrikulære pacemaker funktionsenheder for behandling af avanceret hjertesvigt.

400-450 almindelige pacemakere.

Sengeafsnit;

Stort patient flow med meget kort indlæggelsestid. Højt specialiseret sengeafsnit for patienter med infektion på hjerteklapper eller omkring hjertet

Ambulatorium;

2000 nyhenviste patienter pr år (Her medregnes ikke patienter som er henvist efter indlæggelse i egen afdeling)

6000 ambulante besøgskontroller årligt

75-80 tilt test for udredning af besvimelser

750 arbejdstest for udredning af hjertesygdom

200 hjerte-CT scanninger

200 hjerte-MR scanninger

6500 ultralydsscanninger af hjertet (ekkokardiografi) **Regionens største produktionsenhed med den samlede korteste ventetid og stor tilgang af patienter udenfor regionen pga dette**

900 ultralydsscanninger af hjertet fra spiserøret, **Regionens største produktions-**

enhed med den samlede korteste ventetid

16-1700 ambulante monitoreringer af hjerterytmen, **Regionens største produktionsenhed med den samlede korteste ventetid**

60 oftest akutte procedure hvor livstruende ansamlinger omkring hjertet udtømmes.

Uddannelse;

Afdelingen indgår som en af den fem afdelinger i landet hvor den væsentligste del af hoveduddannelsen i kardiologi foregår (2-3 år). I alt er der 12 samtidige uddannelsesforløb

Konsekvenser ved lukning af thoraxkirurgisk funktion på GEH;

Uddannelsesfunktionen i kardiologi på GEH vil helt bortfalde idet kravene til den specialiserede del af uddannelsesforløb kræver ansættelse ved center med thoraxkirurgisk funktion. Disse forløb vil herefter kun kunne varetages på RH og det vil forringe den samlede uddannelse med en så stor koncentration af uddannelseslæger (over 20) på samme afdeling. For regionen vil det betyde at uddannelsen bliver inferior sammenlignet med vestlige Danmark (3 uddannelsessteder)

Den primære PCI funktion vil ikke kunne bevares på GEH i henhold til Danske retningslinjer og GEH vil dermed ikke længere være højt specialiseret enhed og disse forhold vil samlet set ha en klar negativ indflydelse på afdelingens overlevelse og helt klart yderligere eliminere muligheden for kardiologisk uddannelse på matriklen. Det er samtidig vanskeligt at se hele denne patient population flyttet til RH

Den gængse opfattelse i dag er at radiofrekvens behandling af forkammerflimmer finder sted på afdelinger med thoraxkirurgi og denne funktion vil derfor på sigt også forsvinde fra GEH. Disse patienter kan næppe optages udover de patienter Riget allerede har.

Patienter med infektion på hjerteklapper eller omkring hjertet kan ikke ligge på en afdeling uden direkte tilknytning til thoraxkirurgi, disse patienter kan ha behov for akut operation, og denne funktion vil dermed også forsvinde fra GEH. Der findes imidlertid ikke plads på RH til at absorbere disse patienter, som i yderste konsekvens vil blive spredt for alle vinde over regionens hospitaler. Der er her tale om lange indlæggelsesforløb (4-6 uger) med komplekse problemstillinger. De fleste afdelinger besidder ikke ekspertise til at forestå denne behandling og en direkte konsekvens vil være at behandlingen i regionen forringes sammenlignet med resten af DK

En væsentlig del af tilgangen af patienter til ultralydsfunktionen og den ambulante funktion generelt skyldes dels udredning af patienter til hjertekirurgi eller mistanke om behov for hjertekirurgi ligesom den akutte aktivitet i iskæmi funktionen bidrager til stort patient turnover. Denne funktion vil også blive betydeligt minimeret ved fjernelse af den thoraxkirurgiske funktion da det er oplagt at disse patienter ikke længere vil blive henvist. Man fjerner dermed grundlaget for en højt

specialiseret og effektivt fungerende sektion med de aktuelle planer. Rigshospitalet udfører i dag kun godt 4000 ekkokardiografier årligt og har kun i meget begrænset omfang stået for udredning af patienter til hjertekirurgi. Der findes derfor ikke mulighed eller rammer for at RH overtager denne funktion på højt specialiseret niveau.

Den samlede konsekvens vil være at flere højt specialiserede speciallæger vil miste patienter indenfor deres kompetence områder og i yderste instans ville disse folk naturligvis ved først givne lejlighed søge udfordringer andre steder udenfor regionen. Det vil samlet set forringe den kardiologiske service for regionens borgere med mindre der snarest laves planer for etablering af en samlet kardiologisk funktion som indeholder funktionerne for de 2 aktuelle kardiologiske centerafdelinger. Det er naturligvis også værd at bemærke, at sammenlægningen af den thoraxkirurgiske funktion på kun en matrikel vil reducere det akutte operations potentiale for østdanske patient fra aktuelle 2 operationslejer til kun 1 og dermed meget ringere en det tilsvarende i Vestdanmark (3 akutte lejer). Patienter vil komme til at betale prisen med længere ventetider og generelt dårligere behandlingstilbud og samtidig risikerer regionen at miste højt kvalificeret personale. ”

Redegørelse

Som det fremgår af tidligere svar (sag nr. 15 fra den 17. august 2010) er samlingen af thoraxkirurgien helt i tråd med hospitalsplanen for regionen, hvoraf det fremgår at der skal være én thoraxkirurgisk afdeling i regionen placeret på Rigshospitalet. Det indebærer en sammenlægning af afdelingerne på Rigshospitalet og Gentofte Hospital. Lungekirurgien er fra 1. januar 2009 samlet fysisk på Rigshospitalet, således at den thoraxkirurgiske klinik på Gentofte Hospital fra 1. januar 2009 har fungeret som overvejende planlagt (elektiv) hjertekirurgisk klinik.

