

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 2

Emne: Idéoplæg for udbygningsplanen for Rigshospitalet

1 bilag

# IDÉOPLÆG

Rigshospitalets byggeprojekt 9. marts 2010



Rigshospitalet

<b>1. Forord og sammenfatning</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Vision og målsætning</b> .....	<b>5</b>
2.1 RIGSHOSPITALET'S VISION .....	5
2.2 RIGSHOSPITALET'S VISION FOR DE FYSISKE RAMMER .....	6
<b>3. Rammer og krav for "Nordfløj"</b> .....	<b>7</b>
3.1 ORGANISATORISKE FORHOLD .....	7
3.2 FUNKTIONERNES FYSISKE PLACERING.....	7
3.3 BYGGERIET .....	9
4.1 SPECIALESAMMENSÆTNING .....	19
<b>5. Dimensionering</b> .....	<b>20</b>
5.1 AKTIVITETSFORUDSÆTNINGER .....	20
5.2 KAPACITETSUDNYTTELSE OG AREALSTANDARDER .....	21
5.3 KAPACITETS- OG AREALBEHOV .....	22
5.4 BEHOV FOR NYBYGGERI .....	25
<b>6. Det Samlede byggeprojekt</b> .....	<b>27</b>
6.1 REVURDERING AF BYGGEPROJEKTETS FØRSTE FASE .....	27
6.2 BEHOV FOR RENOVERING .....	27
6.3 RENOVERING OG NYBYGGERI .....	27
6.4 PARTIKELTHERAPI.....	30
<b>6.5 Byggefelter</b> .....	<b>33</b>
<b>7. Byggeprojekt, "Nordfløj"</b> .....	<b>36</b>
7.1 ANBEFALET LØSNING .....	36
7.2 FYSISK PLACERING AF RIGSHOSPITALET CENTRE.....	38
7.3 FORUDSÆTNINGER FOR OPFØRELSE AF "NORDFLØJ" .....	38
7.4 ALTERNATIVE LØSNINGER .....	38
<b>8. Økonomi og tidsplan</b> .....	<b>40</b>
8.1 ØKONOMI .....	40
8.2 TIDSPLAN .....	41
<b>9. Organisering, risikostyring og brugerinddragelse</b> .....	<b>43</b>
9.1 ORGANISERING OG BRUGERINDDRAGELSE .....	43
9.2 RISIKOSTYRING .....	44



## 1. FORORD OG SAMMENFATNING

Idéoplægget er udarbejdet på baggrund af Region Hovedstadens "Hospitalsplan 2007". Rigshospitalet skal fremtidssikres så hospitalet også fremover kan være landets spydspids på hospitalsområdet.

I dette Idéoplæg beskrives et projekt, hvor byggeriet omfatter:

- Opførelse af "Nordfløj" på ca. 40.000 bruttokvadratmeter i byggefelt Ia til hovedparten af HovedOrtoCentret og Neurocentret
- Opførelse af ca. 17.000 bruttokvadratmeter nybyggeri i byggefelt IIIa til patienthotel, administration og andre støttefunktioner
- Parkeringspladser svarende til ca. 300 pladser i byggefelt IIIa

Løsningsforslaget sikrer, at Rigshospitalets højt specialiserede midlertidige udefunktioner kan flyttes til Blegdamsvej 9 og hermed implementeres første del af Hospitalsplanen. Opførelse af "Nordfløjen" kan dels betragtes som et isoleret byggeri og dels indgå i den samlede plan for gennemførelse af hele Hospitalsplanen. "Nordfløjen" er et væsentligt første skridt på vejen mod et mere tidssvarende og rummeligt Rigshospital.

Nybyggeriet og ca. 300 parkeringspladser kan gennemføres indenfor det beløb på 1,85 mia. kr., som Regeringen har givet foreløbigt tilsagn om at bevillige til Rigshospitalet fra Kvalitetsfonden.

Udover det konkrete byggeprojekt, der beskrives i dette Idéoplæg er der behov for yderligere nybyggeri og en omfattende totalrenovering af det eksisterende hospital, for at Rigshospitalet fremover kan fungere som et moderne universitetshospital. Den samlede plan herfor, som blev udarbejdet i foråret 2009, med et samlet budget på ca. 7,7 mia. kr., skal sikre, at Hospitalsplanen kan gennemføres, og at Rigshospitalet får en bygningsmæssig standard på niveau med store universitetshospitaler i ind- og udland med mulighed for forsat faglig udvikling på internationalt niveau.

Rigshospitalets nuværende tekniske installationer i Centralkomplekset er stærkt utidssvarende og nedslidte. Det er derfor påkrævet at gennemføre en omfattende totalrenovering af Centralkomplekset og dernæst Mellembygningen og Sydkomplekset.

Udover "Nordfløjens" 40.000 bruttokvadratmeter og opførelsen af 17.000 bruttokvadratmeter i byggefelt III, som beskrives i Idéoplægget er der behov for yderligere nybyggeri i størrelsesordenen 79.000 bruttokvadratmeter, for at sikre en acceptabel fremtidig bygningsmæssig standard på hospitalet.

Analysen af arealbehovet under totalrenoveringen af Centralkompleks, Mellembygning og Sydkompleks afdækker, at det er nødvendigt, at større dele af det samlede behov for nybyggeri er etableret forud for renoveringens start, fordi det ikke er realistisk eller rentabelt at tilvejebringe det nødvendige areal i midlertidige bygninger.

## 2. VISION OG MÅLSÆTNING

### 2.1 Rigshospitalets vision

Rigshospitalets overordnede vision er at skabe et moderne universitetshospital, der fortsat kan bevare sin særlige rolle og status indenfor patientbehandling, forskning og undervisning. Denne vision understøttes af Hospitalsplanen, hvor Rigshospitalet indtager en særposition, idet en række højt specialiserede funktioner i regionen samles på hospitalet, som primært varetager og skal varetage specialfunktioner for regionen og resten af landet. Visionen understøttes også af Regeringens Ekspertpanel, der fremhæver, at Rigshospitalet har en helt særlig rolle såvel regionalt som nationalt, og at hospitalet også fremover skal være et fagligt omdrejningspunkt og levere højt specialiseret hospitalsbehandling til borgere i regionen og resten af landet. Rigshospitalets særlige rolle understøttes af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

Som hjemsted for et flertal af regionens højt specialiserede funktioner har Rigshospitalet en særlig udviklings-, forsknings-, og uddannelsesforpligtelse.

Rigshospitalet skal fortsat være en dominerende institution indenfor dansk sundhedsvidenskabelig forskning og har internationalt niveau indenfor en række specialer. Hospitalets forskning strækker sig fra grundforskning over traditionel forskning til patientnær forskning. Nye forskningsområder er under udvikling, og andre vil komme til.

Uddannelsesbehovet er stigende overalt, og mere på Rigshospitalet end på andre hospitaler på grund af specialiseringsgraden og frontliniepositionen. Der vil komme flere studerende og livslang uddannelse, hvor der stilles krav om certificering og træning i bestående og nye teknikker i simulations- og færdighedslaboratorier både mono- og tværfagligt.

Ved at bevare Rigshospitalets nuværende placering på Blegdamsvej kan hospitalet være en væsentlig medspiller i hovedstadens

erhvervsudvikling, hvor forskning og udvikling er afgørende parametre. Endvidere bliver Rigshospitalet beliggende midt i det område, der er udpeget som Nørre Campus i projektet "Vidensbydelen Nørre Campus: Viden, sundhed og samspil". Visionen for Nørre Campus, der strækker sig fra Center for Sundhed og Samfund ved søerne til Det Farmaceutiske Fakultet tæt ved Vibehus Runddel, vil blive indlemmet i projektet for Rigshospitalet.

Rigshospitalets visioner kan udtrykkes ved en række mål, hvoraf følgende har særlig vægt:

- at være det foretrukne valg for patienter, der har behov for højt specialiseret hospitalsbehandling
- at have høj brugertilfredshed
- at fremme forskningsmiljøer af høj kvalitet, at være det foretrukne valg for sundhedsfaglige studerende og et hospital, der har fokus på uddannelse og kompetenceudvikling
- at være en arbejdsplads, som medarbejdere er stolte af at være en del af

Målene skal understøttes og stimuleres i udformningen af Rigshospitalets fremtidige nybyggeri og renovering, således at de nødvendige fysiske rammer er til stede. Dette understøttes af den politiske aftale af 30. marts 2009 mellem forligspartierne bag Hospitalsplanen, hvoraf det fremgår, at partierne er optaget af, at Rigshospitalet som landets førende hospital får en bygningsmæssig standard på niveau med store universitetshospitaler i ind- og udland med mulighed for fortsat faglig udvikling på internationalt niveau.

På Rigshospitalet har direktionen påbegyndt arbejdet med en vision for 2020. På tegnebrættet ligger en vision om, at Rigshospitalets behandlings-, forsknings- og uddannelsesresultater skal være på samme høje niveau som andre internationale og førende hospitaler. Disse ambitioner forudsætter en realisering af det samlede byggeprojekt på Rigshospitalet inkl. renovering.



## 2.2 Rigshospitalets vision for de fysiske rammer

Rigshospitalets vision for de fysiske rammer er i prioriteret rækkefølge:

- Hospitalets funktioner organiseres således, at der primært tages hensyn til patientens krav om nærhed af funktioner. Funktionerne skal komme til patienten og ikke omvendt.
- De fysiske rammer overalt på Rigshospitalet fremmer gode og sikre patientforløb. Dette fremmes bl.a. ved standardisering af rum og udformning.
- Den overordnede arkitektur skal være modulopbygget, fleksibel og elastisk således, at de fysiske rammer til stadighed kan tilpasses hospitalets funktioner, der løbende ændrer sig over tid.
- De fysiske rammer understøtter en rationel drift, hvilket betyder, at man skal vurdere byggeriet ud fra en totaløkonomisk betragtning.

- De fysiske rammer, tekniske installationer og apparatur overalt på Rigshospitalet understøtter en optimal og sikker drift, baseret på en effektiv og bæredygtig ressourceanvendelse, påvirker miljøet og energiforbruget mindst muligt. Indretningen af de enkelte rum skal afspejle og sikre en optimal udnyttelse af den elektroniske journal og de kommunikations muligheder dette giver i forhold til involvering af patienten og andre aktører i sundhedssystemet.
- Rigshospitalets bygnings- og apparaturmæssige standard lever op til det mest moderne og fremtidssikrede niveau, arkitektonisk såvel som teknologisk.
- Hospitalet skal virke åbent og tilgængeligt. Med gode muligheder for at orientere sig for både patienter, pårørende og ansatte.
- De fysiske rammer overalt på Rigshospitalet tilgodeser patienters og pårørendes berettigede forventninger til moderne byggeri med hensyn til såvel funktionalitet som æstetik og kunst. Hertil kommer, at udformningen af byggeriet skal være i harmoni med Rigshospitalets umiddelbare omgivelser så som Amorparken, Fælledparken, Københavns Universitet og projektet "Vidensbydel".
- De fysiske rammer overalt på Rigshospitalet sikrer medarbejdere og studerende optimale arbejds- og udviklingsforhold: Eksempelvis skal der være mulighed for undervisning og forskningsmiljøer i tilknytning til de kliniske funktioner.

## 3. RAMMER OG KRAV FOR "NORDFLØJ"

### 3.1 Organisatoriske forhold

Rigshospitalet ledes af en direktion bestående af en hospitalsdirektør og to vicedirektører med fem tilhørende stabsfunktioner for økonomi/planlægning, personale, IT, udvikling og kommunikation.

Siden 1995 har Rigshospitalet været organiseret i en centerstruktur og er i dag organiseret i seks behandlingscentre og to tværgående centre – Diagnostisk Center og Servicecentret. Hvert center ledes af en centerdirektør, der har ledelsesmæssigt og økonomisk ansvar. De enkelte centre er organiseret i klinikker, der typisk varetager ét speciale, og ledes af en klinikchef.

Centerstrukturen på Rigshospitalet blev gennemført ud fra et primært ønske om at skabe bedre og mere hensigtsmæssige patientforløb, optimere patientens vej gennem hospitalet, forkorte hospitalsopholdet og minimere variationerne i behandlingsmønstrene. Dernæst et ønske om at etablere en ledelsesmodel, der kunne opfylde ledelsesbehovet på hospitalet og som samtidig kunne rumme de lægelige specialers udvikling.

Centrene på Rigshospitalet er grupperet ud fra følgende fællesnævner:

- Patientforløb
- Funktioner
- Forskning og udvikling
- Uddannelse

Abdominalcentret, der bl.a. omfatter medicinsk og kirurgisk hepatologi, medicinsk og kirurgisk gastroenterologi, nefrologi og urologi, er et eksempel på et center, der sammenkæder de medicinske og kirurgiske specialer, som har mange fælles patientforløb.

Hjertecentret, der omfatter thoraxkirurgi, kardiologi, transplantationsvirksomheden og thoraxanæstesiologi, er et eksempel på et center, der blev etableret med en række fællesnævner og integrationsmuligheder mellem centrets specialer og funktioner. Integrationen mellem specialerne og funktionerne har bl.a. medvirket til at sikre en meget høj kvalitet i transplantationsprogrammet.

Tiden efter centerdannelsen har bekræftet, at centerstrukturen ikke alene har fremmet kvaliteten, udviklingen og servicen i patientbehandlingen, men også det udviklings- og forskningsmæssige samarbejde specialerne imellem.

Det forudsættes, at Rigshospitalet bibeholder den nuværende centerstruktur, og at den fortsatte organisationsudvikling sker indenfor centerstrukturens rammer.

Rigshospitalets enkelte centre ligger i dag ikke fysisk samlet. Når hele udbygningen er implementeret, vil de enkelte centres klinikker fysisk være placeret samlet, og centre med de fleste samarbejdsflader være placeret i umiddelbar nærhed af hinanden. Nybyggeri vil være med til at optimere centerstrukturen på Rigshospitalet, jfr. nærmere under punkt 7.2 side 38.

### 3.2 Funktionernes fysiske placering

Med baggrund i studieture, litteraturhenvisninger og oplæg fra arbejdsgrupper, som har været bemandede med Rigshospitalets medarbejdere samt tidligere og nuværende patienter, har Rigshospitalet sammenfattet ønsker til det kommende nybyggeri. Arbejdsgruppernes anbefalinger vil blive inddraget i de relevante faser senere i projektet.

#### Patientbærende funktioner

Udgangspunktet for den indbyrdes placering af funktionerne i centrene skal være hensynet til patienterne, således at der skabes den bedst mulige sammenhæng i patientforløbene.



"Nordfløjen"'s sengeafsnit bør placeres, så flere specialer får mulighed for fleksibelt at udnytte hele sengekapaaciteten i bygningen, i spidsbelastede situationer og ved varige aktivitetsændringer. Sengeafsniternes placering skal bedst muligt understøtte arbejdstilrettelæggelse og patientforløb. Dette kræver, at den indbyrdes placering af sengestuer, operation, intensiv, opvågning, ambulatorier, røntgen og kontorer skal give mulighed for korte og hensigtsmæssige transportveje mellem de forskellige enheder. Nærhedsprincipper for disse funktioner skal reducere transporttiden for patienter og personale.

Ambulatorieområder bør være fælles for flere specialer og have let adgang fra sengeafsnitene og operationsgang - en fysisk placering som eksempelvis Norges Rigshospital anvender. Her er de fælles ambulatorier adskilt fra sengeafsnitene, men med en meget kort afstand mellem de to funktioner. Ved en samlet placering af ambulatorierne tages samtidig højde for en effektiv udnyttelse af de parakliniske funktioner, fælles venteanreder mm.

Operationsstuer skal så vidt muligt placeres samlet og standardiseres, så de kan anvendes fleksibelt og med fælles udnyttelse af birum og opholdsfaciliteter for personalet. Forberedelsesfunktionerne skal placeres i umiddelbar tilknytning til operationsstuerne, hvilket også vil være gældende for den postoperative funktion. Eksempelvis vil etageopdelte funktionelle enheder kunne sikre såvel nærhed mellem operationsstuer, specialespecifik intensiv, stationærsengeafsnit og ambulatorium i horisontale og vertikale plan.

Placering af dagkirurgi bør ske i én fælles dagkirurgisk enhed med egne adgangs- og receptionsforhold, venteværelser, operationsstuer, hvilefaciliteter/opvågning sammen med de nødvendige administrative funktioner. Der skal gælde helt samme standarder for faciliteter i dagkirurgien som for den stationære kirurgi. De dagkirurgiske operationsstuer bør være placeret, så de ved behov vil kunne indgå i det øvrige kirurgiske område. På denne måde opnås den størst mulige fleksibilitet.

### Øvrige funktioners placering på Rigshospitalet

Placering af diverse diagnostiske funktioner synes at gå i retning af øget grad af decentral placering, hvilket i sig selv øger behovet for sikring af kapacitetsudnyttelse, kvalitet mv. Den direkte patientkontakt taler for placering tæt på patienten eller patientens transportveje og dermed decentral placering. De centrale billeddiagnostiske funktioner forudsættes samlet ét sted.



Nærhed og synlighed er afgørende for trivsel og udvikling af klinisk forskning, hvilket bevirker, at forskningsfaciliteter skal placeres både kliniknært og centralt. Konceptet for den overordnede fordeling af forskningsarealer vil skønsomt være 50 pct. areal kliniknært og 50 pct. areal centralt. Der stiles efter geografisk samling af faciliteter til fagligt beslægtede forskningsområder.

Undervisningsfaciliteter skal ligeledes placeres såvel decentralt (kliniknært) som centralt.

De decentrale faciliteter omfatter studiepladser med tilhørende faciliteter som opholdsrum, omklædningsmuligheder, undervisningslokaler til hold og ikke mindst specialespecifikke færdighedslaboratorier. Disse rum skal være fleksible således, at de både kan anvendes til mindre fora og til større forsamlinger, og hvor der kan foregå undervisning af personale, studerende samt undervisning af patienter.

Fælles for forsknings- og uddannelsesfaciliteter i fremtidens Rigshospital er behovet for fleksibel indretning, god klimastyring, opdateret IT, medicoteknik, ergonomi og imødekomme af nødvendige AT- og sikkerhedskrav.

Som universitetshospital forgrener aktiviteterne sig langt ud over de daglige og nødvendige rutiner.

Både i national og international sammenhæng skal Rigshospitalet fremstå, som det ypperste man kan byde på af faglige faciliteter og miljø. For at imødekomme disse krav må Rigshospitalet have mulighed for at huse såvel små som store seminarer, kongresser og kunne tilbyde moderne mødefaciliteter. Dette kræver en fleksibilitet i de fysiske rammer og en højteknologi, som Rigshospitalet i høj grad savner i dag. Den åbenhed, som vi også ønsker at vise vores samarbejdspartnere og patienter, kræver ligeledes, at Rigshospitalet udvider og fornyer sine mødefaciliteter.

Disse ønsker og ideer kunne imødekommes ved ombygning og modernisering af Rigshospitalets to store auditorier, de tilstødende udenoms faciliteter, cafeteriaet, personalekantine, biblioteket mv.

## 3.3 Byggeriet

### 3.3.1 Fleksibelt byggeri

Ændringer i behandlingsmetoder, arbejdsgange, organisering, politiske prioriteringer og teknisk udstyr gør, at bygningsmassen løbende skal bygges om for at kunne opfylde nye krav. Det betyder, at det byggeri, der vil blive opført, skal være modulopbygget og fleksibelt, så der kan ske ændringer med et minimum af forstyrrelse af driften.

De økonomiske rammer vil dog sætte en grænse for fleksibiliteten, idet det f.eks. vil være for dyrt at forberede hele byggeriet på installation af tungt udstyr, ligesom hele byggeriet ikke kan være forberedt på installationstunge arealer som operationsstuer. Der vil derfor skulle ske en differentiering af typer af arealer. Imidlertid bør der laves zoner, der uden større indgreb kan laves om til installationstunge arealer, men som fra starten huser et knapt så installationskrævende areal.

#### Rum

Der skal arbejdes med standardrum for de mest forekommende rum og herunder ses på, om der ved en mindre tilpasning kan opnås en udformning, der kan huse flere typer rum, således at der ikke nødvendigvis skal flyttes vægge mm., hvis et rums anvendelse ændres.

Enestuer vil medføre en anden form for fleksibilitet, idet der er større chance for, at patienterne kan blive på samme stue i hele indlæggelsestiden. Med flersengsstuer vil det ofte skulle vurderes, hvilke patienter, der har størst behov for at ligge på enestue frem for på flersengsstue med tilhørende flytninger.