Der vil fortsat være højt specialiseret kardiologi på både Rigshospitalet og Gentofte, som forudsat i hospitalsplanen.

Sammenlægningen af thoraxkirurgien vil som beskrevet i redegørelsen til regionsrådet i august især have den konsekvens for kardiologien på Gentofte Hospital, at de primære PCI'er efter sammenlægningen vil skulle varetages på Rigshospitalet.

Primær PCI er en højt specialiseret funktion, som med udgangspunkt i den nationale specialeplan for kardiologi ikke vil kunne varetages på Gentofte Hospital, når thoraxkirurgien flytter fra matriklen. Det vurderes, at det drejer sig om 5-600 procedurer årligt, som vil kunne rummes på Rigshospitalet.

Det omtales i spørgsmålet også, at den avancerede behandling af hjerterytmeforstyrrelser (bl.a. atrieflimren ablationer) vil forsvinde fra Gentofte Hospital. Ablationer generelt er højt specialiseret funktion og kan varetages på både Rigshospitalet og Gentofte Hospital. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens specialeplan, at ablationer eventuelt kan foretages på regionsfunktionsniveau, hvis der indgås samarbejdsaftale med højt specialiseret funktion. Vurderingen er således, at Gentofte

Hospital også fremover vil kunne varetage ablationer. Atrieflimren ablationer specifikt - er p.t. en udviklingsfunktion og varetages i dag på de matrikler, hvor der i øvrigt foretages ablationer.

Det omtales, at indstik med nål for at fjerne væske i hjertesækken (pericardiecentreser) ikke længere vil kunne varetages på Gentofte Hospital. Pericardiecentreser (planlagte og akutte) er i Sundhedsstyrelsens specialeplan en regional funktion. Det fremgår samtidig af specialeplanen, at funktionen afventer revurdering. Efter som kardiologien på Gentofte Hospital varetager en meget betydelig invasiv aktivitet, er det vurderingen, at Gentofte Hospital også fremover vil kunne varetage både akutte og planlagte pericardiecentreser.

Endelig omtales det, at patienter med infektion på hjerteklapper (endocarditis) eller patienter med infektion omkring hjertet ikke kan ligge på en afdeling uden direkte tilknytning til thoraxkirurgi. Mistanke om, diagnostik af - og postoperativ behandling af – eksempelvis endocarditis er regionsfunktion. Verificeret endocarditis eller komplikationer til endocarditis - herunder stillingtagen til operativ behandling - varetages på højt specialiseret niveau i tæt samarbejde med thoraxkirurgi. Dette er også praksis i dag - ligesom det er praksis i dag, at langt hovedparten af endocarditpatienterne fra Gentofte Hospital opereres på Rigshospitalet og derefter tilbageflyttes. På den baggrund vurderes det ikke, at indflytningen af thoraxkirurgien vil give væsentlige ændringer for varetagelsen af eksempelvis endocarditis på Gentofte Hospital.

Hvad angår de uddannelsesmæssige konsekvenser for kardiologien er der under Uddannelsesudvalget for kardiologi i Region Øst nedsat et udvalg med deltagelse fra både Gentofte Hospital og Rigshospitalet. Udvalget vil drøfte behovet for ændringer i uddannelsesforløbene i kardiologi i regionen. Gentofte Hospitals kardiologiske afdeling vil fortsat være en central afdeling i videreuddannelsen af læger i kardiologi. Der vil dog skulle tages stilling til, hvordan det kan sikres, at alle hoveduddannelsesforløb får integreret de (akutte) kompetencer, som kun kan opnås på en afdeling med thoraxkirurgi på matriklen. Der er ikke belæg for, at ændringer i uddannelsesforløbene skulle give de kommende speciallæger ringere kompetencer - eller at uddannelsen (hvis den ændres), bliver ringere i Østdanmark end i Vestdanmark.

Samlet set er det vurderingen at sammenlægningen af thoraxkirurgien ikke vil give et ringere akuttilbud i kardiologi i regionen, ligesom det ikke vurderes at ville få negative konsekvenser for patientsikkerheden.

Supplerende spørgsmål

Lene Kaspersen har ved mail af 4. november 2010 stillet følgende spørgsmål:

”Hvis man samler for mange funktioner på Riget, hvordan sikrer man sig - at patienterne kan få "en secon opinion"?