#### Bygningsstruktur

Bygningen bør have en elastisk struktur, der giver gode muligheder for, at afdelinger både kan vokse og indskrænke og det bør indtænkes, hvordan en del af bygningen kan sættes ud af drift/ombygges/dele nedrives, hvis der skulle blive behov for det.

### Installationer

Der bør etableres et passende antal installationsskakte, så installationerne ikke skal trækkes meget langt horisontalt. Der skal være en passende loftshøjde, så installationerne kan føres i loftet over gangarealet. Mindre ændringer og vedligehold skal kunne foregå, uden at driften af rummene forstyrres, f.eks. ved, at der er adgang til relæer, ventiler m.m. fra gangarealerne.

### 3.3.2 IT-digitalisering af processer

Byggeriet skal forberedes til anvendelse af IT-intensive arbejdsprocesser. Kablingen og den IT-mæssige aptering skal understøtte brug af den nyeste teknologi. Det må forventes, at alle arealer i fremtidens skal digitaliseres i højere grad end de er i dag.

Forventninger fra pårørende, patienter og servicefunktioner skal ligeledes i stor udstrækning understøttes IT teknisk. Udvikling af det medicotekniske udstyr vil også have en afsmittende virkning på IT og hermed bygningens struktur og aptering. Derfor bør installationerne planlægges, så de kan udvides/ændres til fremtidens krav uden store bygningsmæssige ændringer. Fremføringsveje og el-materiel bør planlægges, så ændringer heri vil forstyrre sengebærende og andre kliniske aktivitetsområder mindst muligt.

### 3.3.3 Patientsikkerhed og standardisering

Internationalt har der gennem flere år været fokus på patientsikkerhed i forbindelse med nybyggeri.

Standardisering, valg af rummenes størrelse, anvendelsesmuligheder, støjabsorberende materialer, anvendelse af lys samt gulvbelægning har alle betydning for sikkerheden for patienter og personale.

Standardisering betyder fx, at operations- og undersøgelsesrum er rummelige og identisk indrettet med hensyn til placering af diverse installationer, apparatur og instrumenter mm. Når rummenes indretning og placeringen af diverse installationer m.m. i videst muligt omfang er

ensartede, mindsker det risikoen for forvekslinger, gør det lettere for personalet at finde de ting, der skal bruges, og sikrer hurtig og effektiv oplæring samt effektive arbejdsgange.

Standardisering af rum er også medvirkende til at forhindre højrevestre konfusion – et velkendt *human factor* fænomen, der kan medføre forvekslinger og fatale fejlbehandlinger.

De nævnte forhold vil indgå som væsentlige elementer i planlægningen og byggeriet i forbindelse med realiseringen af byggeprojektet på Rigshospitalet.



### 3.3.4 Hygiejne

Sikring af optimale hygiejniske forhold er et væsentligt mål for byggeriet på Rigshospitalet.

Risikoen ved at pådrage sig en sygehuserhvervet infektion har gennem de sidste mange år ligget mellem 8 og 10 pct. på danske sygehuse. Disse infektioner, hvoraf mange kan forhindres ved brug af generelle hygiejniske procedurer, koster årligt samfundet mange millioner kroner og påfører patienter og pårørende store fysiske og psykiske gener.

Ud over de generelle hygiejniske procedurer, som bl.a. omfatter håndhygiejne, brug af værnemidler, isolation, logistikken i forbindelse med affalds- og linnedhåndtering, omfatter forebyggelsen med hensyn til de infektionshygiejniske aspekter også bygningens indretning. Rumstørrelser, materialevalg, ventilation, vandforsyning og valg af medicinsk og teknisk udstyr mm. er alle vigtige aspekter for at reducere smitterisikoen for både patienter og personale.

Der skal være rum og depoter, så mest muligt udstyr/ utensilier og apparatur, som ikke bruges, kan stilles væk i rengjort/desinficeret tilstand og dermed ikke vanskeliggøre rengøringspersonalets arbejde. Dette mindsker endvidere risikoen for smitteoverførsel.

De enkelte rum skal være af en passende størrelse til funktionen og indrettet så rengøringsegnet som muligt og med materialer, der let lader sig rengøre/desinficere. Skyllerum skal indrettes med adskillelse af rene og urene utensilier, og andet udstyr skal ligeledes tænkes ind fra starten.

Det særlige fokus på hygiejnekrav, der hidtil har været rettet mod operationsstuer, laboratorier og sterilcentraler, vil i fremtiden også skulle rettes mod ambulatorier, sengestuer og radiologien mm, idet der – på grund af den teknologiske udvikling – i stadig stigende grad også vil blive udført diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer i disse lokaler.

En hensigtsmæssig logistik mht. transport af affald, linned, mad, medicin, senge, rene og sterile varer til og fra afdelingerne og retur er ligeledes vigtigt for at sikre afskæring af smitteveje.

### 3.3.5 Arbejds miljø

Rigshospitalet er en kompleks organisation med mange faggrupper og tilstedeværelse af både farlige stoffer og komplekse arbejdssituationer med skiftende arbejdstider mv. Arbejds miljøet er en vigtig grundsten for Rigshospitalets virke. I den proces, Rigshospitalet står overfor, skal sikring af godt arbejds miljø medtænkes tidligt i planlægningsfasen for byggeriet.

Processen omkring arbejds miljøudviklingen på Rigshospitalet i forbindelse med byggeriet vil naturligt tage afsæt i et tæt samarbejde med Arbejds miljøenheden på Rigshospitalet, ligesom brugerinddragelse vil være et vigtigt redskab i en yderligere definition og udvikling af det gode arbejds miljø.

#### Bygningsmæssige tiltag

Rigshospitalets bygningsmasse er et produkt af en tid, hvor man havde en anden opfattelse og brug af hospitaler, ligesom de tekniske muligheder var anderledes. De krav et nutidigt hospital stiller til teknik og bygningsfysik er væsentlig anderledes.

Det fysiske arbejds miljø skal understøttes af en funktionel og sikker arbejdspladsindretning og forbedrede arbejds gange.

Korrekt anvendt kan anvendelse af areal- og rumstandarder åbne mulighed for en ensartet og korrekt dimensionering og indretning af kliniske funktioner og på den måde øge sikkerheden (genkendelighed), hygiejnen (de rette overflader med ens krav til rengøring og brug), ergonomisk arbejds miljø (plads til apparatur og bevægelser) mv.

Opmærksomheden skal endvidere rettes mod alle de faktorer (kirurgisk røg, røntgen, støj, hudbelastninger, kemi, risiko for ulykker, indeklima m.v.), der påvirker arbejds miljøet på et hospital, så man understøtter et godt fysisk, psykisk og ergonomisk arbejds miljø. Der bør opstilles

præcise krav om lys, støjdemping, ventilation, plads, adgangsforhold, rengøringsvenlighed m.v.

Æstetik (planter, farver, kunst mv.) ses også som en del af det gode (psykiske) arbejdsmiljø. Det fremmer trivsel, stimulerer sanserne og giver behagelige rammer om både arbejde og pausefunktioner.

Der pågår et projekt omkring Sundt Hospital, der ligesom de nævnte forhold vil indgå i planlægningen og byggeriet på Rigshospitalet.

### 3.3.6 Servicefunktioner

De teknologiske løsninger på de logistiske udfordringer udvikles med rivende hast. Såfremt man fastlåser de teknologiske valg på nuværende tidspunkt, vil disse være forældede ved projektets afslutning. Derfor vil det gennemgående tema for de teknologiske løsninger være, at der skal skabes gode og rummelige føringsveje. Endvidere skal den størst mulige fleksibilitet i byggeriet tilvejebringes.

For de tekniske installationer gælder, at alle føringsveje, server-rum, nødstrømsanlæg mv. bør tilrettelægges og dimensioneres, således at det til enhver tid vil være muligt at anvende den nyeste teknologi. På hovedfremføringsniveau er det afgørende, at tekniske installationer dimensioneres, så de er tilstrækkeligt kraftige til at kunne håndtere forandringerne i forbrug. Region Hovedstaden har nedsat en tværgående regional arbejdsgruppe, der skal udarbejde en vejledning for, hvordan der i forbindelse med de enkelte byggeprojekter skal gennemføres en systematisk analyse af, hvordan projektdesignet i videst muligt omfang understøtter en mere effektiv opgaveløsning og en bedre ressourceanvendelse, herunder god driftslogistik.

I det videre arbejde med realisering af Rigshospitalets byggeprojekt skal der udarbejdes en række analyser inden for serviceområdet for at sikre, at de bedste løsninger inden for de givne rammer vælges. I dette arbejde vil anbefalingerne fra ovennævnte arbejdsgruppe indgå.



### 3.3.7 Rationaliseringsgevinster

Planlægning af patientforløb skal sikre, at behandlingsforløbene bliver med den bedst mulige kvalitet og uden spildtid. Hospitalets design/arkitektur skal støtte og fremme det effektive patientforløb samt sikre optimale arbejdsgange.

Som udgangspunkt skal den indbyrdes placering af funktioner primært være hensynet til patienten, således at der skabes den bedst mulige sammenhæng i patientforløbet. Derudover skal det sikres, at de fysiske afstande, der er mellem de mange forskellige funktioner/opgaver, som medarbejderne har i forbindelse med behandling og pleje af den enkelte patient, bliver så kort som muligt. Disse principper skal være en ledetråd for byggeriet.

Det betyder bl.a., at bygningens fysiske layout skal sikre, at gåafstanden for at løse de forskellige daglige opgaver er den mindst mulige.

Eksempelvis:

- skal indretning af sengeafsnittene tage hensyn til gangdistancer mellem medicinrum og sengestuer og mellem sygeplejerskens arbejdsstation og sengestuen
- skal sengeafsnittene være af en passende størrelse set ud fra et driftsmæssigt synspunkt og indrettes, så der kan ske en let og samlet overvågning af patientgruppen
- skal der på afsnittene være plads til alt nødvendigt udstyr, mens redundans bør undgås. Hermed undgås unødigt brug af tid til afhentning og transport af apparatur og andre utensilier
- skal funktioner, som har samme krav til anvendelse af større apparatur, placeres i fysisk nærhed af hinanden
- skal der være elektronisk registrering af diverse apparaturer og hjælpemidler, da det vil reducere spildtid brugt på at finde ting, som ikke ligger på deres plads

Arbejdsgangsanalyser og erfaringer, bl.a. Lean-baserede, skal inddrages i den videre udvikling af placeringen af de kliniske funktioner samt i indretningen af de enkelte funktionsområder.

Et effektivt logistiksystem for patienter, personale, varer, medicin, prøver, mad m.v. vil ligeledes tilgodese krav om effektivisering. Det er eksempelvis væsentligt, at bygningen er forberedt til at indføre medicindispenseringssystemer, idet dette vil reducere både tid på medicinadministration og risikoen for fejlmedicinering.

Anvendelse af trådløst net, elektroniske journaler inklusiv mulighed for elektronisk information om patientens fysiske opholdsted, samt anvendelse af den nyeste teknologi for "kaldesystemer", vil dels give patientsikkerhed og dels øger plejepersonalets tid til patientbehandlingen.

Rummene til de mange forskellige funktioner skal være støjdempet, og unødigt støj skal elimineres i forbindelse med udførelse af arbejdsprocedurer, som kræver koncentration, og hvor risiko for fejl er stor. Der skal være det rette lys til den enkelte arbejdsprocedure. Udover at reducere fejl og skabe større sikkerhed for patienten, vil det også højne effektiviteten.

De mange forventninger til rationaliseringsgevinster, der er beskrevet i Ekspertudvalgets rapport, tager udgangspunkt i "barmarks" byggeprojekter. Rigshospitalets byggeprojekt omhandler kun en mindre del af hospitalets samlede funktioner, hvorfor det ikke er muligt at opfylde alle disse forventninger ved opførelse af en "Nordfløj".

### 3.3.8 Miljø, energi og bæredygtighed

I Region Hovedstaden er nedsat en tværgående regional arbejdsgruppe, der undersøger mulighederne for at inkorporere principperne om bæredygtighed bedst muligt i de nye hospitalsinvesteringer. Samtidig forventes det, at regionsrådet i 2010 vil vedtage en samlet klimastrategi.

Det igangværende arbejde skal resultere i en form for idékatalog, der kan medvirke til at fremtidssikre de nye byggerier til fremtidens miljø- og energimæssige udfordringer. Blandt målsætningerne er en minimal påvirkning af miljøet samt de bedst mulige miljømæssige løsninger og arbejds- og produktionsforhold for medarbejdere og patienter ved projektering, nybyggeri og drift.

Det forventes, at en prioritering af indsatsen på følgende områder vil være afgørende for opnåelsen af de ønskede mål:

- energirigtige løsninger i alle faser af byggeriernes tilblivelse og efterfølgende drift
- miljørigtig projektering og byggeri i alle faser af byggeriernes tilblivelse og efterfølgende drift

- mindskelse af udledning af farlige stoffer fra hospitalerne, herunder spildevand, bl.a. ved at indtænke rene og mest mulige teknologier i alle faser af byggeriernes tilblivelse og efterfølgende drift

Arbejdsgruppens afrapportering vil udgøre et væsentligt grundlag for det videre arbejde med miljø, energi og bæredygtighed på Rigshospitalet.

Konkret i forhold til energiforbruget forventes stramninger i bygningsreglementets krav til bygningers energiforbrug i 2010, i 2015 og i 2020. Alene disse krav vil betyde, at en ny bygning på en række områder vil skulle anvende betydeligt mindre energi end de eksisterende bygninger. Den nye bygning skal som minimum projekteres efter de krav, der forventes i år 2015. Dette vil betyde store isoleringstykkelser, nye typer vinduesruder og –rammer, bedre brug af dagslys, styring af kunstig belysning, effektiv solafskærmning, styring af ventilation, evt. naturlig ventilation i nogle områder, moderne pumper mm.

Det samlede elforbrug til apparatur vil formodentlig stige pga. af mere apparatur og automatiske løsninger. Ved valg af apparatur skal energiforbrug- og mønster vurderes, således at el-forbruget mindskes. Det skal i den forbindelse overvejes om, der skal etableres systemer til egen produktion af energi som solvarme og brug af spildvarme.

### 3.3.9 Kvalitet i byggeriet

Kvalitet i byggeriet har i videste forstand mange dimensioner:

- Overholdelse af budgetter og tidsplaner for byggeriet
- Fravær af fejl og mangler
- Materialevalg og bygningens fremtidige vedligeholdelse og energiforbrug
- Arkitektonisk kvalitet og fleksibilitet mht. fremtidens anvendelsesmuligheder
- Tilgængelighed for patienter og pårørende
- Fysisk arbejdsmiljø i bredeste forstand

Disse overordnede parametre vil Rigshospitalet sikre i planlægningen og gennemførelsen af byggeriet. I denne sammenhæng er der desuden udfærdiget fælles retningslinjer for regionen, som bl.a. fastsætter tidsstyring af projektet, kvalitets- og risikostyring samt en økonomistyringsmodel, som alle skal bidrage til at sikre en gennemførelse af projektet til rette tid og inden for de givne økonomiske rammer.

Ved udvælgelse af samarbejdspartnere vil Rigshospitalet anvende nøgletalskrav og nøgletal fra tidligere opgaver, som er indberettet til Byggeriets Evaluerings Center, således at kravet allerede anvendes ved prækvalifikationen. Man kunne desuden overveje en incitamentsstruktur i kontrakten og samarbejdsfremmende instrumenter, som vil kunne give billigere og bedre byggeri, da det har vist sig, at bedre samarbejdsformer kan reducere fejl og mangler samt sikre byggeri til tiden.

For at skabe mere værdi for pengene vil Rigshospitalet benytte sig af den nyeste viden om bedste praksis gældende for alle faser i byggeriet. Bedste praksis er systematisk brug af de erfaringer, der allerede eksisterer blandt offentlige bygherrer indenfor samarbejds- og entreprisformer, planlægning af byggeri, økonomistyring, brugerinddragelse, konflikthåndtering, risikostyring og samarbejde på byggepladsen. Der vil ligeledes blive stillet krav om anvendelse af Leanproduktion, TQM principper eller "Trimmede byggerier", der handler om at maksimere værdien og minimere spildet gennem en rullende planlægning og styring af hele byggeprocessens logistik, samt samarbejde og inddragelse af fagene på byggepladsen. Der skal desuden stilles krav om anvendelse af standardiseret Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT).

Der skal ikke alene være fokus på opførelsesomkostninger, men også på en totaløkonomisk betragtning, f.eks. i forhold til efterfølgende driftsudgifter, vedligeholdelse og energi. Der skal vælges den løsning, der giver den bedst mulige samlede anlægs- og driftsøkonomi.





### 3.3.10 Helende Arkitektur

#### Arkitektur og design

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

Arkitektur kan ikke helbrede alene, men den grundlæggende tanke omkring Helende Arkitektur er, at den arkitektoniske udformning, dagslysets kvalitet, rummets stemning, farver, lyd og muligheden for at være privat og tryk kan understøtte den heling, der finder sted både fysisk og psykisk. Både patientens, personalets og de pårørendes oplevelse af rum og arkitektur er en del af begrebet.

I Region Hovedstaden defineres begrebet Helende Arkitektur overordnet i en tværgående regionalarbejdsgruppe. Arbejdsgruppen vil

opstille 10 principper for Helende Arkitektur, som skal lægges til grund for udformningen af byggerier. I dette arbejde vil brugere blive inddraget.

#### Kunst

Rigshospitalet er som regional institution forpligtet til at afsætte et fast beløb (1 pct.) til udsmykning og kunst i forbindelse med ny- og ombygninger over en million kr.

Der er en tradition på Rigshospitalet for, at der i bygningsmæssige tiltag af større karakter er indarbejdet væsentlige stykker kunst og udsmykning, lige fra udarbejdelsen af specialdesignet inventar i Rigshospitalets første samlede bygningskompleks på Blegdamsvej (1910) til Saabys relief i stuetagen i Centralkomplekset (1970).





Det er Rigshospitalets mål at:

- lade valget af kunst/udsmykning være baseret på evidens, i den udstrækning det kan lade sig gøre
- anvende kunst/udsmykning, der både er fast (integreret i arkitekturen ved belægninger/ vægpartier/ særlige materialer mv.) og udskiftelig (maleri, tekstil, skulptur, belysning og inventar)
- at lade kunst og udsmykning være en del af både ude- og inderum

### Haver og uderum

I dag er uderummene præget af adgangsveje (kørebaner, parkering og fortove) med fast belægning. En mindre del af friarealet er udlagt som have. De grønne elementer på matriklen er træer af varierende type og alder samt et gennemgående tema af lavendler og ginkgo biloba i store betonkummer med indlagte sø-sten, der matcher facaden i den nyere bygningsmasse. Et andet markant element i uderummet er store spejl-bassiner i tilknytning til hovedindgangen samt haverummet mellem

Sydkomplekset og Centralkomplekset, der er anlagt som haverum/ udeopholdsrum i 2007.

Den fremtidige udformning og brug af have- og udearealerne skal søge at skabe sammenhæng mellem rummenes udformning og rummenes brug. Der skal eksempelvis tages højde for, at mange brugere har større eller mindre handicap, ligesom såvel pårørende som patienter kan være under psykisk pres, når de ankommer til matriklen.

I den videre proces skal brugerne defineres nærmere, ligesom deres forskelligartede behov skal afdækkes yderligere. Dette skal i stor udstrækning ske gennem brugerinddragelse forud for og i programfasen.

### Tilgængelighed og åbenhed

Tilgængelighed tolkes bl.a. som et forsøg på i størst muligt omfang at ligestille handicappedes adgang og brug af en bygning med ikke-handicappede, når man taler om hospitalsbyggeri.

Al planlægning og udførelse af byggeri skal som minimum være baseret på "DS 3028 'Tilgængelighed for alle'" (eller tilsvarende gældende lovgivning), som er blevet til i samarbejde med handicaporganisationerne. På dette område er det Rigshospitalets ønske at gå forrest med nye og forbedrede løsninger, i det omfang det er muligt.

Mødet med hospitalet kan være en overvældende oplevelse. Man skal være opmærksom på, at patienter ankommer til hospitalet med meget forskellige forudsætninger og med forskellige behov. Fra førstegangspatient, som aldrig har været på et hospital før, evt. uden dansk kundskaber, til den patient, som kender alt til hospitalets organisation og struktur. Såvel indgangspartier som øvrige arealer skal være imødekomende og overskuelige og forsynet med letforståelig og entydig skiltning. Løsningen af skiltningen skal afspejle mangfoldigheden i Rigshospitalets brugere og udvikling. Godkendelse af løsning bør derfor ske i samarbejde med brugerne. Det er derudover afgørende, at arbejdet med skiltning – som vil følge Region Hovedstadens skiltemanual – indtænkes tidligt i processen.