Hvornår har man opnået en besparelse, der kan modsvare investeringerne på 72 mio. kr. Hvor lægger man besparelserne?

Hvordan vil man kunne uddanne det nødvendige antal speciallæger (thoraxkirurger)?

Under disse omlægninger igen igen - vil patienter dø på ventelister, vi ved alle at flytninger og sammenlægninger kræver ekstra ressourcer. Hvor mange forventer man vil dø?

2.2.10 gjorde jeg Regionsrådet opmærksom på 2 områder, hvor jeg med mine kompetencer kan se, at det ikke udvikler sig optimalt hverken nu eller fremover. Apoplexibehandling, hvor man kun kan blive behandlet, hvis man kan lokke blodproppen til at indfinde sig i normal arbejdstid - det er uacceptabelt, Riget og Glostrup bør i skift kunne køre i døgndrift - med fjernelse af blodpropper i hjernen.

Jeg skal stadig beklage, at der i hospitalsplanen 2007 under fremtidig struktur for kardiokirurgi, står specificeret neurokirurgi i stedet - men tilfældigvis står der så noget om dele af det på side 59 i hospitalsplanen.

Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning anbefaler 2 hjertecentre - det samme gør hospitalsplanen 2007 - hvor der på side 59 står:

"Specialefunktionen varetages uændret på Rigshospitalet og Gentofte Hospital med satellitfunktion på Bispebjerg og Hillerød Hospitaler. Visitation og fastlæggelse af behandlingsregimer for den højt specialiserede kardiologi sker i tæt samarbejde mellem Rigshospitalet og Gentofte Hospital incl. etablering af fælles hjertemedicinsk visitation."

Hvordan hænger det sammen med, at man har antaget 2 hjerteoverlæger på Herlev?"

Supplerende redegørelse

Samlingen af funktioner på Rigshospitalet sker som led i implementeringen af hospitalsplanen og for at sikre høj kvalitet og effektiv drift. Samlingen ændrer ikke ved patientens muligheder for "second opinion".

Investeringerne på 72 mio. kr. vedrører en række ombygninger på Rigshospitalet, hvoraf hjertekirurgien udgør en mindre del. Beløbet er afsat i investeringsbudgettet for 2011, og der skal således ikke foretages særskilte besparelser i den forbindelse, men ombygningerne muliggør på en række områder en samling af funktioner der giver mulighed for en økonomisk mere rationel drift.

Som beskrevet i svar nr. 113 af 16. september 2010 har de uddannelsessøgende læger siden den ledelsesmæssige sammenlægning af de to thoraxkirurgiske afdelinger været ansat på Thoraxkirurgisk Klinik, Rigshospitalet med to forskellige

geografiske tjenestesteder. Der er i specialet en opdeling i hjertekirurgi og den klassiske thoraxkirurgi (lungekirurgi) og lægerne skal opnå kompetencer indenfor begge dele af specialet, hvilket i dag sker ved at begge enheder indgår i deres hoveduddannelsesforløb. Når den fysiske sammenlægning sker, vil lægerne fortsat kunne opnå alle kompetencer i målbeskrivelsen for uddannelse på samme geografiske placering.

Samlingen af funktioner på Rigshospitalet sker som sagt som led i implementeringen af hospitalsplanen og for at sikre høj kvalitet og effektiv drift, - og ikke for at patienterne skal dø på ventelister.

Trombolysebehandling, der skal iværksættes inden for 4½ time efter symptomdebut, varetages døgnet rundt i Region Hovedstaden. Døgnvagten går på skift hver anden dag mellem Bispebjerg hospital og Glostrup Hospital.

Der har i medierne været fokus på behandling af blodprop i hjernen med trombektomi i den akutte fase. Trombektomi foregår – til forskel fra intravenøs trombolysebehandling i fuld bedøvelse og kræver trænede læger, som kan betjene avanceret udstyr (intraarterielle katetre og i en del af tilfældene også stentudstyr). Da teknikken er ny, og man på nuværende tidspunkt ikke er klar over, i hvilket omfang der er alvorlige bivirkninger ved behandlingen, skal behandlingen foretages under kontrollerede forhold.

På møde i Det rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning under Sundhedsstyrelsen den 7. oktober 2010 var der derfor enighed om, at behandlingen fortsat bør være en udviklingsfunktion. Det betyder, at behandlingen skal foregå indenfor kontrollerede rammer ved, at der løbende følges op på resultater og effekt, og at behandlingen sker i henhold til kliniske retningslinjer. Formålet er at sikre, at behandling, som der endnu ikke er nok viden om, ikke spredes, førend den er tilstrækkeligt velafprøvet.

Det er korrekt, at der i trykte udgaver af Hospitalsplan 2007 i bilagsbeskrivelsen af den fremtidig struktur for thoraxkirurgi på s. 127 ved en fejl står et kort afsnit om arbejdsdeling inden for neurokirurgi. Der er imidlertid ikke fejl i beskrivelsen af opgavedelingen i de to specialer i selve planen og fejlen er for længst rettet i den udgave af Hospitalsplan 2007 som ligger på regionens hjemmeside.

Det er korrekt at Hospitalsplan 2007 fastlægger, at specialfunktionerne i kardiologi varetages på Rigshospitalet og Gentofte Hospital med satellitfunktioner på Bispebjerg og Hillerød Hospital. Der er ikke ændret herpå og som tidligere beskrevet vil sammenlægningen af de højt specialiserede funktioner indenfor thoraxkirurgien primært have betydning for de akutte PCI'er, der fremadrettet varetages på Rigshospitalet.

Herlev Hospital afkræfter, at der er ansat 2 hjerteoverlæger (kardiologiske overlæger) på Herlev Hospital.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

26.10.2010: Anbefales.

Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

09.11.2010: Redegørelse med svar på de supplerende spørgsmål var eftersendt.

Anbefales.

Charlotte Fischer (B), Hans Andersen (V) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

26.10.2010: Tiltrådt, således at der redegøres for de stillede spørgsmål på regionsrådets møde i november.

Karin Dubin (A), Peter Kay Mortensen (A) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

16.11.2010: Tiltrådt

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Mail af 18. oktober 2010 fra Lene Kaspersen (C) (FU)
2. Mail af 4. november 2010 fra Lene Kaspersen (C) (FU)
3. Mail af 10. november 2010 fra Lene Kaspersen (C) (RR)

Sagsnr.: 10005833

Forretningsudvalget den 9. november 2010, sag nr. 21

SAG NR. 16

**HENVENDELSE FRA REGIONSRÅDSMEDLEM BENT LARSEN (V) OM
PSYKIATRI**

FORMANDENS INDSTILLING

at Bent Larsens henvendelse anses for besvaret ved nedenstående redegørelse.

SAGSFREMSTILLING

Efter den kommunale styrelseslovs § 11 kan ethvert medlem af regionsrådet for dette indbringe ethvert spørgsmål om regionens anliggender samt fremsætte forslag til beslutninger herom.

Bent Larsen (V) har på vegne af Venstres gruppe anmodet om at få en sag på regionsrådets dagsorden:

”Ifølge Politiken den 28. oktober viser en opgørelse fra Danske regioner, at 69 børn pr. 1. juli 2010 har stået på venteliste i mere end et år for behandling af psykiske sygdomme. Otte af børnene har ventet mere end 2 år og to børn har ventet mere end 3 år. Alle 10 børn kommer fra Region Hovedstaden – det kan vi ganske enkelt ikke være bekendt. Samtidig nævnes i artiklen, at Hejmdal Privathospital på Frederiksberg har ledig kapacitet. Når fristen på 2 måneder er overskredet, har barnet ret til at modtage tilbud om undersøgelse eller behandling på et privathospital.

Venstres gruppe vil gerne foreslå, at disse 10 børn øjeblikkeligt bliver behandlet på Hejmdal Privathospital eller andet privathospital. Samtidig vil vi gerne vide, hvorfor dette ikke er sket for længst samt have oplyst, om børnenes forældre er blevet orienteret om deres rettigheder til frit at vælge, når ventetiden overstiger to måneder. Derudover vil vi gerne have oplyst, hvor mange børn fra Region Hovedstaden, der ud over de 10 har ventet i mere end 2 måneder.”

Redegørelse

Om ventende i Børn og unge-psykiatrien

I forbindelse med besvarelse af Folketingets Sundhedsudvalgs spørgsmål 878 vedr. ventetid i børne- og ungdomspsykiatri fremgik det af svaret fra Region Hovedstaden, at 35 personer pr. 1. juli 2010 havde ventet mere end ét år, herunder 10

i mere end 2 år. Det er disse tal, der efterfølgende er blevet refereret til i flere medier, herunder Politiken den 28. oktober 2010.

Efterfølgende har en detaljeret gennemgang af ventelisterne vist, at disse 35 personer ikke er reelt ventende og således burde være slettet af ventelisteopgørelsen.

Pr. 1. oktober 2010 er opgørelsen valideret og rensset for de personer, som fejlagtigt har figureret på ventelisterne. Det drejer sig om samtlige 35 personer, der havde ventet mere end ét år – herunder også de otte og to personer, der har figureret som havende ventet mere end hhv. to og tre år.

De i alt 35 personer er fejlregistreret af følgende årsager:

Det er dels personer, det ikke har været muligt at komme i kontakt med trods gentagne henvendelser. Dels er der tale om personer, som har fortrudt et tilsagn om behandling, og derfor burde have været afsluttet ifølge gældende procedure, hvorefter en patient, der ikke ønsker at tage imod et givent tilbud om udredning eller behandling, som udgangspunkt afsluttes med tilbud om genhenvielse.

Hertil kommer en enkelt person, som blev afvist af den visiterende overlæge, men ved en fejl ikke efterfølgende er blevet registreret som afvist. Endelig indgår der i de 35 fejlregistreringer en manglende færdigregistrering som følge af skift fra ét registreringssystem til et andet.

Fejlregistreringerne indgår som nævnt i besvarelse af Sundhedsudvalgets spørgsmål vedr. ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien. Af svaret fremgår det imidlertid også, at de 10 personer, der står anført som havende ventet i to eller tre år, ikke betragtes som reelt ventende. Det oplyses, at det ikke har været muligt at etablere kontakt til de pågældende trods flere henvendelser.