### 3.3.11 Forhold på matriklen

#### Adgang og bevægelse

Rigshospitalet er beliggende på Østerbro i en tæt bykontekst. Hospitalets funktioner er fordelt på fire matrikler gennemskåret af trafikerede indfaldsveje til København. Den primære matrikel, Blegdamsvej 9, er til to sider afgrænset af hovedindfaldsveje og på de to øvrige sider af stille lokalveje, der ligger mellem Rigshospitalet, Fælledparken og Amor-parken.

Rigshospitalets mange brugere ankommer til matriklen døgnet rundt. I mange anledninger og på mange måder: Ambulance, sygetransport, privat bil, taxa, cykel, servicebus, varevogn, lastbil, bus og til fods. Ankomsten sker både til hovedindgangen og til øvrige opgange.

Der går flere buslinjer til Rigshospitalet – disse stopper dog op til flere hundrede meter fra bestemmelsesstedet. Dette anses for værende meget langt for nogle patienters vedkommende. Der er ikke lysreguleret adgang til matriklen, hvilket er en udfordring set i lyset af de trafikerede veje matriklen grænser op til i kombination med de mange brugeres ankomst til matriklen over hele døgnet.

På Blegdamsvej matriklen er der ca. 850 parkeringspladser, som for langt de flestes tilfælde er overfladeparkering. Derudover er der parkeringspladser på kommunens veje der omkranser matriklen. Der er mangel på parkeringspladser, både til personale, patienter og besøgende. Det forventes, at kommunen vil give tilladelse til et antal nye parkeringspladser med et max på ca. 1 plads pr. 100 kvadratmeter. Nye parkeringspladser vil skulle etableres i konstruktion, på grund af krav fra kommunen og pladsmangel på matriklen.

Generelt er matriklen meget trafikeret at bevæge sig rundt på for alle typer trafikanter. Alle transporttyper benytter samme trafikkanaler. Bløde og hårde trafikanter bevæger sig ad samme spor og krydser hinandens "spor". Dette er u hensigtsmæssigt, eksempelvis ved kombinationen bløde trafikanter og lastbiler med varer.

I forbindelse med Byggeprogrammet skal der udarbejdes en samlet trafikanalyse for matriklen på Blegdamsvej.

#### Vidensbydel Nørre Campus

På foranledning af Københavns Universitet blev der i 2007-2008 udarbejdet en vision for Nørre Campus.

Visionen blev udarbejdet af Københavns Kommune, Parken, Rigshospitalet og Københavns Universitet. Resultatet af dette arbejde har Københavns Universitet besluttet at gå videre med i samarbejde med Universitets- og Bygningsstyrelsen, Københavns Kommune og Realdania, mens Rigshospitalet indgår i projektets koordinationsgruppe.

Rigshospitalet bliver dermed naturligt indlemmet i områdets visionsplan, der dækker kvalitet og kapacitet for de mange fornyelser og investeringer i Nørre Campus. Fokus er at udvikle en vidensbydel, der samler forskning, vidensinstitutioner og virksomheder, der er beslægtet til nuværende institutioners virkefelt. Visionen for projektet er endvidere at sikre sammenhæng i forhold til byen, trafikken og de grønne områder. Det er af største vigtighed, at Rigshospitalet indgår i dette projektarbejde og sikrer, at kommende nybyggeri og udvikling på Rigshospitalet sættes ind i de overordnede planer og ønsker, som ligger i Vidensbydel Nørre Campus. Der er på nuværende tidspunkt alene tale om en perspektivering, som fordrer mange parterers samspil, bl.a. fra private fonde, Københavns Kommune m.fl.

### 3.3.12 Myndighedsbehandling

For at sikre, at udbygningsplanerne holder sig inden for myndighedernes krav til byggeri på Rigshospitalet, er der etableret et tæt samarbejde med Københavns Kommune omkring kommune- og lokalplaner for området.

Indledningsvis fokuseres på at få godkendt et kommuneplantillæg, der kan rumme det byggeri, der er indeholdt i det samlede nybyggeri på 136.000 bruttokvadratmetre. Kommuneplanen udstikker de

overordnede rammer for matriklen, hvilket udmønter sig i specifikke rammer for etagehøjde og bebyggelsesprocent. I dag er rammerne for Rigshospitalet, at nybyggeri maksimalt må være otte etager højt, og at bebyggelsesprocenten for matriklen ikke må overstige 175 pct. Ifølge Københavns Kommune skal man påregne ca. 9 måneder for processen omkring vedtagelse af et kommuneplantillæg.

Som en del af planen for nedrivning af bygninger indgår bevaringsværdige bygninger i byggefelt II, jf. afsnit 6.5.2

Ligeledes skal der ansøges om nedlæggelse af lejlighederne i Funktionsnærboligen. Begge forhold vil indgå i ansøgningen om nyt kommuneplantillæg.

Børnehavens lejemål skal opsiges. Efterfølgende skal der udarbejdes en ny lokalplan for Rigshospitalet. Denne skal vedtages på baggrund af det projekt, der vinder konkurrencen for byggeriets udformning. For at mindske risikoen for, at det vindende projekt ikke kan godkendes i lokalplanregi, vil Københavns kommune få en rådgivende rolle ved forberedelsen af byggeprogram og konkurrence.

## 4. PATIENTGRUNDLAG

### 4.1 Specialesammensætning

Rigshospitalets specialesammensætning og patientgrundlag er fastlagt i Hospitalsplanen. Implementeringen af Hospitalsplanen medfører en del rokader mellem regionens hospitaler. For Rigshospitalet både ind- og udflytninger.

#### 4.1.1 Indflytninger af funktioner/specialer til Rigshospitalet

Følgende funktioner/specialer flyttes til Rigshospitalet:

- Thoraxkirurgi fra Gentofte Hospital
- Karkirurgi fra Gentofte Hospital m. elektiv udefunktion på Gentofte Hospital
- Gynækologi og obstetrik fra planlægningsområde Byen
- Pædiatri fra planlægningsområde Byen
- Tand-, mund og kæbekirurgi fra Hillerød Hospital og Glostrup Hospital
- Kraniekirurgi fra Glostrup Hospital

Som følge af et ønske om en hurtig ledelsesmæssig sammenlægning, har hospitalet fem midlertidige udefunktioner, som først alle fysisk kan indflyttes til Rigshospitalet, når der er etableret en fuldt udbygget Nordfløj på Blegdamsvej. Det drejer sig om følgende midlertidige udefunktioner:

- Thoraxkirurgi på Gentofte Hospital
- Karkirurgi på Gentofte Hospital
- Gynækologi og obstetrik på Gentofte Hospital
- Pædiatri på Gentofte Hospital
- Gynækologi og obstetrik på Frederiksberg Hospital (pr. 1.1. 2010 er gynækologien flyttet til udefunktionen i Gentofte og obstetrikken flyttet til Rigshospitalet/lejede lokaler i Aldersrogade)

#### 4.1.2 Udflytninger af funktioner/specialer fra Rigshospitalet

Følgende specialer flytter fra Rigshospitalet:

- Respirationscenter Øst flyttes til Glostrup Hospital
- Klinik for Rygmarvsskader flyttes fra Hornbæk til Glostrup Hospital
- Øjenklinikken flyttes til Glostrup Hospital, idet en mindre kapacitet bibeholdes på Rigshospitalet til behandling af cancer- og traumepatienter samt børn
- Allergiklinikken flyttes til Gentofte Hospital
- En mindre del af onkologien flyttes til Hvidovre Hospital
- Voksen rygkirurgi flyttes til Glostrup Hospital, ekskl. behandling af cancer- og traumepatienter samt patienter med deformiteter
- En mindre del af øre-, næse- og halsområdet (planlægningsområde Syd) flyttes til Gentofte Hospital
- Klinisk farmakologi flyttes til Bispebjerg Hospital

#### 4.1.3 Rigshospitalets optageområder

Indenfor følgende specialer skal Rigshospitalet varetage special- og hovedfunktioner for planlægningsområderne Byen og Syd:

- Nefrologi
- Urologi
- Hæmatologi
- Mammakirurgi
- Plastikkirurgi

Endvidere skal Rigshospitalet varetage specialfunktioner inden for kardiologi for planlægningsområde Byen og Syd.

For følgende specialer skal Rigshospitalet varetage special- og hovedfunktioner for planlægningsområde Byen:

- Onkologi
- Øre-, næse- og halssygdomme
- Gynækologi og obstetrik
- Pædiatri
- Neurologi

## 5. DIMENSIONERING

### 5.1 Aktivitetsforudsætninger

Rigshospitalets patientunderlag er fremskrevet til 2015 under hensynstagen til den demografiske udvikling fra 2006 samt implementeringen af Hospitalsplanen.

Hospitalsforbruget og hermed Rigshospitalets behandlingsaktivitet i 2015 vil udover den demografisk betingede udvikling også være afhængig af udviklingen i den medicinske teknologi, introduktion af nye behandlingstiltag samt udviklingen i sygdomsmønstre, hvor alle forholdene varierer fra speciale til speciale.

Region Hovedstaden har udarbejdet en generel model, der fremskriver de overordnede aktivitetstal for alle specialer på følgende måde:

- Antal indlæggelser og operationer øges med 0,8 pct. per år
- Gennemsnitlig liggetid falder med 3,3 pct. per år
- Antal ambulante besøg stiger med 5 pct. per år
- Antal sengedage falder med 2,5 pct. per år

Dertil lægges forventet vækst i aktiviteten på kræft- og intensivområdet.

Fremskrivningsmodellen er udarbejdet med henblik på anvendelse af ensartede dimensioneringsfaktorer for alle regionens hospitaler. Rigshospitalet er imidlertid et højt specialiseret hospital med meget få specialer med generelle optageområder, hvorfor udviklingen i den gennemsnitlige liggetid, antal udskrivinger, ambulante besøg og operationer varierer meget fra speciale til speciale.

På den baggrund har Rigshospitalet for de enkelte specialer foretaget en fremskrivning af den forventede behandlingsaktivitet.

Resultatet af Rigshospitalets fremskrivning af behandlingsaktiviteten giver for hospitalet som helhed samme resultat for senge og

operationer, som resultatet ved anvendelse af regionens generelle fremskrivningsmodel når dette er tilpasset forventninger om vækst i sengedagsaktiviteten på kræft- og intensivområdet.



Tabel 1 viser Rigshospitalets patientaktivitet i 2015, når hele Hospitalsplanen er implementeret. Aktiviteten er opgjort i antal sengedage, ambulante besøg og operationer fordelt på specialer.

Tabel 1 Aktivitet på Rigshospitalet 2015

Speciale	Antal sengedage 2015	Antal ambulante besøg	Antal operationer
Anæstesiologi, Intensivkliniken (ABD)	6.970		
Anæstesiologi, Smertekliniken		5.157	
Anæstesiologi, Trykkammer		3.423	
Børnekirurgi	5.026	3.622	1.346
Epidemi	6.241	13.568	
Gynækologi	10.018	31.527	7.183
Hepatologi	5.090	3.185	
Hjertemedicin	27.648	20.947	9.109
Hæmatologi	19.006	46.802	
Karkirurgi	14.615	20.460	2.702
Kirurgisk gastroenterologi	13.971	11.324	1.223
Mammakirurgi	2.110	15.172	1.504
Medicinsk endokrinologi	2.098	33.556	
Medicinsk gastroenterologi	8.978	5.191	
Nefrologi	18.881	30.105	
Nefrologi, dialyse		45.308	
Neonatalogi	12.713		
Neurokirurgi	14.291	10.096	3.256
Neurologi	8.766	25.843	
Obstetrik	25.892	107.987	2.472
Oftalmologi	368	5.170	370
Onkologi	15.495	81.410	
Ortopædkirurgi	17.577	21.198	3.475
Plastikkirurgi	13.888	17.708	4.495
Pædiatri ekskl. neonatalogi	29.450	60.729	1.567
Reumatologi	4.567	12.802	
Skadestue		13.311	
Tand, mund og kæbekirurgi	1.475	20.256	1.101
Thoraxkirurgi	29.683	3.024	5.530
Urologi	14.527	27.840	4.713
Øre-næse-hals kirurgi	10.379	28.391	4.418
<b>Hovedtotal 2015</b>	<b>339.724</b>	<b>725.112</b>	<b>54.463</b>
<b>Hovedtotal 2006</b>	<b>335.512</b>	<b>556.171</b>	<b>37.613</b>

Tabellen viser, at Rigshospitalet i 2015 skal varetage en aktivitet på 339.724 sengedage, 725.112 ambulante besøg og 54.463 operationer. I forhold til 2006 forventes en stigning i antallet af sengedage på 1,3 pct. og en stigning i antallet af ambulante besøg og operationer på henholdsvis 30,4 pct. og 44,8 pct.

## 5.2 Kapacitetsudnyttelse og arealstandarder

Som grundlag for dimensioneringen af Rigshospitalets behandlingskapacitet i 2015 er der forudsat følgende kapacitetsudnyttelse:

- Sengene er beregnet i 7-døgnsenge med 85 % belægning
- Ambulatorierne udnyttes effektivt i 7 timer per dag i 220 dage per år
- Operationsstuerne udnyttes effektivt i 7 timer per dag i 220 dage per år
- Fødestuerne udnyttes med gennemsnitlig 1,5 fødsel per døgn
- Dialysestationerne udnyttes med 530 dialyser per station per år

og følgende arealstandarder:

- Almindelige senge i nybyggeri – 37 m<sup>2</sup>
- Almindelige senge i renoverede bygninger – 48 m<sup>2</sup>
- Billediagnostik og laboratoriepladser – Rigshospitalets nuværende arealer

Den anvendte arealstandard for senge i renoverede bygninger er baseret på et teoretisk rumprogram udarbejdet i forbindelse med planlægningen for nybyggeri og renoveringsprogram i foråret 2009. Den højere standard i forhold til nybyggeri skyldes overvejende, at Central- og Sydkomplekset er opført med dobbelt korridorsystem. I mellem korridorerne er der birum uden dagslysadgang, hvilket reducerer muligheden for at indrette arbejdsrum.

Alle øvrige arealstandarder er Region Hovedstadens arealstandarder for hospitalsbyggeri.

Kapacitetsudnyttelse og arealstandarder kan ændres i forhold til ovenstående, hvis der senere træffes beslutning om det.

### 5.3 Kapacitets- og arealbehov

Udgangspunktet for beregningen af Rigshospitalets fremtidige kapacitets- og arealbehov er fremskrivningen af Rigshospitalets patientaktivitet fra 2006 til 2015 samt de af Region Hovedstaden fastlagte arealstandarder og kapacitetsudnyttelsesgrader jf. ovennævnte afsnit 5.2.

På det ambulante område er derudover anvendt en specialevis opgørelse over fordelingen af ambulante besøg på rumtyper (standardrum, specialrum og behandlingspladser) samt det gennemsnitlige tidsforbrug per besøg. For operationer er ligeledes anvendt specialevis opgørelse over fordelingen mellem dagkirurgi og stationær kirurgi samt det gennemsnitlige tidsforbrug per operation samt.

#### 5.3.1 Kapacitetsbehov 2015

Tabel 2 viser behovet for behandlingsskapacitet i 2015, når Hospitalsplanen er implementeret. Kapaciteten er opgjørt i senge, ambulatorierum og operationsstuer fordelt på specialer. Tabellen viser, at der i 2015 vil være behov for 1.095 senge, 305 ambulatorierum og 72 operationsstuer.

**Tabel 2 Kapacitet på Rigshospitalet 2015**

Speciale	Antal senge	Antal ambulatorie-rum	Antal OP-stuer
Anæstesiologi, Intensivklinikken (ABD)	22,5		
Anæstesiologi, Smerteklinikken		1,7	
Anæstesiologi, Trykkammer		Dimensioneres særskilt	
Børnekirurgi	16,2	2,2	1,4
Epidemi	20,1	3,5	
Gynækologi	32,3	12,4	6,4
Hepatologi	16,4	1,4	
Hjertemedicin	89,1	5,3	6,6
Hæmatologi	61,3	26,6	
Karkirurgi	47,1	7,8	3,7
Kirurgisk gastroenterologi	45,0	6,0	1,9
Mammakirurgi	6,8	4,6	2,6
Medicinsk endokrinologi	6,8	9,8	
Medicinsk gastroenterologi	28,9	3,5	
Nefrologi	60,9	5,3	
Nefrologi, dialyse		Dimensioneres særskilt	
Neonatalogi	41,0		
Neurokirurgi	46,1	5,1	5,1
Neurologi	28,3	18,6	
Obstetrik	83,5	46,7	0,6
Oftalmologi	1,2	2,5	0,7
Onkologi	49,9	43,9	
Ortopædkirurgi	56,7	6,7	6,4
Plastikkirurgi	44,8	6,1	6,7
Pædiatri ekskl. neonatalogi	94,9	40,2	0,8
Reumatologi	14,7	16,8	
Skadestue		Dimensioneres særskilt	
Tand, mund og kæbekirurgi	4,8	4,4	3,5
Thoraxkirurgi	95,7	0,7	11,5
Urologi	46,8	9,5	6,1
Øre-næse-hals kirurgi	33,5	13,6	7,6
<b>Hovedtotal 2015</b>	<b>1.095</b>	<b>305,0</b>	<b>71,6</b>

### 5.3.2 Arealbehov 2015

Arealbehovet for senge, ambulatorier og operationsstuer er beregnet ud fra arealstandarderne beskrevet under afsnit 5.2.

Beregningerne af arealbehovet for kliniske og parakliniske specialfunktioner (Diagnostisk Center) og andre tværgående funktioner tager udgangspunkt i ændringerne som følge af Hospitalsplanen.

De er vægtet i forhold til en fordelingsnøgle (pointsystem), med udgangspunkt i de kliniske specialers rekvisitioner til de tværgående funktioner/enheder. Efterfølgende er foretaget en individuel vurdering af konsekvenserne inden for hvert paraklinisk speciale. Det samlede nettoarealbehov for de tværgående er estimeret til at stige med ca. 5 pct. i forhold til arealerne i dag. For de fleste funktioner gælder det, at arealbehovet skal analyseres nøjere i det videre arbejde.

Arealbehovet for forskning og undervisning er fastlagt ud fra oplysninger om arealforbruget på andre universitetshospitaler i ind og udland, herunder opgørelse fra Wissenschaftsrat i Tyskland (2005), som viser, at forskning udgør 9,3 pct. og undervisning 6,4 pct. af det samlede areal på 34 universitetshospitaler. Rigshospitalet har forudsat, at arealerne til forskning og undervisning i fremtiden bør udgøre henholdsvis 9 pct. og 7 pct. af hospitalets samlede areal. I undervisningsarealet er indeholdt møde/konferencerum i de kliniske centre.

Arealbehovet for kontorarbejdspladser er opgjort ud fra antal personaler, der forventes at have behov for kontorarbejdspladser (ekskl. forskningskontorer).

Region Hovedstadens arealstandarder pr. kontorarbejdsplads er anvendt. For kontorpladser i ikke kliniske centre er derudover afsat et areal på 5,7 nettokvadratmeter per plads til andel i personalefaciliteter (køkken, ophold), andel i møderum og andel i supplerende funktioner (kopi/print, affaldsdepot, rengøringsrum).

Arealbehovet for servicefunktioner herunder logistik og personalefaciliteter mm. er opgjort ud fra en fremskrivning baseret på

Servicecentrets vurdering. For de fleste funktioner gælder ligeledes, at arealbehovet bør analyseres nærmere i det videre arbejde.

I tabel 3 er vist det samlede teoretiske nettoarealbehov i 2015, ekskl. teknik-, trafik- og konstruktionsarealer.

**Tabel 3 Rigshospitalets nettoarealbehov 2015**

Funktion	Nettokvm.
Senge	49.474
Ambulatorier inkl. dialyse	12.905
Operationer	11.528
Fødsler	917
Kliniske-, parakliniske- og andre tværgående funktioner	21.930
Forskning (inkl. kontorer)	16.200
Undervisning	12.600
Kontorer og personalefaciliteter	38.157
Logistik, servicefunktioner mv.	21.622
<b>Samlet nettoarealbehov på Rigshospitalet i 2015</b>	<b>185.333</b>

Tabel 3 viser, at det teoretiske arealbehov på Rigshospitalet i 2015 udgør ca. 185.000 nettokvadratmeter, når hele byggeprojektet for Rigshospitalet er implementeret.





## 5.4 Behov for nybyggeri

Efter realisering af det samlede byggeprojekt for Rigshospitalet udgør det teoretiske nettoarealbehov ca. 185.0000 nettokvadratmeter jf. afsnit 5.3.2.

Derudover forudsættes:

- brutto-/nettofaktor på 2,1 i nybyggeri og i Centralkomplekset
- uændret brutto-/nettofaktor i forhold til i dag i øvrige bygninger
- hospitalets funktioner er samlet på matriklen på Blegdamsvej 9, i Den Hvide Bygning på Tagensvej samt lejemål i Bio Research Innovation Center (BRIC)

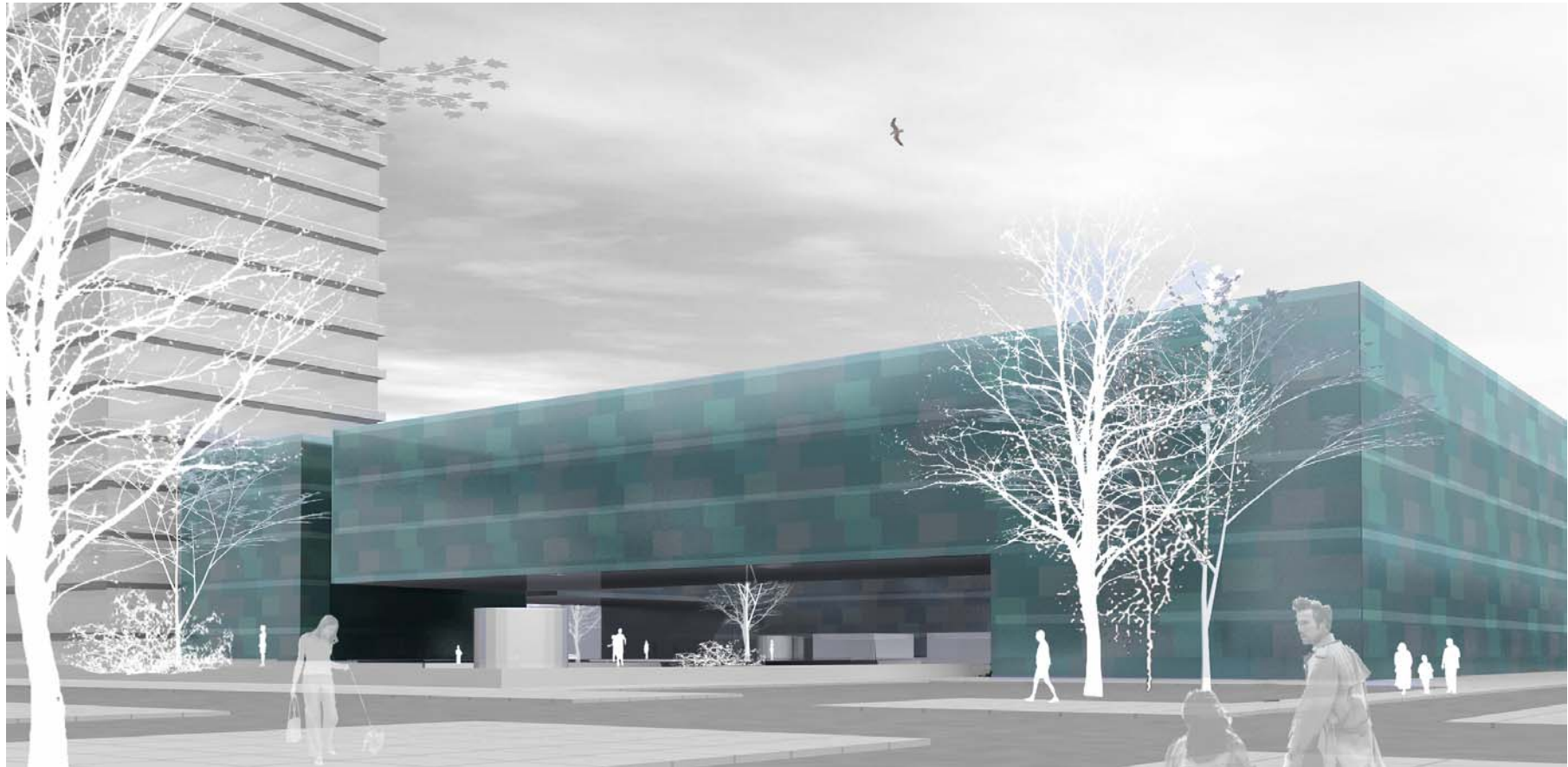
Rigshospitalets funktioner råder i dag over et samlet areal på ca. 143.000 nettokvadratmeter.

Med ovenstående forudsætninger forventes dette efter de samlede byggeprojekters gennemførelse at være reduceret med ca. 23.000 til omkring 120.000 nettokvadratmeter. Reduktionen er fordelt med ca. 12.500 nettokvadratmeter nedrevet, ca. 6.500 nettokvadratmeter i opsagte lejemål og ca. 4.000 nettokvadratmeter reduceret som følge af flere arealer til trafik og teknik.

Forskellen mellem de ca. 120.000 nettokvadratmeter til rådighed og det beregnede teoretiske arealbehov på ca. 185.000 nettokvadratmeter udgør ca. 65.000 nettokvadratmeter, hvilket med en brutto/nettofaktor på 2,1 for nybyggeri **udløser et byggebehov i størrelsesordenen 136.000 bruttokvadratmeter.**

Det samlede byggebehov er ca. 17.000 bruttokvadratmeter mere end de 119.000 som tidligere er beregnet i 2009. Forskellen skyldes overvejende at:

- kapacitetsudnyttelse og arealstandarder er opdateret
- der i tidligere beregninger kun er indregnet nedrivning af H-bygningen og den røde Administrationsbygning og ikke de øvrige bygninger, der reelt skal nedrives for at kunne realisere den samlede udbygningsplan
- der i Idéoplægget er forudsat en mindre geografisk spredning af hospitalets funktioner, således at en række lejemål udenfor matriklen på Blegdamsvej opsiges. Bibeholdes disse lejemål reduceres byggebehovet med ca. 14.000 bruttokvadratmeter fra 136.000 til 122.000 bruttokvadratmeter.



## 6. DET SAMLEDE BYGGEPROJEKT

Rigshospitalets samlede udbygningsprojekt, forudsætter nybyggeri af ca. 119.000 bruttokvadratmeter og totalrenovering af Centralkomplekset, Mellembygningen og Sydkomplekset opdelt i fire faser. Projektet skitserer de overordnede rammer for udbygning og renovering af hospitalet med det formål, at Rigshospitalet også fremover skal være Danmarks førende hospital for højt specialiseret behandling. For at hospitalet kan være det, er de fysiske rammer nødt til at være i orden. Den samlede økonomiske ramme for gennemførelse af det samlede byggeprojekt er beregnet til ca. 7,7 mia. kr.

Under totalrenoveringen af Rigshospitalet, som muligvis kan forløbe over en 8 til 12 års periode, vil den daglige drift af hospitalet uvilkårligt blive påvirket – dels vil patienternes indlæggelsesforløb blive påvirket og dels medarbejdernes arbejdsmiljø.

### 6.1 Revurdering af byggeprojektets første fase

I Rigshospitalets projektorganisation er der foretaget genberegninger af det fremtidige arealbehov. Disse beregninger har påvist et betydeligt arealunderskud under de enkelte byggefaser.

Arealbehovene undervejs i renoveringsperioden kan ikke tilvejebringes ved for eksempel opførelse af pavilloner, idet et pavillonbyggeri i det omfang ikke kan huses på Rigshospitalets matrikel eller som tidligere forudsat delvis i Amorparken, da denne i mellemtiden er blevet fredet.

På denne baggrund har det været nødvendigt at revurdere indholdet og rækkefølgen for de forskellige faser, således at der nybygges mere i de første faser og renoveringen sker senere. Den overordnede model er forsat den samme som tidligere forudsat, men rækkefølgen er ændret.

### 6.2 Behov for renovering

Ved udarbejdelsen af Rigshospitalets byggeprojekt har hospitalets rådgivere gennemgået og vurderet de nuværende bygninger og er

kommet til den konklusion, at det er helt nødvendigt at gennemføre en totalrenovering af det meste af Rigshospitalets bygningsmasse.

Helt overordnet er de nuværende tekniske installationer i Rigshospitalets hovedbygninger; Centralkomplekset, Mellembygningen og Sydkomplekset stærkt utidssvarende og nedslidte.

Såfremt totalrenovering af Centralkomplekset, Mellembygningen og Sydkomplekset ikke gennemføres inden for de kommende år, må det forventes, at der opstår situationer, hvor Rigshospitalets behandlingskapacitet vil være betydeligt reduceret, dels på grund af nedbrud i tekniske installationer, og dels på grund af arbejdsmiljømæssige påbud, som hospitalet ikke teknisk eller bygningsmæssigt har mulighed for at opfylde.

Det er ikke muligt at fastsætte størrelsen på risikoen for, hvornår manglende totalrenovering vil medføre nedbrud eller af stedkomme udefrakommende påbud, som vil påvirke behandlingskapaciteten i større grad. Efter bedste skøn er risikoen betydelig.

Skal Rigshospitalet leve op til de forventninger patienter, pårørende og personale har til hospitalet, som et velfungerende hospital med anvendelse af den nyeste medicotekniske teknologi, er en totalrenovering af Centralkompleks, Mellembygning og Sydkompleks uomgængelig

### 6.3 Renovering og nybyggeri

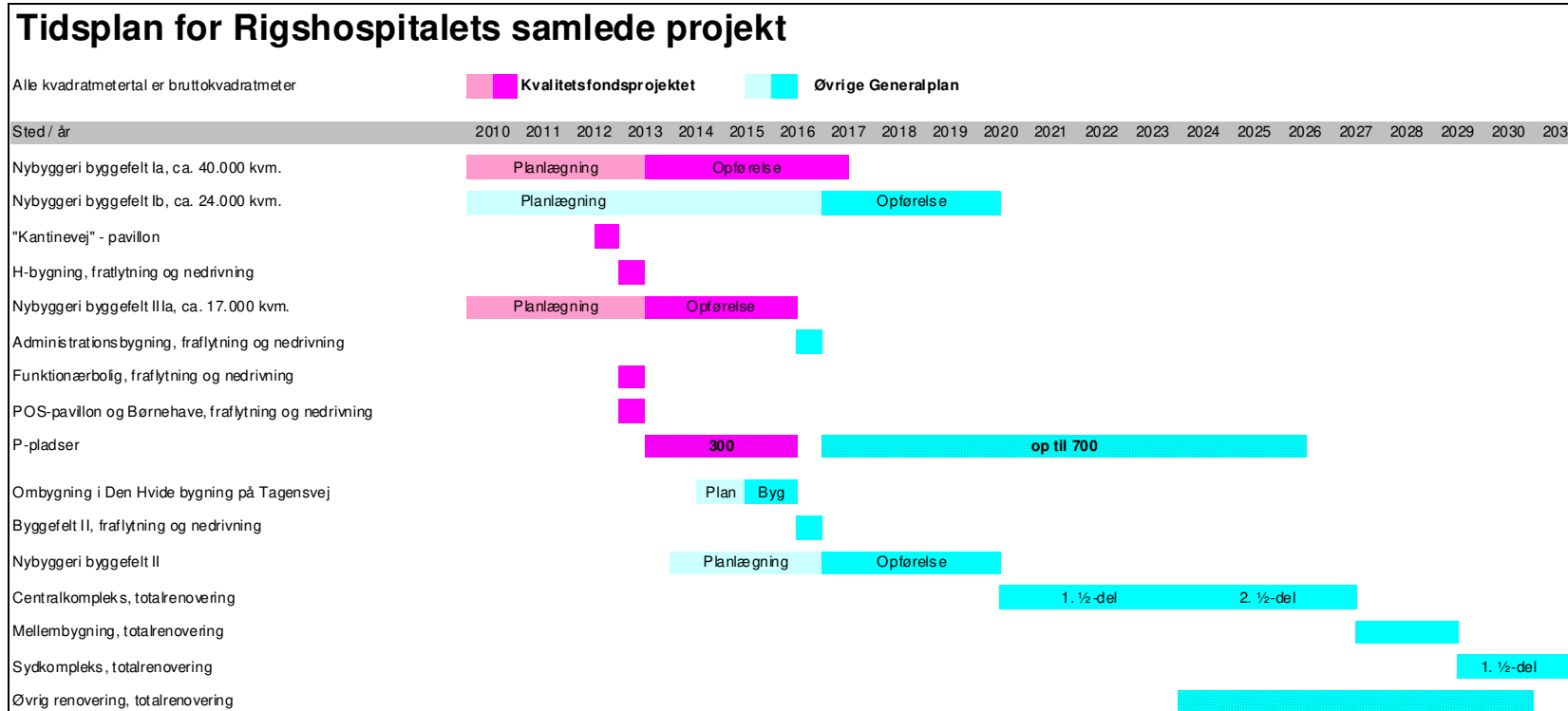
Genberegningen af det samlede byggeprojekt viser, at det samlede behov for nybyggeri på Rigshospitalet udgør ca. 136.000 bruttokvadratmeter jf. afsnit 5.4.

Analysen af arealbehovet under totalrenoveringen af Centralkompleks, Mellembygning og Sydkompleks afdækker, at det er nødvendigt, at hovedparten af det samlede behov for nybyggeri er etableret forud for renoveringens start, fordi det ikke er realistisk eller rentabelt at tilvejebringe det nødvendige areal i midlertidige bygninger.

På denne baggrund vurderes det som nødvendigt at hovedparten af nybyggeriet etableres først. En mulig tidsplan for Rigshospitalets samlede bygge- og renoveringsprojekt er vist på følgende side.

Den samlede totaløkonomiske ramme for bygge- og renoveringsprojekt er anslået til ca. 7,7 mia. kr.





## 6.4 Partikelterapi

Rigshospitalet har siden 2003 arbejdet med at etablere et partikel-terapianlæg til kræftbehandling på hospitalet. En rapport fra DANLITE gruppen med bred national opbakning viser, at der i de faglige miljøer er bred enighed om, at partikelterapi skal etableres i Danmark, og at anlægget bør etableres på Rigshospitalet for at sikre det optimale udbytte af et partikelterapianlæg både i forhold til patientbehandling, forskning og udvikling.

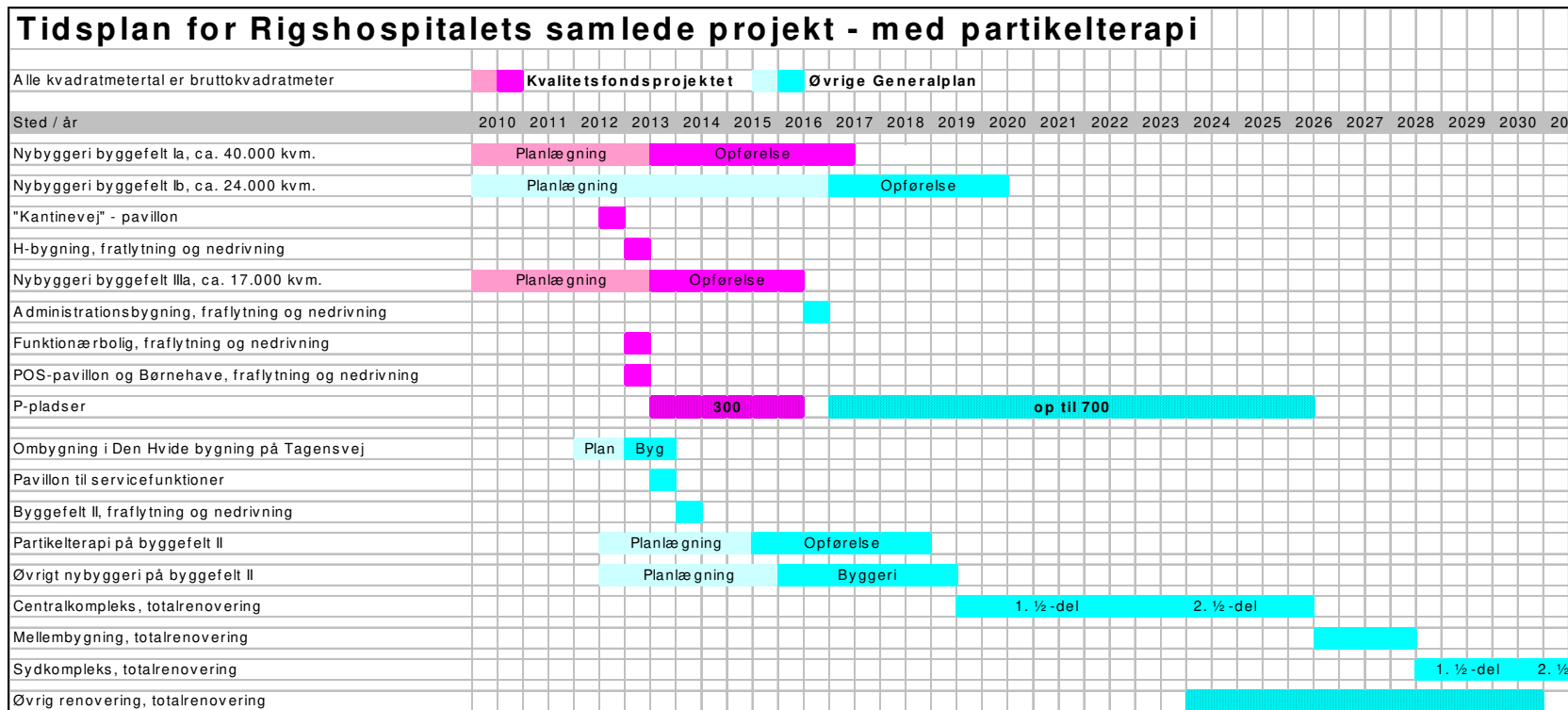
Mulighederne for at etablere et partikelanlæg indgår derfor i Rigshospitalets planlægning af de fremtidige byggeprojekter. Ud fra udenlandske erfaringer forventes et partikelterapianlæg at kræve ca. 11.000 bruttokvadratmeter. Kravene til bygningens areal og udformning medfører, at et partikelterapianlæg på hospitalets matrikel kun kan placeres på det såkaldte byggefelt II (jf. afsnit 6.5.2). Der er endnu ikke truffet politisk beslutning om etablering af partikelterapi i Danmark.

Ved etablering af et partikelterapianlæg på Rigshospitalet er det muligt at fremrykke ibrugtagningen af byggefelt II således, at **planlægningen kan starte i løbet af 2012 og selve byggeriet omkring 2014.**

Fremrykningen kræver en række ombygninger samt opførelse af en midlertidig pavillon (eksempelvis på Tagensvej). Ombygningerne forudsætter udflytning af bl.a. allergiforskning til Gentofte og af farmakologi til Bispebjerg, hvilket er antaget at ske i løbet af 2011.

Tidsplan for Rigshospitalets samlede bygge- og renoveringsprojekt med partikelterapi er vist på følgende side.

Anlægsudgiften ved etablering af et partikelterapianlæg på Rigshospitalet er vurderet til ca. 1,3 mia. kr.