Det kan konstateres, at forklaringen vedr. de 10 patienter ikke indgår i ministeriets endelige svar til Sundhedsudvalget, og heller ikke er med i pressens omtale.

Mødesagen er til dokumentation bilagt Region Hovedstadens indmelding til Indenrigs- og Sundhedsministeriet besvarelse af Sundhedsudvalgets spørgsmål 878 vedr. ventetid i børne- og ungdomspsykiatri. Ligeledes er vedlagt ministeriets efterfølgende svar til Folketingets Sundhedsudvalg.

Med hensyn til ventelisteopgørelser fremadrettet skal nævnes, at Region Hovedstadens Psykiatri har iværksat en ny procedure, hvor ventelisterne månedligt valideres for at sikre retvisende ventelisteopgørelser.

Om behandling i privat regi

Med hensyn til muligheder for at henvise ventende børn til udredning og behandling i privat regi, bygger det på udredningsretten for børne- og ungdomspsykiatriske patienter, der trådte i kraft pr. 1. august 2008. Behandlingsretten for børn og

unge trådte i kraft pr. 1. januar 2009. Der er således tale om udvidet frit valg for patienterne.

Siden lovene blev indført, har patienterne haft ret til at blive viderehenvist til behandling på privatklinik, hvis ventetiden på offentlig behandling er mere end to måneder fra henvisningstidspunktet. Dette dog under forudsætning af, at ventetiden på privatklinikken er kortere end i det offentlige og under forudsætning af, at Danske Regioner har indgået aftale med en privatklinik om den relevante behandling.

For såvel psykiatriske som somatiske patienter fastlægger det offentlige hospital omfanget af den behandling, som en patient evt. kan viderehenvises til i privat regi.

Samtlige patienter, som skal vente mere end to måneder på udredning/behandling, tilbydes som fastlagt i bekendtgørelsen en viderehenvielse til behandling på privatklinik. Det sker via standardbreve, der sendes til forældrene hvor patienten er under 15, mens brevene stiles til såvel patient som forældre, når patienten er over 15. I brevene oplyses patienten om den lovfastede ret til viderehenvielse og orienteres om, hvordan processen skal foregå.

Alle patienter, som ifølge ventelisteopgørelserne har ventet mere end to måneder på behandling i Region Hovedstadens Psykiatri, er således blevet tilbudt viderehenvielse til privat behandling. Regionen kan samtidig konstatere, at der er patienter, som ikke har ønsket at benytte sig af den lovfæstede ret til viderehenvielse. Disse patienter står derfor på venteliste til behandling i Region Hovedstadens Psykiatri, selv om de har ventet mere end to måneder.

Informations- og Rådgivningsenheden i Region Hovedstaden varetager alle henvisninger af patienter fra såvel psykiatri som somatik til private behandlingstilbud.

Siden lovens ikrafttrædelse er der henvist i alt 529 børne- og ungdomspsykiatriske patienter i regionen til privat behandling. Alle patienter, der tager imod tilbud om privat behandling, afsluttes i det regionale registreringssystem.

Danske Regioner har indgået aftale med i alt syv private behandlingssklinikker inden for det børne- og ungdomspsykiatriske område. Rammerne for samarbejdet er fastlagt i en aftale mellem parterne.

Privathospitalet Hejmdal er blandt de private behandlingstilbud, som Danske Regioner har indgået aftale med. Hejmdal behandler børn og unge med psykiatriske lidelser og modtager således også patienter, der er henvist af Region Hovedstaden. Naturligvis såfremt patienterne selv ønsker at gøre brug af deres udvidede frie valg til at søge behandling netop på Hejmdal.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at også private behandlingstilbud kan have ventetid. En evt. venteliste kan derfor have indflydelse på, om patienter i Region Hovedstaden vælger at benytte sig af retten til viderehenvielse eller ønsker at forblive i offentligt regi. Således oplyser eksempelvis Hejmdal d. 20. oktober 2010 på venteinfo.dk, at der er 17 ugers ventetid på ambulante undersøgelser af børn med ADHD.

ADHD falder inden for diagnosegruppe DF9, som er den gruppe, hvor der i det hele taget er flest ventende.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Redegørelse med svar på de stillede spørgsmål var eftersendt.

Anbefales.