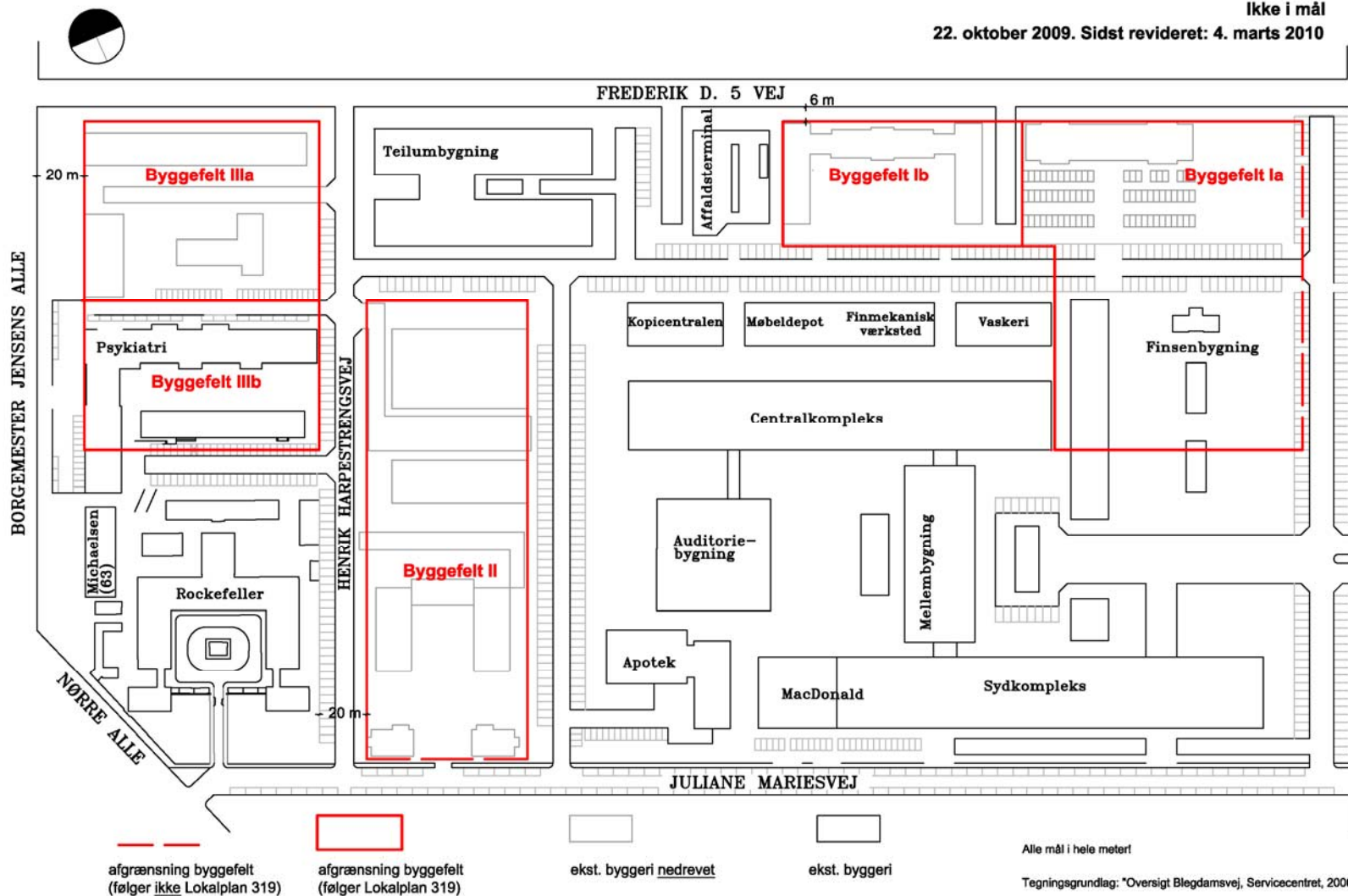


Rigshospitalets Generalplanprojekt

**Afgrænsning Byggefelter**

Ikke i mål

22. oktober 2009. Sidst revideret: 4. marts 2010



## 6.5 BYGGEFELTER

Rigshospitalets matrikel, Blegdamsvej 9 består af en række bygninger, hvor ikke alle er hospitalets ejendomme. Det anses ikke for muligt at kunne råde over andre end Rigshospitalets nuværende bygninger, eksklusiv psykiatriens bygninger. Når psykiatrien flytter til Bispebjerg Hospital kan dette område benyttes. Det vil på sigt være nødvendigt at råde over de bygninger, som huser psykiatrien, for at skabe den nødvendige plads til det fremtidige byggeri.

Der er tre bygninger på matriklen, der er kategoriseret bevaringsværdige. Det vurderes fra samtaler med Kulturarvsstyrelsen, at der ikke er aktuelle eller kendte planer om at frede disse bygninger.

Ifølge Københavns Bymuseum er Rigshospitalets matrikel uinteressant i henhold til tidligere udgravninger.

Der er mulighed for tre byggefelt på matriklen. Fælles for byggefeltene er, at den tilladte byggehøjde vil blive fastsat i lokalplanen, og at parkeringsarealerne vil blive indskrænket under byggeriet.

De tre felter er vist på den foregående tegning.

### 6.5.1 Byggefelt I

Byggefelt I er opdelt i to underområder. En nybygning på byggefelt Ib vil kunne funderes på almindelig vis og have et almindeligt princip for de bærende konstruktioner, mens bygning på byggefelt Ia vil skulle spænde over den eksisterende Finsenbygning, som ligger i kælderniveau.

På byggefeltet er der i dag to selvstændige bygninger, som huser patienthotellet, administrationen, ambulatorier og sengeafsnit. Begge bygninger forventes nedrevet, i alt ca. 11.000 bruttokvadratmeter, og funktionerne skal derfor genhuses under byggeperioden.

Der er en række begrænsninger ved anvendelse af byggefelt I, som bl.a. indbefatter, at den maksimale byggehøjde vil blive begrænset af

hensyn til Centralkomplekset og Fælledparken. Hertil kommer, at Strålekælderens beliggenhed i byggefeltet vil sætte begrænsninger på udformningen af byggeriet.

På det samlede byggefelt I kan der maksimalt bygges ca. 64.000 bruttokvadratmeter.

### 6.5.2 Byggefelt II

På byggefelt II er der i dag fem selvstændige bygninger, som huser dele af Servicecentrets kontorer og værksteder, forskningsfaciliteter samt Klinisk mikrobiologi. Alle bygninger forventes nedrevet, i alt ca. 10.000 bruttokvadratmeter, og funktionerne skal derfor genhuses under byggeperioden.

Byggefelt II er det eneste, som kan rumme partikelterapien. Det betyder, at det ikke bør anvendes som byggefelt for det første nybyggeri.

På byggefeltet kan der maksimalt bygges ca. 68.000 bruttokvadratmeter.

### 6.5.3 Byggefelt III

På byggefelt III er der i dag fem selvstændige bygninger, der huser Børnehaven, Psykiatrien, Funktionærboligen og Hukommelses-klinikken.

Ved anvendelse af byggefelt III skal lejemålet for børnehaven opsiges, og erstatning skal findes af Københavns Kommune.

Funktionærboligen skal ophøre med at fungere som lejebolig, hvilket først kan ske efter godkendelse fra Københavns Kommune.

Hukommelses-klinikken skal genhuses.

Psykiatrien forudsættes flyttet til Bispebjerg Hospital, hvilket betyder, at byggefeltet ikke kan anvendes fuldt ud, før psykiatrien er flyttet.

Tilsvarende byggefelt I vil bygningshøjden blive begrænset af hensynet til Fælledparken.

På byggefeltet kan der maksimalt bygges ca. 25.000 til 30.000 bruttokvadratmeter.

#### 6.5.4 Byggeplads

For alle byggefelter vil det være gældende, at arbejdsmiljøet vil blive påvirket af støj og støv, hvilket stiller krav til entreprenørens arbejdsmetoder af hensyn til patienter, pårørende og personale.

I forbindelse med ansøgning om byggetilladelse til selve nybyggeriet skal der også søges om tilladelse til at opstille en skurby til betjening af byggepladsen. Skurbyen skal ligge i umiddelbar nærhed af feltet, der bygges på.

På grund af pladsproblemer kan det være nødvendigt at leje kommunale parkeringspladser til opstilling af skurbyen. Dette skal overvejes nøje og vil være en afvejning af at få byggepladsen til at fungere godt og den ekstra betydelige udgift det vil pålægge projektet.

Udbredelsen af byggepladsen vil skulle fastlægges ved en analyse over tid af blandt andet antal faggrupper, antal håndværkere, typerne af arbejde, der skal udføres etc.

Det bør tilstræbes, at byggepladstrafik og anden trafik adskilles til begge typers fordel.

Byggepladsen skal, som altid, afgrænses så uvedkommende ikke får adgang, og det forventes ikke, at der er nogen større risiko for personfærdsel omkring byggepladsen. Sikkerhed for håndværkere og

andre, der færdes på byggepladsen, bør prioriteres højt således, at ulykker undgås.

#### 6.5.5 Geotekniske forhold

I alle byggefelter kan der udføres højt byggeri med to kældre, det vil sige kælder og underkælder. Der skal udføres grundvandssænkning i en byggegrube indfattet med spunsvægge.

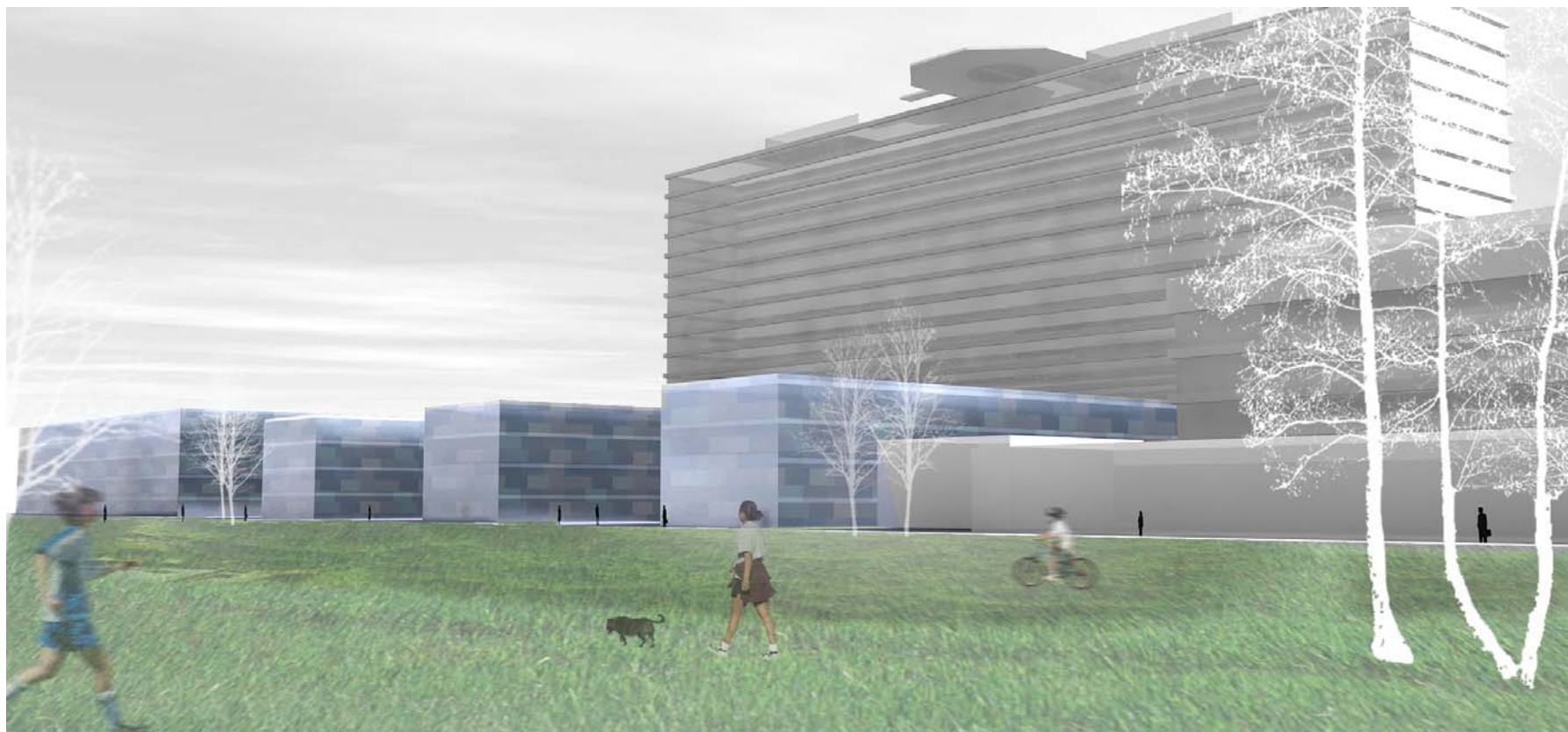
I byggefelt la bygges hen over den eksisterende underjordiske Finsenbygning. Der er kun meget begrænset plads til rådighed for to kældre. I alt kan der opføres to kældre på ca. 1.600 kvadratmeter svarende til ca. 14 pct. af byggefeltets areal. Bygges to kældre, skal de opføres i byggegrube, hvori grundvandet sænkes.

Der er ikke kendte tekniske forhold, der hindrer, at grundvandet kan sænkes på Rigshospitalets område.

Grundvandssænkninger gennemføres med filterboringer boret ned til oversiden af kalkundergrunden (20-25 m under terræn) i byggegruben. Det oppumpede vand filtreres i et vandbehandlingsanlæg og ledes til bage til undergrunden via filterboringer udenfor byggegruben.

Overskudsvand, der ikke kan infiltreres, afledes til Sortedamssøen via Rigshospitalets hovedkøleledning eller til kloak.

Der skal søges tilladelse til grundvandssænkning, infiltration og evt. udledning til Sortedamssøen hos Københavns Kommune. Den samlede sagsbehandlingstid er op til 3 måneder. Da tilladelserne gives i henhold til lov om Miljøbeskyttelse, vandforsyning og boringer, har myndighederne ikke mulighed for at afkorte sagsbehandlingsforløbet væsentligt.



## 7. BYGGEPROJEKT, "NORDFLØJ"

### 7.1 Anbefalet løsning

Det anbefales, at der inden for Rigshospitalets forhåndstilsagnsramme på 1,85 mia. kr. fra Kvalitetsfonden realiseres følgende projekt:

Opførelse af "Nordfløj" på ca. 40.000 bruttokvadratmeter i byggefelt Ia til hovedparten af HovedOrtoCentret og Neurocentret

Opførelse af ca. 17.000 bruttokvadratmeter nybyggeri i byggefelt IIIa til patienthotel, administration og andre støttefunktioner

Parkeringspladser svarende til ca. 300 pladser i byggefelt IIIa

Den valgte løsning kan fungere som et selvstændigt projekt og tilgodese Rigshospitalets fremtidige funktionskrav. Gennemførelse af byggeriet og behovet for midlertidig genhusning kan ske med færrest mulige gener for patienter og medarbejdere samt med den lavest mulige økonomiske omkostning.

Løsningen sikrer hensigtsmæssige sammenhænge for de kliniske funktioner i nybyggeriet på byggefelt Ia og hermed de bedste vilkår for patienterne samt mulighed for fleksibilitet i arealudnyttelse. Med nybyggeriet i byggefelt IIIa gives mulighed for løsning af en række behov for hospitalets støttefunktioner eksempelvis patienthotel,

administration, sterilcentral, køkken, overvågning af installationer m.m.

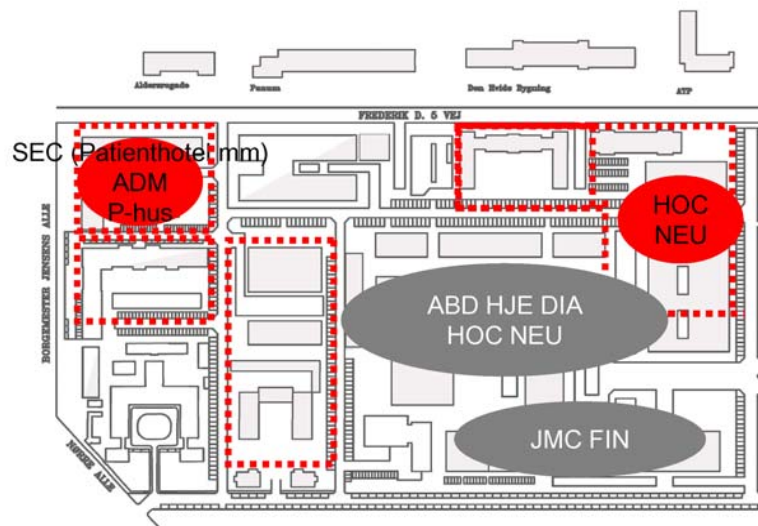
I relation til Hospitalsplanen er sikret plads til samling af de højt specialiserede funktioner for tand-, mund- og kæbekirurgi, kraniekirurgi samt thoraxkirurgi og karkirurgi, men ikke for al gynækologi, obstetrik og pædiatri.

Herefter mangler implementering af Hospitalsplanen for så vidt angår hovedfunktioner fra planlægningsområderne Byen og Syd indenfor nefrologi og urologi samt onkologi fra optageområde Byen. En "Nordfløj" på ca. 40.000 bruttokvadratmeter vil skabe arealforbedringer for de centre, der fortsat vil være fysisk placeret i Centralkomplekset, Mellembygningen og Sydkomplekset gennem mulighed for etablering af flere 1-sengsstuer, end man har i dag, bedre opholdsfaciliteter for patienter og pårørende mv.

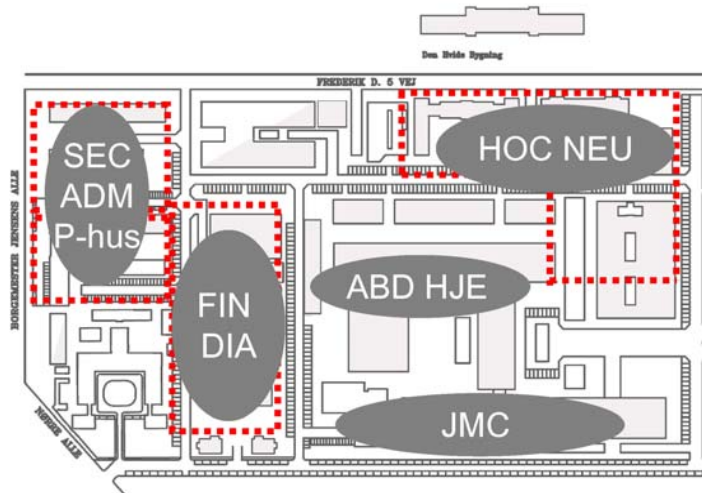
Opførelse af en "Nordfløj" vil sikre, at Rigshospitalet fremover har mulighed for placering af et partikelterapi anlæg på hospitalets matrikel.

Den valgte løsningsmodel kan indgå i en fremtidig helhed og vil være en god forberedelse for senere totalrenovering af Central-, Mellem og Sydkomplekset samt yderligere nybyggeri. Realisering af byggeprojektet er afhængig af Københavns Kommunes godkendelse af Kommuneplantillæg samt Lokalplan. Det forudsættes, at Københavns Kommunes godkender nedlæggelse af lejemålene i Funktionærboligen uden genhusningsforpligtigelse for Rigshospitalet.

Efter Byggeprojekt  
"Nordfløj"



Efter Generalplanen



- |                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| HOC: Hovedortocentret   | JMC: Juliane Marie Centret |
| NEU: Neurocentret       | FIN: Finsencentret         |
| ABD: Abdominalcentret   | SEC: Servicecentret        |
| HJE: Hjertecentret      | ADM: Administration        |
| DIA: Diagnostisk Center |                            |

## 7.2 Fysisk placering af Rigshospitalet centre

De kliniske centres placering efter byggeri af "Nordfløj" samt alle centres placering efter gennemførelse af det samlede byggeprojekt for Rigshospitalet er vist i ovenstående figurer.

Placeringen af HovedOrtoCentret og Neurocentret i "Nordfløjen" giver mulighed for at "Rygområdet", som i dag varetages i begge centre, i fremtiden kan etableres som en fælles "spinal unit". Det tætte samarbejde, som foregår mellem neurokirurger, ortopædkirurger, kæbekirurger og øre-, næse- og halskirurger i relation til operative indgreb hos traume- og kræftpatienter, kan intensiveres. Det er også gældende for smertebehandling, hvor der er et samarbejde mellem Tværfagligt Smertecenter i Neurocentret og Enhed for akut smertebehandling og palliation i HovedOrtoCentret. Derudover kan etablering af fællesvagt på anæstesiområdet for Neurocentret og HovedOrtoCentret sikres.

Med placeringen af Neurocentret og HovedOrtoCentret i "Nordfløjen" sikres samtidig, at knap halvdelen af Rigshospitalets fremtidige operationsstuer vil være placeret i nybyggeri. Hermed sikres bygningsmæssig og logistisk fleksibilitet, med mulighed for ændring af operationsfaciliteterne i takt med udvikling af nye teknologier og operationsmetoder, og hvor stuerne har en størrelse, der giver plads til den stigende mængde tekniske udstyr. De af Rigshospitalet fastsatte visioner for de fysiske rammer i nybyggeri, jf. afsnit 2.2, kan tilgodeses i løsningsforslaget.

## 7.3 Forudsætninger for opførelse af "Nordfløj"

Ved opførelse af "Nordfløj" skal følgende funktioner genhuses:

- Epidemiklinikken genhuses i pavillon
- Ambulant hæmodialyse indpasses delvist i den planlagte satellit på Hvidovre Hospital og delvist i pavillon

- Onkologisk sengeafsnit (10 senge) med tilhørende ambulatorier genhuses i pavillon
- Vagtværelser genhuses i centrenes nuværende rammer
- Demensklinikken genhuses på matriklen

Derudover kræves:

- Opsigelse af Børnehavens lejemål
- Nedlæggelse af lejlighederne i Funktionærboligen uden genhusningsforpligtigelse for Rigshospitalet
- Københavns Kommunes godkendelse af kommuneplantillæg/lokalplan
- At planlægningen af yderligere nybyggeri på byggefelt Ib (ca. 24.000 bruttokvadratmeter) sker sammen med det første nybyggeri til og med byggeprogrammet

## 7.4 Alternative løsninger

Forud for valget af den anbefalede løsning for det første byggeprojekt på Rigshospitalet, er en række muligheder analyseret og vurderet i forhold til de krav og ønsker, der er til såvel første byggeprojekt, som det samlede byggeprojekt.

I de følgende afsnit skitseres de mest oplagte alternativer, og der redegøres kort for, hvorfor de er fravalgt.

### 7.4.1 Alternativ 1

#### Hidtidige forudsætninger fra foråret 2009

Som beskrevet i afsnit 6.1 kan det nødvendige arealbehov undervejs i renoveringsperioden ikke tilvejebringes. Dels er arealbehovet meget stort, og dels kan eksempelvis pavillonbyggeri i det omfang ikke huses på Rigshospitalets matrikel eller som tidligere forudsat delvis i Amorparken, da denne i mellemtiden er blevet fredet.

Dette alternativ er derfor fravalgt grundet det store arealunderskud under byggeperioden og de manglende muligheder for genhusning.

#### 7.4.2 Alternativ 2

##### **Større nybyggeri på byggefelt I**

En anden mulighed er, at øge nybyggeriet på byggefelt Ia (og delvist Ib) til ca. 50.000 bruttokvadratmeter og midlertidigt ombygge Funktionærboligen i stedet for nedrivning og nybyggeri.

I relation til Hospitalsplanen vil det sikre plads til samling af de højt specialiserede funktioner for tand-, mund- og kæbekirurgi, kraniekirurgi samt thoraxkirurgi og karkirurgi, men ikke for gynækologi, obstetrik og pædiatri. Alternativet giver en række af de samme fordele som den anbefalede løsning. For HovedOrtoCentret og Neurocentret giver de flere kvadratmeter mulighed for indflytning og samling af flere funktioner i nybyggeriet, mens løsningen for støttefunktionerne er mere uhensigtsmæssig end i den anbefalede løsning. Alternativet er fravalgt, fordi denne løsning medfører store midlertidige følgeudgifter og er mindre egnet til gennemførelse af den efterfølgende totalreovering.

#### 7.4.3 Alternativ 3

##### **Placering af første nybyggeri i byggefelt II og IIIa og fortsættelse på Rockefeller-grunden**

Ved alternativ 3 bygges knap 55.000 bruttokvadratmeter nybyggeri fordelt på 40.000 bruttokvadratmeter på byggefelt II og knap 15.000 bruttokvadratmeter på byggefelt IIIa.

Alternativet har sine umiddelbare fordele ved, at Rockefeller-grunden med sin beliggenhed er et velegnet byggefelt både i forhold til at minimere gener under byggeriet og til den efterfølgende sammenhæng med de eksisterende bygninger og nybyggeri på byggefelt II. Dertil kommer, at en del af følgeudgifterne forbundet med genhusning og nedrivning af byggefelt II kunne afholdes indenfor partikelterapiens ramme.

Ulemperne ved alternativ 2 er primært, at projektet vil være afhængigt af eksterne beslutninger vedrørende etablering af partikelterapi i Danmark, idet byggefelt II er det eneste byggefelt der kan rumme partikeltherapianlægget. Derudover er det usikkert om og i givet fald

hvornår hospitalet vil kunne disponere over Rockefeller-grunden. Begge dele har betydning for tidsrammen for både første nybyggeri og gennemførelse af den samlede projekt.

Alternativet er fravalgt, fordi muligheden for etablering af et partikeltherapianlæg ønskes bevaret, og fordi det er usikkert om udvidelsen vil kunne fortsætte på Rockefeller-grunden.



## 8. ØKONOMI OG TIDSPLAN

### 8.1 Økonomi

Den generelle model til beregning af anlægsudgifter for hospitalsprojekter i Region Hovedstaden er benyttet i dette idéoplæg. Modellen anvender kvadratmeterpriser fordelt på i alt 20 kategorier.

Nedenstående tabel præsenterer kategori 1, Nybyggeri, da det er den kategori nærværende projekt går ind under. Til hver kategori knyttes en af fire kategorier for, hvilke funktioner der nybygges. De fire kategorier dækker over alt fra sekundære arealer som f.eks. kældre (kategori A til arealer med højt installationsniveau som f.eks. operation (kategori D).

De benyttede kvadratmeterpriser (ekskl. moms ved byggeprisindeks 120,5 svarende til 2. kvartal 2009) indeholder udgifter til projektering og byggestyring, byggeomkostninger og genhusnings-/interimsforanstaltninger (indflytning i nybyggeri) samt medicoteknisk udstyr og fast inventar. Priserne indeholder ikke udgifter til IT og AGV'ere. I kvadratmeter-prisen for nybyggeri er ikke indeholdt nedrivning af eksisterende bygninger.

P-pladser beregnes ikke ud fra kvadratmeter, men baseres på prisen pr. p-plads. For pladser over jord er den sat til 125.000 kr. pr. p-plads.

**Tablet 4 Region Hovedstadens model for skøn over anlægsøkonomi**

	kr./m <sup>2</sup> ved kategori A	kr./m <sup>2</sup> ved kategori B	kr./m <sup>2</sup> ved kategori C	kr./m <sup>2</sup> ved kategori D
<b>Nybyggeri (ekskl. evt. nedrivning)</b>	<b>12.738</b>	<b>19.933</b>	<b>27.933</b>	<b>36.110</b>
<i>Heraf:</i>				
<i>Byggeomkostninger</i>	9.770	15.443	19.835	24.667
<i>Inventar og medicoteknisk udstyr</i>	977	1.544	3.967	6.167
<i>Genhusning og interimforanstaltninger</i>	525	630	1.156	1.576
<i>Projektering</i>	1.466	2.316	2.975	3.700
Definitioner, areal typer	Sekundære arealer f.eks.:	Ikke-kliniske arealer f.eks.:	Kliniske arealer f.eks.:	Arealer med højt installationsniveau:
Eksempler på arealer	Kælder, depoter	Kontorer, undervisning	Sengeafsnit, ambulatorier	Operation, laboratorier, røntgen

Region Hovedstadens m<sup>2</sup>-priser (indeks 2.kvt. 2009: 120,5)

### 8.1.1 Nybyggeri – ”Nordfløj”

Det samlede overslag over anlægsøkonomien for første nybyggeri er beregnet ud fra Neurocentret og HovedOrtoCentret funktioner i 2015.

**Tabel 5 Anlægsøkonomi for Kvalitetsfondsprojekt**

Post	udgift (mio. kr.)
Nedrivning	16
Etablering af pavillon	89
Interne flytninger/renovering	157
P-hus	37
Nybyggeri	1.551
<b>Total</b>	<b>1.850</b>

### 8.1.2 Investeringsplan

Nedenstående tabel viser et forslag til tidsforløb for anlægsøkonomien.

Tabel 6 Investeringsplan

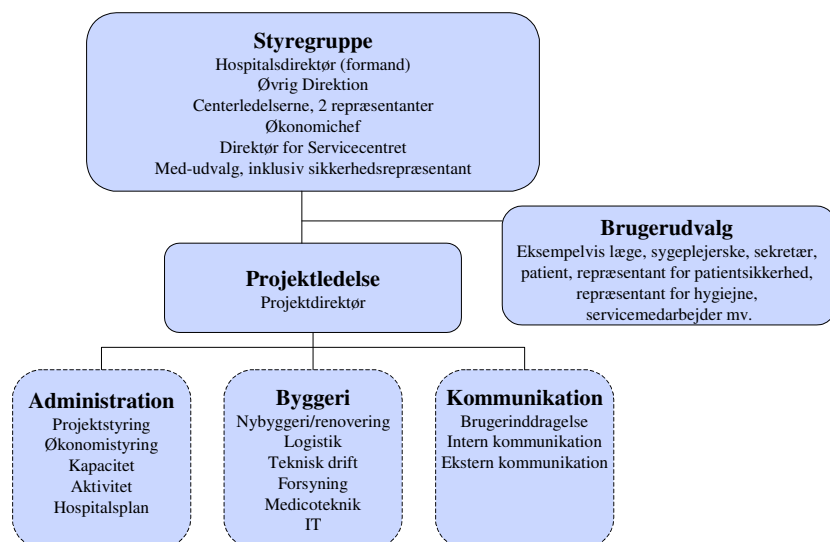
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Parkering				2	17	17				37
Øvrige			89	16				79	79	283
Nybyggeri	18	69	69	279	279	279	279	279		1.551
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>69</b>	<b>158</b>	<b>297</b>	<b>296</b>	<b>296</b>	<b>279</b>	<b>358</b>	<b>79</b>	<b>1.850</b>

### 8.2 Tidsplan

Der er opstillet en foreløbig tidsplan for planlægning, projektering, udførelse og ibrugtagning af det første byggeri på Rigshospitalet. Tidsplanen er anført i nedenstående tabel. Af tidsplanen fremgår det, at såfremt idéoplægget godkendes på regionsrådets møde i marts 2010 vil byggeriet være klart til ibrugtagning medio 2017.

Hovedtidsplan for Kvalitetsfondsprojektet på Rigshospitalet	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Godkendelse af idéoplæg	■							
Udbud af bygherrerådgiver	■							
Byggeprogram	■							
Konkurrenceperiode		■						
Projektforslag		■						
Hovedprojekt inkl. myndighedsbehandling og udbud			■	■	■	■	■	■
Udførelse					■	■	■	■
Ibrugtagning							■	■
Genhusningsarealer, projektering incl. udbud, myndigheder mv.		■	■	■	■			
Nedrivningsarealer, myndighedsbehandling, fraflytning, nedrivning				■				

## 9. ORGANISERING, RISIKOSTYRING OG BRUGERINDDRAGELSE



### 9.1 Organisering og brugerinddragelse

Rigshospitalets projektorganisation omfatter en styregruppe, en projektledelse og et brugerudvalg. Organisationen fremgår af nedenstående organisationsdiagram.

Styregruppen fastlægger de overordnede rammer og principper for projektet. Sammensætningen af styregruppen skal sikre, at der i resten af organisationen er en generel tillid til de truffe beslutninger.

Projektledelsen varetages af en projektdirektør, der overfor direktion / styregruppe har det samlede ansvar for projektet. Projektdirektøren er hovedansvarlig for aftaler med projektets rådgivere, for den hospitalsfaglige rådgivning og for brugerinvolveringen.

Brugerudvalget er et fast udvalg, der består af læger, sygeplejer, sekretærer, servicemedarbejdere og andre, der kan bistå med viden og rådgivning om væsentlige forhold vedrørende arbejdsgange, behandling og pleje af patienter, arbejdsmiljø, sikkerhedsspørgsmål mv. Brugerudvalget har ikke formel beslutningskompetence eller ansvar.

Gennem hele projektperioden vil derudover ske en involvering af ledere og medarbejdere på hospitalet, idet den viden og erfaring personalet har om de forskellige specialers funktionalitet og indbyrdes sammenhænge er helt afgørende for, at der kan skabes det bedst mulige hospital. Brugerinddragelsen vil eksempelvis ske ved nedsættelse af ad hoc grupper vedrørende speciale- eller opgavespecifikke emner.

Der vil blive indgået aftale med en gennemgående bygherrerådgiver for hele projektforløbet. Aftalen indgås først efter, at Rigshospitalets Idéoplæg er godkendt af regionsrådet. Bygherrerådgiverens første opgave vil være at deltage i arbejdet med udarbejdelse af et byggeprogram.

## 9.2 Risikostyring

Projektet vil møde risici indenfor mange områder som f.eks. økonomi, jura, strategi, miljø, politik og teknik mv.

Der vil blive udarbejdet en handlingsplan for risikostyring af hele Rigshospitalets byggeprojekt i samarbejde med den bygherrerådgiver, der bliver indgået aftale med. Risikoanalyse og håndtering af risici vil følge Region Hovedstadens paradigme for risikostyring.

Ansvar for at sikre, at risici bliver identificeret, dokumenteret og med jævne mellemrum underkastet review er i projektorganisationen. Styregruppen har ansvaret for at underrette om eventuelle eksterne risici, tage beslutninger på baggrund af projektorganisationens anbefalede reaktioner på risici samt underrette Region Hovedstaden om risici, der berører projektets mulighed for at indfri målsætningerne.

Med henblik på en indledende risikovurdering har projektorganisationen gennemført en risikoanalyse. Samtlige risici er vurderet i forhold til sværhedsgrad samt sandsynlighed.

Efter regionsrådets godkendelse af Idéoplægget vil der blive afholdt et risikoseminar med deltagelse af repræsentanter fra Rigshospitalet, regionsgårdens administration og andre af regionens hospitaler.

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 4

Emne: Status vedr. sundhedsaftaler

1 bilag

## **NOTAT**

Til: **Forretningsudvalg og Regionsråd**

**Opgang** Blok B  
**Telefon** 48 20 50 00  
**Direkte** 48205410  
**Web** www.regionh.dk

Dato: 26. februar 2010

### **Årsstatus vedr. sundhedsaftaler – februar 2010.**

I dette statusnotat redegøres for arbejdet med videreudvikling og implementering af sundhedsaftalerne. Endvidere redegøres der for antallet af færdigbehandlede i 2009 sammenholdt med tallene for 2008.

Vedrørende de enkelte områder skal bemærkes:

#### *Indlæggelse og udskrivning:*

Indsatsen på dette område har koncentreret sig om udskrivningssamarbejdet, herunder rettidig varsling af forventet færdigbehandlingstidspunkt.

Samarbejdet er blevet forbedret ved, at der på alle hospitaler nu er samordningskonsulenter/udskrivningskoordinatorer, der indgår i dialogen med kommunerne om de komplekse udskrivningsforløb. Mange kommuner har tilsvarende styrket deres indsats på området gennem ansættelse af udskrivningskoordinatorer/visitorer, der har tæt kontakt med hospitalet. En række kommuner har endvidere udvidet deres kapacitet med hensyn til hurtigere at kunne hjemtage færdigbehandlede fra hospitalerne.

Ministeriet for sundhed og forebyggelse præciserede i 2010 reglerne for opkrævning af betaling for færdigbehandlede, så det administrative arbejde i form af udskrivningsrapport, nødvendig medicin og hjælpemidler skal være klar før betaling kan opkræves.

Der har været dialog om komplekse forløb, hvor de gældende varslingsregler er vanskelige at overholde i en dialog med Frederiksberg og Københavns Kommuner. Resultatet af denne dialog vil blive indarbejdet i den kommende sundhedsaftale.

IT understøttelsen af varslings-samarbejdet med anvendelse af MedCom standarder er endnu ikke tilvejebragt. Der er i 2009 færdiggjort landsdækkende kravspecifikation for varslingsmeddelelse færdigmelding og udskrivningsrap-

port. Udvikling af meldingerne til brug i det daglige arbejde er påbegyndt og forventes færdiggjort i slutningen af 2010.

Initiativerne vedrørende udskrivningsarbejdet har påvirket antallet af færdigbehandlede patienter, der venter på hospitalerne, så tallet er faldet i løbet af 2009.

I nedenstående tabel er antal afregnede dage for 2009 sammenlignet med årene 2007 og 2008. Sammenligningen viser, at det samlede tal for 2008 ligger væsentligt over tallet for 2007. En del af forklaringen er forårets konflikt på sundhedsområdet, der havde negative konsekvenser for udskrivningssamarbejdet. Tallene for 2009 ligger væsentlig under tallene for både 2007 og 2008. Dette tyder på at udskrivningssamarbejdet også i 2009 fortsat undergår en positiv udvikling.

Data	År		
	2007	2008	2009
Januar	2.121	5.388	4.922
Februar	3.695	3.919	4.382
Marts	4.612	4.131	4.028
April	3.981	4.729	3.150
Maj	3.947	4.875	3.016
Juni	3.602	5.956	2.682
Juli	4.613	6.163	2.034
August	3.666	3.608	2.230
September	3.289	3.555	2.313
Oktober	3.290	4.764	2.216
November	3.352	3.354	2.549
<b>I alt</b>	<b>40.168</b>	<b>50.442</b>	<b>33.522</b>

Det er endnu ikke muligt at opgøre data for hele 2009. Dette skyldes, at Sundhedsstyrelsen har skiftet leverandør på data siden og at dette har af sted kommet store data problemer. Sundhedsstyrelsen har udmeldt, at de først forventer, at der medio marts vil foreligge data for 2009.

Det skal bemærkes, at der fortsat kan komme efterreguleringer for september og november, så tallene for 2009 kan blive højere. Vedrørende tallene for 2007 skal det bemærkes, at den nuværende registrering først startede 1. januar 2007 og tallene for januar måned er påvirket heraf. Tallene i perioden april-juli 2008 er præget af, at udskrivningssamarbejdet ikke fungerede optimalt under forårets lange konflikt på sundhedsområdet og den efterfølgende koncentrerede ferieafvikling. Tallene for 2009 er præget af, varslings- og udskrivningssamarbejdet har været inde i en god udvikling.



Der vil i 2010 fortsat være stor bevågenhed på området for at få antallet af færdigbehandlede nedbragt yderligere.

### **Genoptræning:**

Arbejdsdelingen på genoptræningsområdet mellem hospitaler og kommuner styres af snitfladekatalog med eksemplificerende beskrivelser af standardgenoptræningsforløb, der beskriver de faglige kriterier for sondringer mellem almen og specialiseret genoptræning. Snitfladekataloget er nu implementeret i hele regionen.

I løbet af 2009 er der udarbejdet og implementeret snitfladebeskrivelser for hjertesygdomme (kronisk hjertheinsufficiens, dokumenteret iskæmisk hjertesygdom og hjerte-karlidelser), cancer og idrætsmedicin.

Der er endvidere udarbejdet snitfladekatalog vedrørende træning af børn og en særlig samarbejdsmodel, der skal understøtte implementeringen. Implementeringen er forberedt gennem 2009 og sker endeligt 1. februar 2010, da der i kommunerne har været usikkerhed om opgavens omfang, karakter og kompleksitet.

Arbejdet med udviklingstiltag er forankret i arbejdsgruppen vedrørende genoptræning med repræsentanter fra kommuner, hospitaler og regionsadministration. Arbejdsgruppen fungerer godt og sikrer bredt accepterede løsninger. Hovedfokus for genoptræningsgruppen i 2010 bliver dels revision af snitfladekataloget men især udviklingen af forslag til tværsektorielle og tværfaglige standardforløbsbeskrivelser og kliniske vejledninger på alle relevante genoptræningsgrupper.

Der foretages en månedsvis monitorering af forholdet mellem andelen af almen og specialiseret ambulans genoptræning. Monitoreringen oplyses på såvel hospitals- som kommuneniveau samt samordningsudvalgsniveau. Målet er, at få klarlagt udviklingen i praksis på genoptræningsområdet som led i den nationale overvågning af området.

Monitoreringen viser dels, at der udarbejdes et stigende antal genoptræningsplaner, dels at den forudsatte øgning af andelen af almen genoptræning realiseres. Monitoreringen viser også, at der er forskelle mellem hospitalerne i andelen af almen og specialiseret genoptræning. Forskellene afspejler i et vist omfang forskelle i hospitalernes opgavesammensætning. Udvikling og fordeling i antallet af genoptræningsplaner fremgår af følgende oversigt:

<b>Data for Jan-nov.</b>	år			
<b>Plantype</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>% stigning 2007-2009</b>
<b>Almen</b>	11.422	13.482	19.014	66,5 %
<b>Specialiseret</b>	9.446	6.331	5.247	-44,6 %
<b>Egentræning</b>	1.754	647	875	-50,1 %
<b>Total</b>	22.642	20.460	25.136	11,0 %

Der foreligger endnu ikke tal for december 2009. Dette skyldes de ovenfor nævnte problemer med dataleverancen fra Sundhedsstyrelsen.

Det lave antal genoptræningsplaner i 2008 har sammenhæng med strejken på sundhedsområdet i foråret 2008.

Det samlede antal af genoptræningsplaner er således steget med 11 % fra 2007 til 2009. Andelen af almene genoptræningsplaner er udgjorde 50 % af det samlede antal planer i 2007. Den andel er steget til 76 % i 2009.

### **Erhvervet hjerneskade:**

Med strukturreformens ændrede opgavedelinger og myndigheds- og finansieringsansvar har det vist sig nødvendig at gentænke indsatsen for personer med erhvervet hjerneskade, så de hidtidige mål om høj faglig kvalitet i den samlede behandling samt koordination og sammenhæng i behandlingen fortsat opfyldes.

Der blev derfor i september 2008 nedsat en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, som har til opgave at fremkomme med forslag til den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen i hovedstadsregionen. Arbejdsgruppen har afsluttet sit arbejde i foråret 2009.