Charlotte Fischer (B), Hans Andersen (V) og Peer Wille-Jørgensen (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Der var omdelt notat af 15. november 2010 om supplerende spørgsmål fra Bent Larsen (V) til ventetider indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Mail af 30. oktober 2010 fra Bent Larsen (V) (FU)
2. Bidrag fra Region Hovedstadens Psykiatri til besvarelse af SUU alm. del spm. 878 vedr. ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien (FU)
3. Svar fra Sundhedsministeriet til folketingets Sundhedsudvalg til besvarelse af SUU alm. del spm. 878 vedr. ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien (FU)
4. Notat af 15. november 2010 om supplerende spørgsmål fra Bent Larsen (V) til ventetider indenfor børne- og ungdomspsykiatrien (RR)

Sagsnr.: 10005833

Forretningsudvalget den 16. november 2010, sag nr. 1

SAG NR. 17

ETABLERING AF NY LANDSDÆKKENDE 112-MODEL PÅ REGIONERNES VAGTCENTRALER

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at det tages til efterretning, at overtagelsen af 112-opkaldene effektueres pr 1. april 2011,
 2. at der meddeles investeringsbevilling på i alt 10,6 mio. kr.,
 3. at investeringsudgiften i 2010/2011 finansieres af renoveringspuljen i 2010, og
 4. at driftsudgiften i 2011 på 23,1 mio. kr. finansieres ved ikke udmøntede DUT-midler på kvalitetsområdet.
-

RESUME

Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2009 en ny landsdækkende model for håndteringen af 112-opkald, hvor de sundhedsfaglige opkald til Alarmcentralen skulle videregives til håndtering af regionerne i stedet for som hidtil af Alarmcentralen.

En arbejdsgruppe nedsat af Danske Regioner, Rigspolitiet og Alarmcentralen i Storkøbenhavn har i 2010 udarbejdet en fælles anbefaling til en konkret fremtidig løsning. Parterne blev ligeledes enige om, at regionerne skulle overtage den nye opgave pr. 1. april 2011.

Den anbefalede løsning er i overensstemmelse med regionrådets anbefalinger formuleret i planen for den præhospitale indsats og sundhedsberedskab vedtaget i 2008.

Opgaven betyder, at regionen skal kunne håndtere op til 120.000 112-opkald om året, hvilket indebærer, at vagtcentralen på Herlev Hospital skal udvides, der skal etableres ekstra arbejdspladser, og der skal ansættes ekstra personale.

For at kunne være klar til drift fra d. 1. april 2011 er der udarbejdet et projektforslag for bygningsudvidelse og gjort forarbejde til ansættelse af personale.

De forventede anlægsudgifter beløber sig til 10,6 mio. kr. mens de helårige driftsudgifter udgør 21,6 mio. kr.

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsstyrelsen udgav i juli 2009 ”Rapport om sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen”. Rapporten indeholdt en række anbefalinger, herunder at der skulle ske en styrkelse af den sundhedsfaglige kompetence i alarmeringsfasen ved 112-opkald gennem et øget samarbejde mellem alarmcentralerne og regionerne om den sundhedsfaglige opgaveløsning. Rapporten anbefalede en ny fremtidig landsdækkende håndtering af 112-opkald, en såkaldt samarbejdsmodel/overleveringsmodel med overlevering af alle sundhedsfaglige 112-opkald fra alarmcentralerne til regionernes vagtcentraler.

Danske Regioners bestyrelse besluttede i efteråret 2009, at der skulle udarbejdes en udredning af perspektiver for udvikling af fremtidens sammenhængende akutsystem. Danske Regioners bestyrelse godkendte den 17. december 2009 forslaget til et sammenhængende akutsystem. Af forslaget fremgår det, at der skal etableres en akuttelefon for borgerne og at en sundhedsfaglig person skal kobles på 112-samtalen fra starten for at sikre korrekt disponering af de præhospitale ressourcer. Samtidig kan borgeren få sundhedsfaglig rådgivning i den akutte situation, indtil hjælpen er fremme. Der skal være et organisatorisk og fagligt samarbejde mellem akuttelefonen og betjening af sundhedsfaglige henvendelser til 112. Dette kan forstærkes ved at placere vagtcentral, akuttelefonen og den akutte medicinske koordinationsfunktion (AMK) samme sted.

I januar 2010 blev der nedsat en styregruppe bestående af repræsentanter for Danske Regioner, Rigspolitiet og Alarmcentralen i Storkøbenhavn (Københavns Brandvæsen ved Københavns Kommune) med henblik på at udforme en konkret aftale om den fremtidige håndtering af sundhedsfaglige 112-opkald. I regi heraf blev der nedsat en arbejdsgruppe, som skulle komme med anbefalinger til en konkret, praktisk og teknisk sikker løsning for gennemførelse af en samarbejdsmodel med overlevering af opkald. Arbejdet blev afsluttet med en fælles anbefaling til fremtidig løsning. Styregruppen drøftede på denne baggrund den foreslåede fremtidige model, som blev tiltrådt af alle danske regioner.

Efter fælles aftale mellem Rigspolitiet, Københavns Brandvæsens alarmcentral i Storkøbenhavn og Danske Regioner udsendte Danske Regioner den 6. oktober 2010 en pressemeddelelse om den indgåede aftale. Ifølge aftalen skal regionerne overtage opgaven pr. 1. april 2011. Danske Regioner, Rigspolitiet og Alarmcentralen i Storkøbenhavn har ifølge det oplyste ikke aftalt overdragelse af økonomi i forbindelse med flytning af opgaven.

Det af regeringen nedsatte præhospitale akutudvalg, der skal komme med anbefalinger for den fremtidige akutindsats har ligeledes behandlet problemstillingen med sundhedsfaglige 112-opkald og støtter aftalen og den fremtidige løsning for styrkelse af de sundhedsfaglige opkald i alarmeringsfasen ved overdragelse af samtalen til regionernes vagtcentraler.

En ny løsning med vægt på sundhedsfaglig kvalitet

Den fremtidige model indebærer, at 112-operatøren kobler den relevante regionale vagtcentralers sundhedsfaglige personale ind på samtalen via en konferencetelefon, så snart opkaldet er stedfæstet og identificeret som et opkald vedrørende sygdom eller tilskadekomst. Det er herefter alene den regionale vagtcentral, der foretager den sundhedsfaglige vurdering og disponering. Dermed er det vagtcentralen som beslutter, hvilken hjælp der er behov for, hastegraden, effektuerer hjælpen, rådgiver over telefonen og etablerer evt. kontakt til anden relevant hjælp.

Den fremtidige løsning indebærer, at alle 112-opkald uændret modtages på de nuværende 112-alarmcentraler hos hhv. politiet og alarmcentralen i Storkøbenhavn (Københavns Brandvæsen). Alarmcentralen skal uændret stedfæste opkaldet og tage stilling til om opkaldet vedrører en sundhedsfaglig problemstilling, en politiopgave, en brand- og redningsopgave eller en kombination af disse. Afhængig af opgaven, viderestilles opkaldet til den/de relevante myndighed(er), dvs. sygdom og tilskadekomst til regionens vagtcentral, politiopgaver til politiets lokale vagtcentral og brand- og redningsopgaver til det kommunale brand- og redningsberedskabs vagtcentraler. Det nye i arbejdsfordelingen er, at sundhedsfaglige opgaver ikke længere skal håndteres af politiet/Københavns Brandvæsen, men skal overdrages til regionerne. Udspørgen af borgeren og rådgivning sker via en sundhedsfaglig person ved brug af et fælles elektronisk værktøj til beslutningsstøtte, samtidig med at der foretages en teknisk disponering af den relevante hjælp (ambulance, akutmobil, akutmobilhelikopter).

Udvidelse af regionens vagtcentral, personale og tidsplan

Datoen for en samlet overdragelse af opgaven til regionerne er fastsat til den 1. april 2011. Politiet har ønsket en fælles dato af hensyn til ændringer i deres tekniske set-up, og fordi der i politiets system er en del såkaldte overløb, hvor 112-opkald fra en del af landet viderestilles til en alarmcentral i en anden del af landet.

For Region Hovedstaden betyder dette, at den nuværende vagtcentral på Herlev Hospital skal udvides til mere end det dobbelte, at antallet af arbejdsstationer med tilhørende IT-løsninger skal udvides, og at der skal ansættes sundhedsfagligt personale svarende til 37 årsværk samt en lægelig ansvarlig. Det sundhedsfaglige personale skal gennemføre en 6 ugers uddannelse og oplæring med henblik på varetagelse af opgaven inden 1. april. De nuværende tekniske disponenter på regionens vagtcentral skal uændret varetage den samtidig tekniske disponering og tilhørende logistikopgaver i forbindelse med alle udrykninger og kørsler. Der er i øjeblikket kun ansat enkelte sundhedsfaglige personer på vagtcentralen som i dagtid primært servicere interne forespørgsler. Disse har i udvalgte situationer, når tiden har tilladt det, foretaget tilbageringning til borgere, der har ringet 112.

Ca. 80 % af alle relevante 112-opkald er sundhedsfaglige opkald vedrørende sygdom og tilskadekomst. I Region Hovedstaden forventes det, at 100.000-120.000 opkald årligt skal modtages på regionens vagtcentral. Det er skønnet af arbejdsgruppen, at der kræves 1 årsværk per 2500 indgående opkald ud fra de hidtidige erfaringer fra politiet. Dette svarer til 40-48 årsværk i Region Hovedstaden. I Re-

gion Hovedstaden er det på baggrund af analyse af det første års data vedr. 112-opgaver skønnet, at opgaven kan håndteres af 37 årsværk med mindst samme kvalitet, som forventet i de øvrige regioner. Det mindre personaleforbrug fremkommer som følge af stordriftsfordel samtidig med, at der kan leveres en højere grad af sundhedsfaglig rådgivning og dermed tidsforbrug ved de enkelte opkald.

På landsplan er der allerede udarbejdet et fælles elektronisk beslutningsstøtteværktøj og der er planlagt en fælles landsdækkende uddannelse for vagtcentralernes sundhedsfaglige personale.

Der foreligger på nuværende tidspunkt konkrete byggeplansprojekter for udvidelsen på Herlev Hospital inklusiv IT-udvidelsen, og der er gjort forberedelse til ansættelse af personale til oplæring fra januar og februar under forudsætning af en godkendelse fra regionsrådet til iværksættelse af projektet. Ved iværksættelse af ansættelsesprocedure i november vil det være muligt både at gennemføre de bygningsmæssige tilpasninger og at gennemføre ansættelse, uddannelse og oplæring til driftsstart d. 1. april 2011.