Arbejdsgruppen har beskrevet kriterier for færdigbehandling af voksne med erhvervet hjerneskade på hospitalerne og samarbejdet med kommunerne og udskrivning og videre rehabilitering. Udskrivningssamarbejde og genoptræningsplaner er de centrale redskaber for at sikre sammenhængende forløb, der både tager højde for behov for fysisk genoptræning og kognitiv og kommunikationsmæssig træning. Samarbejdet på området drager nytte af de generelle samarbejdsredskaber fastlagt i sundhedsaftalerne. Det fastslås, at hospitalerne kun skal have en indgang til den enkelte kommune vedrørende forløb med personer med erhvervet hjerneskade. Tiltagene, der alene vedrører voksne med erhvervet hjerneskade, forventes at være implementeret fuldt ud i løbet af 2010.

### **Hjælpemidler:**

Arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner på hjælpemiddelområdet fastlægges af et casekatalog, som konkretiserer cirkulæret vedrørende afgræs-

ning af behandlingsredskaber. Casekataloget er implementeret i samtlige kommuner og hospitaler. Casekataloget revideres ved behov, ligesom ny afgrænsninger løbende udformes.

Dette arbejde er forankret i en permanent tværsektoriel arbejdsgruppe med repræsentanter fra hospitaler, kommuner og regionsadministration. Det lokale samarbejde er forankret i lokale hjælpemiddelfora. Samarbejdet vurderes som velfungerende.

I efteråret 2009 blev der nedsat en særlig arbejdsgruppe under hjælpemiddelgruppen, der skal kortlægge arbejdsgange og organisering af høreapparatområdet i hovedstadsregionen. Baggrunden er de mange aktører på feltet, uklare arbejdsgange og stigende udgifter på feltet. Arbejdsgruppens rapport forventes at foreligge inden sommerferien 2010.

#### **Udviklingsforum vedrørende patientrettet forebyggelse:**

Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv, dvs. få kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at udøve en god egenomsorg, fx ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning.

I sundhedsaftalerne mellem regionen og kommunerne er det aftalt, at sikringen af den overordnede sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud sker gennem den tværsektorielle følgegruppe *Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse*. I Udviklingsforum deltager repræsentanter for kommuner, hospitaler, almen praksis og regionens administration.

Udviklingsforum har til opgave at udvikle samarbejdet og arbejdsdelingen på alle områder af den patientrettede forebyggelse. Dette arbejde udmønter sig i udviklingen af forløbsprogrammer for kronisk sygdom herunder patientuddannelse. Der er forløbsprogrammerne for KOL og diabetes type 2. Der er i 2009 arbejdet på udvikling af et forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme. Formulering af en regionsdækkende samarbejdsmodel for demens organiseres også som et forløbsprogram forankret i udviklingsforum. Forløbsprogrammet for demens forventes færdigt i foråret 2010. Hovedopgaven i 2009 har været forberedelse af implementering af forløbsprogrammerne, hvor der er brugt mange ressourcer på udformning af en projektbaseret ansøgning til de statslige forebyggelsespuljer. Da udmeldingen af de statslige puljemidler først kom i midten af december 2009, starter den egentlige implementering først i 2010.

Sundhedsprofilen har fokus på social ulighed i sundhed. Dens indhold og rolle som planlægningsredskab har været drøftet i udviklingsforum med henblik på, hvordan en indsats mod social ulighed i sundhed kan tilrettelægges.

I forslag til udmelding af forebyggelsespuljen er såvel opfølgning på sundhedsprofilen som ulighed i sundhed gjort til temaer for projektansøgninger.

Der er i 2009 udviklet en sundheds- og forebyggelsesportal. Portalen indeholder oversigt over sundheds- og forebyggelsestilbud på hospitaler og kommuner. Portalen er taget i brug i efteråret 2009 og ligger på Sundhed.dk, der er det foretrukne arbejdsredskab for praktiserende læger.

#### **Indsatsen for mennesker med sindslidelser:**

Der er udarbejdet standardaftaler for samarbejdet mellem de enkelte psykiatriske centre og kommunerne på henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet. Standardaftalerne er nu implementeret og bruges som retningslinjer for det daglige samarbejde. Der er i 2009 arbejdet med at konsolidere anvendelsen af aftalerne.

#### **Tværasektoriel elektronisk kommunikation:**

Samarbejdet om elektronisk kommunikation i hele sundhedstrekanten – hospitaler, kommuner og almen praksis – er forankret i IT-udviklingsgruppen. Kommunikationens sker ved hjælp af MEDCOMs standarder. Fokus er på de såkaldte basisadvis'er, korrespondancemeddelelsen, genoptræningsplaner og nye standarder til varslings og færdigmelding. Det er prioriteret at sikre hospitalers og kommunernes anvendelse af disse elektroniske meddelelser. Almen praksis kan bruge disse meddelelser. Der følges løbende op på anvendelsen.

Omkring de enkelte meddelelsetyper kan oplyses:

#### **Basisadviser**

Da indlæggelsesadvis og indlæggelses svar er organisatorisk implementeret på henholdsvis hospitalerne og i kommunerne, er fokus først og fremmest på anvendelsen af udskrivningsadvis i kommuner og på hospitaler herunder tidstro registrering af udskrivelser på hospitalerne. Der følges løbende op på anvendelsen. Det er et krav fra kommuneside, at udskrivelsesadvis'erne registreres tidstro, hvis udskrivelsesadvis'erne skal kunne anvendes som kommunikationsform i forbindelse med, at en borger udskrives/hjemsendes, idet kommunerne er afhængige af at kende det præcise tidspunkt for, hvornår de skal påbegynde borgerens pleje/omsorgsopgaver.

### **Korrespondancemeddelelsen (den kliniske e-mail)**

Den tekniske implementering af korrespondancemeddelelsen finder sted på hospitalerne i forbindelse med implementeringen af ”OPUS arbejdsplads”, der er færdiggjort i foråret 2009. Enkelte kommuner vil først i 2010 være klar til implementering af korrespondancemeddelelsen.

### **Status vedr. implementering af de elektroniske genoptræningsplaner i Region Hovedstaden**

Ultimo 2009 er den elektroniske genoptræningsplan taget i brug i hele regionen. Der pågår et arbejde med at få den fuldt integreret i det daglige arbejde.

### **Revidering af MedCom standarder**

Regionen tog i 2008 initiativ til et nationalt samarbejde forankret under MedCom for at få udviklet nye og revideret nuværende MedCom standarder. Det drejer sig om standarder for varsling og færdigmelding samt indlæggelses- og udskrivningsrapporter. Kravspecifikationerne blev færdiggjort i 2009 og der er nu indledt et samarbejde med regionens it-leverandør om udviklingen af standarderne. De forventes klar til implementering i slutningen af 2010.

### **Understøttelse af implementeringen.**

Implementeringen af den elektroniske kommunikation stiller store krav til hospitaler, kommuner og almen praksis. Der vil i årene 2010-2012 blive gjort en særlig indsats for at understøtte implementeringen, idet der med finansiering af de statslige puljemidler vedrørende kronikerindsatsen er ved at blive opbygget en støttefunktion i Koncern IT, der kan understøtte implementeringen bredt.

### **Aktivitet og økonomi:**

Der er sket en videreudvikling og uddybning af dataarbejdet omkring genoptræning, nul-dagsindlæggelse, genindlæggelser og færdigbehandlede. Data herom indgår i månedsvise ledelsesinformation til samordningsudvalgene. Der laves løbende en særskilt statistik for færdigbehandlede, der løbende forelægges sundhedskoordinationsudvalget. Der er i 2009 udviklet særlig statistik i forhold til de diagnoser, hvor indlæggelser/genindlæggelser særlig vurderes at kunne forebygges. Der er endelig arbejdet med udbygning af opfølgningen på genoptræningsområdet, kroniske patienter og den ældre medicinske patient.

### **Den administrative styregruppe for sundhedsaftaler:**

Styregruppen fungerer som igangsætter for arbejdsgrupperne og følger op på at fastlagte milepæle overholdes. Styregruppen har i 2009 mødtes ca. hver anden uge, hvor forberedelse af den kommende sundhedsaftale har været en hovedopgave.

**Samordningsudvalg:**

Samordningsudvalgene på hospitalerne og de psykiatriske centre fungerer stadig tilfredsstillende.

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 5

Emne: Plan for den ældre medicinske patient - implementering af følge hjem, følge op og ringe hjem ordninger

1 bilag

## NOTAT

Til: **Den administrative styregruppe vedr. planen for  
den ældre medicinske patient**

## Forslag til rammer for igangsætning af følge hjem, følge op og ringe hjem ordninger

### Baggrund

Region Hovedstadens plan for den ældre medicinske patient anbefaler at iværksætte ordninger, hvor patienten følges hjem fra hospitalet af hospitalspersonale med evt. deltagelse af kommunalt personale (*følge hjem*), hvor egen læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på patienten i hjemmet (*følge op*) og ordninger hvor hospitalspersonalet ringer hjem til borgeren efter udskrivelsen (*ringe hjem*). Der er i budget 2009 afsat midler til igangsætning af de tre ordninger. I budget 2010 er der afsat yderligere midler til at udvide *følge hjem* ordningen, så den kan dække hele Region Hovedstaden.

Forslagene er baseret på tidligere forskningsprojekter vedr. *følge hjem* og *følge op* ordninger udført i regionen. Hovedresultaterne af projekterne var:

- antallet af genindlæggelser blev reduceret mellem 23 og 28 %,
- behandlingen med medicin blev effektiviseret
- udbredt tilfredshed med ordningerne
- sundhedsøkonomisk er der ikke fundet merudgifter som følge af ordningerne<sup>1</sup>.

Forslagene skal ses som indsatser, der med fokus på udskrivningsprocessen bidrager til at styrke det sammenhængende patientforløb for en gruppe svage (typisk ældre) patienter med særlige behov.

---

<sup>1</sup> Der er gennemført et forskningsprojekt med afprøvning af følge hjem ordning i et samarbejde mellem Gentofte Hospital og 3 omkringliggende kommuner (1) samt et forskningsprojekt om opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse i et samarbejde mellem Glostrup Hospital og 7 omkringliggende kommuner (2).

1. Butzbach S, Hald T, Hansen AD, Hansen LS, Jacobsen KO, Kjær P, et al. Følge-hjemordning til ældre medicinske patienter, som udskrives fra hospital. Et randomiseret kontrolleret interventionsstudie. Gentofte Hospital; 2007 Feb.

2. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, Hammer A, Andreasen A, Nissen A, et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - resultater fra et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie i Københavns Amt. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering: Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007 Aug. Report No.: 2007; 7(4).



Der er i gældende sundhedsaftaler ikke aftalt nærmere om ordningerne. Den enkelte kommunes tilslutning beror derfor på beslutning i kommunen herom.

Den konkrete implementering af forslagene beror på et konkret samarbejde mellem hospital, kommune og praktiserende læge. Samarbejdet omkring udskrivning af patienter fra hospitalerne er aftalt i de gældende sundhedsaftaler. Forslagene bidrager således til at opfylde det overordnede mål i sundhedsaftalerne, som er at skabe sammenhæng og koordination af den indsats, der ydes på hospitalerne, i praksissektoren og i kommunerne, således at den enkelte borger oplever et sammenhængende forløb med høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Forslagene vil mere konkret understøtte og udbygge de initiativer, der allerede er igangsat vedr. udskrivningsprocessen. Ordningerne er således tænkt som værktøjer, der kan supplere og anvendes i sammenhæng med de eksisterende aftaler mellem hospitalet og kommunen i forbindelse med udskrivelsen.

*Følge hjem* ordninger tænkes implementeret som driftsopgaver på alle regionens hospitaler.

*Følge op* ordningen er afhængig af tilslutning fra de enkelte kommuner. Regionen forventer at etablere de nødvendige rammer gennem aftaler med almen praksis, som den enkelte kommune kan lægge til grund for sin tilslutning til ordningen.

*Ringe hjem* indsatser tænkes afprøvet ved projekter, som de enkelte afdelinger kan søge om finansiering til.

Fælles for alle ordninger er, at de skal bidrage til at skabe et sammenhængende forløb og tryk for patienten i forbindelse med udskrivelse efter et hospitalsophold.

Indførelsen af disse ordninger ændrer ikke ved det forhold, at kommunerne har bevillingskompetencen til at iværksætte kommunalt finansierede foranstaltninger i borgers hjem.

I dette notat beskrives rammer for, hvilke patienter der bør tilbydes hvilke ordninger. Der skal desuden udarbejdes vejledende retningslinjer for indhold i ordningerne. Endvidere skal det fastlægges, hvordan organisationen omkring ordningerne skal være. De generelle kriterier bør sikre en så ensartet behandling af patienterne på tværs af regionen som muligt, men bør samtidig være så rummelige, at ordningerne kan tilpasses og indarbejdes i de eksisterende strukturer og forhold lokalt i kommunerne og på hospitalerne.

Det er sigtet, at ordningerne kan indgå i de kommende 2. generations sundhedsaftaler med henblik på styrkelse af forløb for ældre medicinske patienter/borgere.

## 1. Følge hjem og følge op ordninger

### Formål

Formålet med en *følge hjem* ordning er at give patienterne bedre kvalitet og tryghed i overgangen fra hospital til hjem. Hensigten er at reducere risikoen for genindlæggelser bl.a. ved at sikre at patienten selv kan fungere i hjemmet med relevant hjælp. Endvidere skal ordningen understøtte hensigtsmæssige arbejdsgange for udskrivelse og kontakt mellem hospital og hjemmepleje, således som disse er aftalt i gældende sundhedsaftaler.

Formålet med en *følge op* ordning er at give patienterne bedre kvalitet og sammenhæng ved at sikre koordination og forankring af det fortsatte behandlingsansvar, og opfølgning på eventuelle pleje- og behandlingsmæssige behov. Hensigten er at reducere risikoen for genindlæggelser bl.a. ved at bedre den medicinske behandling og øge den sociale indsats. Endvidere skal ordningen understøtte samarbejdsstrukturer mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejen.

### Målgrupper

Af sundhedsaftalernes indsatsområde 1 fremgår det, at formålet med at skabe sammenhængende forløb særligt gælder svage, ældre patienter defineret som alle patienter, uanset alder og diagnose, som i forbindelse med udskrivning fra hospitalet har behov for tilbud om ydelser fra kommunen, egen læge og evt. andre parter.

Øget koordinering bl.a. i form af udskrivningskonferencer er aftalt for patienter med væsentligt ændret eller markant nedsat funktionsniveau, og hvor både hospital og kommune vurderer, der er behov for det, og det giver mening. Det skal aftales mellem hospital og kommuner, i hvilke situationer og i forhold til hvilke patientgrupper, der normalt skal afholdes udskrivningskonference.

I tillæg til målgruppen beskrevet i den nuværende sundhedsaftale foreslås det, at der laves fælles regionale kriterier for hvilke patientgrupper, der bør tilbydes *følge hjem* og *følge op* ordninger.

Det foreslås således, at en *følge hjem* indsats tilbydes de skrøbeligste patienter, hvor der ved udskrivningskonferencen er konstateret behov for en umiddelbar sikring af, at patienten kan klare sig i hjemmet. *Følge op* indsats ved praktiserende læge og hjemmesygeplejen kan tilbydes svage ældre med helbredsmæssige, sociale eller organisatoriske problemstillinger, hvor opfølgning er hensigtsmæssig. Ordningen tænkes også at kunne tilbydes, hvor der er behov for en overlevering efter gennemført hjemfølgning af patienten.

Ordningerne foreslås afgrænset til de intern medicinske specialer, indtil ordningerne er veletableret. Andre specialer (fx kirurgi og neurologi) vil på sigt også være relevante at inddrage i ordningerne. Alder bør ikke indgå som et kriterium, da svækkelse også findes i de yngre aldersgrupper. Beslutning om hjemfølgning fra hospitalet eller iværksættelse af opfølgning ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske bør ske ud fra en konkret helhedsvurdering af den enkelte patients situation. Dette vurderes

dels ved udskrivningskonferencen, dels i dialog mellem borger, kommune og borgeregens egen læge.

Forslag til målgrupper for *følge hjem* og *følge op* ordninger fremgår af følgende figur:

	Følge hjem	Følge op
Specialer	Intern medicinske specialer <sup>2</sup>	
Målgruppe	<p>Betydeligt svækket, ældre medicinsk patient, der har minimum 5 af følgende karakteristika:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Flere samtidige medicinske sygdomme</li> <li>▪ En kompleks social situation med skrøbeligt netværk</li> <li>▪ Nedsat compliance i forbindelse med behandling med medicinske præparater (ofte multifarmaci)</li> <li>▪ Faldtendens</li> <li>▪ Behov for vurdering af fysisk funktions-evne i eget hjem</li> <li>▪ Behov for vurdering af kognitiv formåen i eget hjem</li> <li>▪ Kognitive svigt</li> <li>▪ Behov for etablering eller øgning af hjemmehjælp eller hjemmesygepleje</li> <li>▪ Behov for afprøvning og installering af hjælpemidler i eget hjem</li> </ul>	<p><u>Patienter med følgende karakteristika:</u></p> <p><u>Helbredsmaessige forhold</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stort funktionsevnetab eller ændret helbredsstatus i forhold til perioden før indlæggelsen</li> <li>▪ Kronisk og alvorligt syge</li> <li>▪ Tiltagende demens</li> <li>▪ Terminale patienter</li> </ul> <p><u>Organisatoriske forhold</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mange genindlæggelser</li> <li>▪ Lang indlæggelsestid</li> <li>▪ Hvor mange aftaler skal koordineres</li> </ul> <p><u>Sociale kriterier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Skrøbelige og usikre borgere</li> <li>▪ Borgere med spinkelt socialt netværk</li> <li>▪ Enlige, hvor ægtefælle nyligt er død</li> </ul>
<p>Note 1. Kriterierne for <i>følge op</i> ordningen er i overensstemmelse med ydelsesbeskrivelsen udarbejdet af Fagligt Udvalg vedrørende Almen Praksis.</p>		

Omfanget af patienter, der modtager ydelserne over flere gange bør følges. Målgruppe samt kriterier for målgruppen kan derfor løbende justeres, såfremt der er behov for dette.

## Vurdering af ordningernes omfang

Der findes kun begrænsede erfaringer med en egentlig drift af *følge hjem* og *følge op* ordninger. Grundlaget for at vurdere omfanget af ordningerne er derfor en extrapolering fra disse begrænsede driftserfaringer, samt faglige skøn over behovets omfang. De nedenstående opgørelser må derfor betragtes som bedste skøn over størrelsesordenen.

Gentofte Hospital har integreret *følge hjem* ordning som en del af udskrivning af patienter fra de medicinske afdelinger. Der foretages godt 300 hjemfølgninger om året med udgangspunkt i et optageområde på 160.000 borgere. På dette grundlag må der i hele regionen forventes mellem 3.000 og 3.500 hjemfølgninger om året. Det er fagligt skønnet, at behovet for opfølgende hjemmebesøg vil være 70 – 100 % højere end behovet for hjemfølgninger, dvs. mellem 5.000 og 7.000 besøg i hele regionen.

<sup>2</sup> Intern medicin, geriatri, hepatologi, hæmatologi, infektionsmedicin, kardiologi, med. allergologi, med. endokrinologi, med. gastroenterologi og med. lungesygdomme

I meget runde tal kan der på dette grundlag i en kommune med 50.000 indbyggere forventes at blive gennemført i størrelsesordenen omkring 100 hjemfølgninger fra hospitalet af kommunens borgere efter indlæggelse. Tilsvarende vil der være behov for i størrelsesordenen 150 - 200 opfølgende hjemmebesøg.

Det er imidlertid ikke muligt at vurdere den samlede nettoeffekt af at indføre ordningerne. Som nævnt vil ordningerne for det første medvirke til at effektivisere samarbejdet mellem de sundhedsfaglige parter om udskrivningen af patienten, og for det andet må det forventes, at de kommunale ydelser i forbindelse med ordningerne i et vist omfang vil erstatte eksisterende ydelser til de pågældende borgere.

### **Planlægning af *følge hjem* eller *følge op* indsats ved udskrivelsen**

I de nuværende sundhedsaftaler omhandler indsatsområde 1 udskrivningsforløb for svage, ældre patienter. Formålet er at medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb for svage, ældre patienter, som udskrives fra hospitalet enten til eget hjem eller til en kommunal foranstaltning.