Regionsrådets tidligere anbefaling på området

Den nye landsdækkende løsning er i fuld overensstemmelse med regionens Plan for præhospital indsats og sundhedsberedskab fra 2008. I denne plan anbefales følgende i forhold til alarmcentralerne:

- at der på landsplan arbejdes for, at alarmcentralens sundhedsfaglige opgaver i fremtiden overgår til og varetages af regionerne. Alternativt at sundhedsfaglige 112-kald, der modtages af andre myndigheder, direkte viderestilles til regionens vagtcentral,
- at borgerne i Region Hovedstaden betjenes af en fælles alarmcentral, hvor den sundhedsfaglige opgaveløsning ledes og tilrettelægges af regionen,
- at der ved 112-opkald skal gives telefonisk rådgivning og hjælp til borgeren, og i relevante tilfælde skal borgeren viderestilles til anden relevant sundhedsfaglig rådgivning eller hjælp,
- at korrekt opgaveløsning og dokumentation sikres ved en elektronisk disponeringsvejledning som i de øvrige skandinaviske lande,
- at sundhedsfaglig opgaveløsning koordineres mellem alarmcentral og vagtcentral og at akutte sundhedsfaglige henvendelser fra borgerne samles i en fælles fysisk og organisatorisk enhed der omfatter 112-opkald, vagtcentralopgaver og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) og samarbejdende med lægevagten.”

Sundhedsfaglig kvalitet, bedre borgerservice og perspektiver

Ved at regionen direkte overtager og håndterer sundhedsfaglige 112-opkald vil der ske en tidlig sundhedsfaglig behandling af 112-opkaldet, og dermed være bedre forudsætninger for relevant at vurdere borgerens akutte behov, at sende den relevante hjælp første gang og at give sundhedsfaglig vejledning. Dermed skabes forudsætninger for mere sammenhængende patientforløb i det akutte forløb og i komplicerede tilfælde. Samtidig vil der være mulighed for, at det sundhedsfaglige

personale på regionens vagtcentral kan hjælpe borgeren og henvise til anden relevant hjælp, fx til lægevagt, egen læge eller til en skadestue/akutmodtagelse. Det forventes, at en fremtidig tidlig sundhedsfaglig vurdering af behov for hjælp vil medføre en mere hensigtsmæssig anvendelse af de akutte ressourcer, herunder ambulanceberedskabet.

Med udvidelsen af regionens vagtcentral samles væsentlig erfaring og kompetence om akutte patientforløb, både fra 112-opkald og fra hospitalerne,. Der vil samtidig skabes forudsætninger for på sigt at sikre en bedre sammenhæng i form af samarbejde eller evt. sammenlægning med andre akutte rådgivningsfunktioner i regionen som fx den telefoniske lægevagt, giftlinjen og regionens sundhedsberedskab i form af AMK, som allerede anbefalet – både i regionens egen plan og i det nye oplæg fra Danske Regioner.

Fremover vil borgerne ved 112-opkald til de regionale vagtcentralers sundhedsfaglige personale få rettigheder jævnfør sundhedsloven, herunder at klager behandles i sundhedsfagligt regi og med tilhørende rettigheder.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Modellen vedr. overtagelse af 112-opkald nødvendiggør en investering til bygningsudvidelse i relation til den nuværende vagtcentral og til it-udstyr på i alt 10,6 mio. kr. Investeringen foreslås finansieret ved anvendelse af ikke udmøntede midler i renoveringspuljen for 2010.

Driftsudgifterne i relation til udvidelsen er opgjort til 23,1 mio. kr. i 2011 inkl. engangsudgifter i forbindelse med uddannelse og support i etableringsperioden og med en helårlig udgift herefter på 21,6 mio. kr.

De forventede driftsudgifter foreslås finansieret ved anvendelse af endnu ikke udmøntede DUT-midler vedr. kvalitetsområdet i 2011 og vil herefter indgå i den samlede prioritering af udgifterne på sundhedsområdet i forbindelse med budgetlægningen for 2012.

Der vil i perioden 2011-2012 blive indhøstet erfaringer vedr. den sundhedsfaglige indsats og konsekvenserne i forhold til disponering af de akutte beredskaber.

Region Hovedstaden vil samtidigt presse på over for Danske Regioner i forhold til at regionerne sikres økonomisk kompensation for overtagelse af opgaven.

De bevillingsmæssige konsekvenser af sagen vil blive indarbejdet i 4. økonomirapport 2010.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Forretningsudvalget indstiller, at der forelægges en egentlig evaluering inden udgangen af 2012.

Forretningsudvalget anbefaler indstillingerne, idet regionsrådet må forvente, at der tilføres regionen midler til at løse opgaven, og at dette forhandles med regeringen.

Hans Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

REGIONSRÅDETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Finn Rudaizky (O) og Knud Andersen (V) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Sundhedsstyrelsens rapport om Sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen (2009) (kan rekvireres i Råds- og udvalgssekretariatet – 61 sider)
2. Brev fra Rigspolitiet til Danske Regioner af 30. september 2010, inkl. ” Rapport om samarbejde/overlevering af 112-opkald fra alarmcentral til regional vagtcentral ”(2010) (FU)

Sagsnr.: 10008495