Der er aftalt rammer for, hvorledes planlægningen af udskrivningen starter tidligt efter indlæggelsen, om varsling om udskrivning, om dialog med kommunen under indlæggelsen og om udskrivningskonference. Udskrivningskonferencen er det centrale redskab i samarbejdet mellem hospital, kommuner og borger. Udskrivningskonferencen er en måde at sikre, at dialog mellem hospital og kommune sker så tidligt som muligt for at opnå relevant koordination om patientens/borgerens forhold. Sigtet er at opnå sammenhængende forløb og overgange, tilfredsstillende faglig kvalitet og tilfredsstillende oplevelser for borgere og pårørende, samt at undgå forlængede indlæggelsestider. Udskrivningskonferencen kan foregå ved et møde, telefonsamtale eller anden form som parterne finder hensigtsmæssig. Det er afgørende, at kommune og hospital på udskrivningskonferencen afstemmer tilkendegivelser til patient/borger og dennes pårørende, om hospitalets og kommunens indsatser i forbindelse med og efter udskrivning. Det skal undgås, at der opstår forventninger om indsatser, som der ikke er mulighed for at tildele. I bilaget er det nærmere indhold af aftalerne beskrevet.

*Følge hjem* og *følge op* ordninger indgår som redskaber, der kan supplere de koordinerende aktiviteter, der jf. ovenfor sker i forbindelse med udskrivelsen.

Det foreslås derfor, at identifikation af relevante patienter og stillingtagen til iværksættelse af en *følge hjem* eller *følge op* indsats i forhold til en given patient bliver en del af de overvejelser, der indgår i udskrivningskonferencen således at stillingtagen sker ud fra en helhedsvurdering af patientens behov og i et samarbejde mellem hospitalet og kommunen.

For *følge hjem* ordningen aftales om og i givet fald hvem fra kommunen (fx visitator eller hjemmesygeplejerske) der deltager i hjemmet under hjemfølgningen, der foretages af hospitalspersonalet. Hospitalspersonalet kan efter aftale foretage yderligere opfølgende besøg.

I en *følge op* ordning vil endelig stillingtagen til, hvilke patienter der aflægges besøg hos, blive aftalt mellem hjemmesygeplejen/visitationen og den alment praktiserende læge. Det aftales således under udskrivningskonferencen, hvilke patienter, der er relevante at tilbyde et opfølgende besøg. Hjemmesygeplejen/visitationen bør herefter være

ansvarlig for kontakt til den praktiserende læge og herefter til patienten for at tilbyde det opfølgende besøg.

Ved første opfølgende besøg skal både den praktiserende læge og hjemmesygeplejen deltage. Deltagere i efterfølgende opfølgningskontakter (praktiserende læge, lægens personale og/eller hjemmeplejen) aftales ud fra en behovsvurdering ved første besøg. Som udgangspunkt foretages to efterfølgende kontakter (sygebesøg eller konsultation) til patienten.

En forudsætning for at kommunen og den praktiserende læge har et grundlag for opfølgning af patienten er, at hospitalet prioriterer at udsende udskrivningsrapport og epikrise med fremadrettet plan samtidig med udskrivelsen.

## **Økonomi og udmøntning af midler i Region Hovedstaden**

### Følge hjem ordning

Der er i Region Hovedstadens budget 2009 afsat 5 mio. kr. på årsbasis, heraf 3,5 mio. kr. i 2009 til ”udvikling af en *følge hjem* ordning til brug ved hjemsendelse af svage patienter fra hospitalets medicinske afdelinger. Ordningen omfatter ledsagelse ved udskrivning af de allersvageste, der vil have vanskeligt ved at klare udslusningen til eget hjem.” I budget 2010 er afsat yderligere 5 mio. kr. på årsbasis, således at der i alt er afsat 10 mio. kr. årligt i budgetperioden.

Gentofte Hospital har oplyst, at udgifterne på Gentofte Hospital til *følge hjem* personalets løn (1 sygeplejerske og 1 ergoterapeut) samt transportudgifter (ekskl. VBT) var ca. 880.000 kr. i 2008, og at befolkningsgrundlaget var på 160.000 borgere.

Det foreslås, at midlerne fordeles til hospitalerne på grundlag af befolkningsgrundlaget i optageområderne for de intern medicinske funktioner.

I forhold til monitorering af *følge hjem* ordningen foreslås, at ydelsen registreres som ”Hjemmebesøg” (AAF6). Koden har ikke økonomiske konsekvenser med mindre den kobles med ”vurdering af behov for foranstaltning i hjemmet forud for udskrivning” (ZZ0169). Hvis koblingen anvendes, havner aktiviteten i en genoptræningsgruppe til en værdi af ca. 10.000 kr., hvoraf de godt 7.000 betales af kommunen. *En sådan sammenkobling finder kun sted, hvis det lokalt mellem et hospital og en kommune er aftalt, at hospitalet varetager denne vurdering.* Der vil kunne følges op herpå i monitoreringen af ydelsen.

### Følge op ordning

Der er i Region Hovedstadens budget 2009 afsat 5 mio. kr. på årsbasis, heraf 2,5 mio. kr. i 2009 til ”i samarbejde med kommunerne – at udvikle og udbrede *følge op* ordning, hvor patienter med særligt behov tilbydes opfølgning af egen læge og kommune i fællesskab i hjemmet”. Kommunen forventes at finansiere hjemmesygeplejens og andre kommunale aktørers indsats i forbindelse med forberedelse af, deltagelse i og opfølgning på besøget. De 5 mio. kr. kan finansiere praktiserende lægers deltagelse i ordningen. Det forventes, at der for midlerne vil kunne udføres i størrelsesordenen 5.000 hjemmebesøg, hvis midlerne udelukkende går til honorering af almen praksis.

Udbredelsen af ydelsen bør følges tæt med henblik på at vurdere de økonomiske konsekvenser. Resultaterne fra analysen i Dansk Sundhedsinstitut af implementering af opfølgende hjemmebesøg i 2 sjællandske og 9 jyske kommuner følges ligeledes.

## 2. Igangsætning af følge hjem og følge op ordningerne

Det fremgår af I DSI's evaluering af igangsætningen af opfølgende hjemmebesøg i 11 kommuner<sup>3</sup>, at der må påregnes anvendt ressourcer til forberedelse af kommunernes beslutninger om at igangsætte en *følge op* ordning, samt til at planlægge igangsætningen og organiseringen af ordningen. Der må påregnes at der går mellem ½ og 1 år fra forberedelserne begynder og til ordningen kan iværksættes. Rapporten indeholder en række anbefalinger, som med fordel kan anvendes i den lokale implementering, såvel i kommuner, hospital og almen praksis.

Procedure for kommunikation (kommunikationsveje, krav til information før og efter en indsats, tidsfrister mm.) og arbejdsgange (patientidentifikation, forberedelse af besøg, indhold på besøget mm.) skal generelt aftales i Sundhedsaftalerne og i en § 2 aftale, der indgås mellem Region Hovedstaden og Praksisudvalget.

Specifikke aftaler skal ske lokalt mellem hospital, kommune og almen praksis bl.a. i samordningsudvalgene, da der kan være lokale variationer i fx bemanning og arbejdsgange, der skal tages hensyn til. Der bør nedskrives lokale arbejdsgange og aftaler for indsatserne. Kommunerne, regionen og praktiserende læger udarbejder i fællesskab et koncept for *følge hjem* og *følge op* ordningerne, hvori der beskrives opgaver og ansvar for de enkelte aktører. Konceptet skal være tilpas fleksibelt til at kunne rumme variation i organisation og kompetencer hos kommuner og på hospitaler som kan indgå i den lokale fastlæggelse af ordningerne. Der kan tages udgangspunkt i materiale fra de eksisterende ordninger.

Det enkelte samordningsudvalg kan opfordres til at nedsætte en gruppe bestående af praktikere (fx udskrivningsansvarlige afdelingssygeplejersker, kommunal visitation/visitor, koordinerende hjemmesygeplejersker, praksiskonsulenter og kommunale praksiskonsulenter hvor de findes), der drøfter de praktiske procedurer og hvordan ordningerne bedst igangsættes. Der bør på hospitalet og i kommunerne udpeges lokale tovholdere/implementerings-agenter (gerne i hvert lokalområde), som er organisatorisk og fysisk tæt på de kolleger, som skal udføre opgaverne. Gruppens medlemmer kan fungere som tovholdere i egne systemer. Ledelsesmæssig opbakning skal endvidere sikres og fastholdes.

Lægerne er organiseret forskelligt i de forskellige kommuner. Hvor der findes kommunale lægelaug og kontaktudvalg mellem kommuner og almen praksis bør disse inddrages. Kommunale praksiskonsulenter er endvidere oplagte kontaktpersoner.

I forhold til en *følge op ordning* skal rammer for de praktiserende læger aftales i en § 2 aftale. Det foreslås, at der laves en regional § 2 aftale, der overordnet beskriver orga-

---

<sup>3</sup> DSI: Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre kommuner lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer?, december 2009. [www.dsi.dk/frz\\_publicationer.htm](http://www.dsi.dk/frz_publicationer.htm)

nisering, målgrupper, besøgsindhold, kommunikation samt honorering af de praktiserende læger, som kan anvendes i en lokal implementering af ordningen.

Der bør iværksættes initiativer på den enkelte afdeling og i den enkelte kommune, der kan sikre, at der sker en stillingtagen til, om en patient er målgruppe for at modtage et opfølgende besøg. Tiltag der kan huske medarbejderne på opgaven bør iværksættes på afdelingerne og i kommunerne.

Lokalt bør der planlægges mundtlig og skriftlig introduktion til opgaverne, både på hospitalet og i kommunen. Information til lægerne bør ske skriftligt og eventuelt på møder i kommunale lægelaug mm. Introduktionen bør ske umiddelbart inden en igangsætning.

### **Hvordan understøttes den lokale implementering?**

Der bør iværksættes aktiviteter, der kan understøtte den lokale implementering af ordningerne.

Mulige værktøjer:

- Udarbejdelse af informationsmateriale
- Informationsmøder for samordningsudvalgene og praksisudvalget, hvor repræsentanter fra sektorerne præsenterer ordningerne og drøfter praktiske barrierer mv. for implementering
- Seminar/eftermiddagsmøder om implementering af ordningerne for det sundhedsfaglige personale i regionen
- Evt. formidling til det sundhedsfaglige personale af de sundhedsfagliges og patienternes udbytte
- Etablering af netværk i forhold til erfaringsudveksling under implementeringen

Initiativerne skal samtænkes med implementeringen af forløbsprogrammer.

### **Løbende opfølgning og evaluering af ordningerne**

De lokale samordningsudvalg bør løbende følge iværksættelsen af ordningerne og tilpasse procedurerne. Erfaringerne bør udveksles regionalt.

Der bør ske endvidere ske en samlet monitorering af området, som skal indarbejdes i den samlede monitorering, der aftales i 2. generations sundhedsaftaler.

I forhold til *følge hjem* ordningen bør hospitalerne registrere hjemfølgningerne under koden ”AAF6 Hjemmebesøg”. Der vil ikke kunne opnås et præcist mål for hjemfølgningerne ud fra denne registrering, da koden også anvendes til andre aktiviteter i hjemmet. Man må således forholde sig til væksten i ydelsen, når ordningen udbredes. Opgørelse af koden i forhold til udskrivningstidspunktet kan dog udelukke størstedelen del af andre typer hjemmebesøg. Det kan overvejes om der på enkelte hospitaler skal laves en nærmere evaluering af implementeringen af ordningen. Gentofte Hospital har udviklet en database, hvor der registreres en række oplysninger om hjemfølgningerne, som kan indgå i en evaluering.

I forhold til *følge op* ordningen vil der i forbindelse med en § 2-aftale blive tildelt et ydelsesnummer, som den praktiserende læge anvender i forhold til honorering. Antallet af opfølgninger kan herved følges. I den udstrækning kommunen vælger det, kan det være hensigtsmæssigt at indsamle udvalgte data omkring opfølgningen (fx antal identificerede patienter, hvor stor en andel der får besøg, om epikrisen foreligger forud for 1. kontakt og relevans af besøgene).

Der bør udvikles et system til i en opstartsfasen at evaluere, om det er de relevante patienter, der får ydelserne. Fx i form af en relevansvurdering af den enkelte kontakt fra de sundhedsfaglige aktører og/eller tilbagemelding i form af cases.

Det bør vurderes i hvilket omfang ordningerne ønskes evalueret. Udviklingen i antal genindlæggelser er et relevant mål, men kan kun følges med henblik på at få en samlet vurdering af de forskellige indsats på området. Det vil ikke være muligt at kunne påvise en direkte afledt effekt af ordningen. Dertil kræves en sammenlignelig kontrolgruppe.

### **3. Ringe hjem ordning ved hospitalet**

#### **Baggrund**

I Ældreplanen henvises til, at mange elektive kirurgiske afsnit rutinemæssigt foretager telefonopkald til patienten efter udskrivelsen, og at ordningerne fungerer til stor tilfredshed for både patienter og personale. Det anbefales, at der iværksættes pilotforsøg vedrørende *ringe hjem* ordninger på et antal medicinske afdelinger med henblik på evaluering af erfaringer og ressourceforbrug ved ordningen. Evalueringen skal danne grundlag for beslutning om eventuel udbredelse til alle medicinske afdelinger.

Jf. regionens budget 2009 er formålet med indsatsen, ”at patienternes oplevelser og erfaringer inddrages i arbejdet med at skabe et patientorienteret system”. ”Patienterne ringes op fra den afdeling, de har været indlagt på. Det giver patienterne tryghed at kunne stille tvivlsspørgsmål, og det giver de behandlingsansvarlige bedre mulighed for læring af patienternes tilbagemeldinger. Telefonsamtalerne skal også identificere patienter til deltagelse i udviklingsarbejde – fx fokusgruppeinterview eller anden yderligere dialog med ledelse eller personale”.

#### **Økonomi og udmøntning af midler**

Der er i regionens budget 2009 afsat 2 mio. kr. til dialog og samtale, hvor der startes op med *ringe hjem* – ordning for udskrevne medicinske patienter.

Midlerne foreslås tildelt projekter, der udvælges ved en ansøgningsrunde, hvor hospitalets afdelingerne opfordres til at indsende projektbeskrivelser. Projekterne skal inkludere en evaluering, der kan danne grundlag for beslutninger om eventuel videreførelse af en ordning på regionalt niveau. Målgruppen for det enkelte projekt bør tilpasses en indførelse af *følge hjem* og *følge op* ordningerne samt andre aftaler i sundhedsaftalerne vedrørende patientens udskrivelse.



## **BILAG**

### **Uddrag fra Sundhedsaftalen 1.1. , indsatsområdet vedr. udskrivning:**

#### **Krav nr. 1**

**Parterne skal sikre rettidig vurdering af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.**

#### **Det gode udskrivningsforløb**

Det gode udskrivningsforløb for den svage, ældre patient begynder ved indlæggelsen. Hospitalet er forpligtet til allerede første dag efter indlæggelsen på baggrund af information om patienten fra kommunen, patientens egen læge og evt. andre parter at påbegynde planlægning af udskrivelsen. Udskrivelsen planlægges på baggrund af en tværfaglig vurdering af patienten, der omfatter patientens funktionsniveau.

#### **Kontakt mellem hospital, kommunen, praktiserende læge o.a.**

Det er afgørende, at hospitalet, kommunen og den praktiserende læge har en enkel og entydig adgang til kommunikation. Det vil sige at:

- Der er en entydig kontaktagang til såvel hospitalet som kommunen,
- Der er enkel adgang til ajourførte kontaktoplysninger for hospitalet og kommunen, fx telefonnumre,
- Kommunen er tilgængelig for henvendelse døgnet rundt:
  - På hverdage i dagarbejdstiden (8-15) for henvendelser vedr. indlæggelser og udskrivelser
  - Aften, nat og weekend for akutte henvendelser vedrørende indlæggelser
- Den praktiserende læge/dennes stedfortræder er tilgængelig i dagtimerne/åbningstiderne.

Kontaktinformationer formidles gennem anvendelsen af MedComs advisudveksling mellem kommune og hospital. Træffetid for kommunen og praktiserende læger kan evt. aftales i det lokale samordningsudvalg.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at formidling af relevante oplysninger om patientens indlæggelsesforløb skal ske elektronisk.

Arbejdet med udvikling af den nødvendige teknologiske infrastruktur, der understøtter en implementering af MedCom kommunikationsstandarder til elektronisk udveksling af informationer er forankret i den tværgående arbejdsgruppe vedrørende it-benyttelse, jf. aftalens generelle afsnit.

Indtil det er muligt at overføre data elektronisk, skal oplysninger udveksles i papirudgave.

### **Tidlig vurdering af patientens funktionsniveau, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling**

Vurdering af patientens funktionsniveau og behov ved udskrivning finder sted i forbindelse med den tværfaglige vurdering af den svage, ældre patient. Information fra patientens egen læge, kommunen og evt. pårørende om funktionsniveau, medicin, kost etc. inddrages.

### **Tidlig varsling af patientens funktionsniveau, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling – koordinering af ydelser**

Aftaler for varsling af patientens hjemkommune, egen læge, pårørende og andre om patientens funktionsniveau, behov efter udskrivelse og forventet tidspunkt for færdigbehandling skal medvirke til at sikre, at den færdigbehandlede patient kan udskrives umiddelbart.

Den tværfaglige vurdering af patienten, herunder beskrivelse af patientens funktionsniveau, danner udgangspunkt for kommunens bevilling af ydelser. Hospitalet stiller ikke patienten specifikke ydelser efter udskrivelse i sigte.

#### *Drøftelse af patientens funktionsniveau - møde på hospitalet*

Hvis der er sket væsentlige ændringer i patientens funktionsniveau i forbindelse med indlæggelsen, kan hospitalet og kommunen aftale, at kommunen (visitator) kommer på hospitalet og sammen med patienten og personalet drøfter patientens behov. Parterne er enige om, at ”væsentlig” ikke udtømmende kan præciseres. Eventuelle uenigheder om ”væsentlighed” bør afklares i den løbende opfølgning på sundhedsaftalerne.

#### *Drøftelse af patientens funktionsniveau –hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse*

Der kan alternativt aflægges et besøg i patientens hjem for at vurdere, hvilke ydelser, der er nødvendige for, at patienten kan udskrives til eget hjem, herunder fx hjælpemiddel-behov, behov for praktiske hjælpeforanstaltninger, boligændringer og træning.

Der er udarbejdet retningslinjer for hjemmebesøg. Da aflæggelse af hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse kan variere både i forhold til opgavens kompleksitet og den enkelte kommunes ønske, er der i retningslinjerne udarbejdet 3 forskellige modeller for aflæggelse af hjemmebesøg, jf. indsatsområde 4 om hjælpemidler. Kommuner og hospitaler aftaler hvilken model, der som hovedregel anvendes.

Implementering af retningslinjerne er forankret i de lokale samordningsudvalg. Retningslinjerne svarer til aftalen på hjælpemiddelområdet.

### **Aftaler om varsling af færdigbehandlede patienter**

Sundhedsstyrelsens definition af en færdigbehandlet patient: En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.

Denne definition lægges i sundhedsaftalen til grund for samarbejdet om udskrivning.

Varslingerne gælder uanset patientens boform. Varslingsreglerne omfatter ikke terminale patienter, da deres patientforløb er individuelt tilrettelagt.

#### *Kategori A)*

Indlæggelser under 24 timers varighed (Akut Modtage Afdeling), hvor patientens funktionsniveau vurderes at være uændret.

Udskrivelse kan finde sted samme dag, såfremt kommunen har modtaget varsling om færdigbehandling senest kl. 13 på udskrivelsesdagen.

Hospital og den enkelte kommune kan lave frivillige aftaler om, at varslingen kan ske senere end kl. 13.00.

#### *Kategori B)*

Indlæggelser hvor det vurderes, at patientens funktionsniveau er uændret eller lettere nedsat, med ingen eller ukomplicerede ændringer af patientens behov for pleje og/eller praktiske hjælpeforanstaltninger.

Udskrivelse kan finde sted samme dag, såfremt kommunen har modtaget varsling om færdigbehandling senest kl. 13 på udskrivelsesdagen.

#### Eksempler på B):

1. Patienten kan udskrives til vanlig hjælp.
2. Patienten kan udskrives fra hospitalet og skal være i stand til at klare sig, indtil de bevilligede ydelser igangsættes. For eksempel:
  - Hjælp til bad et par gange om ugen.
  - Praktisk bistand til: Indkøb, rengøring, tøjvask og lign.
3. Patienten er ikke kendt i kommunen, men er i stand til at klare sig, indtil de bevilgede ydelser igangsættes jf. eksempler ovenfor (hjælp til bad, praktisk hjælp) med eventuelle midlertidige hjælpemidler, der udlånes fra hospitalet.

### *Kategori C)*

Indlæggelser hvor:

- Patienten ikke er kendt af kommunen og har behov for daglig hjælp, eller
- Patientens funktionsniveau vurderes at være væsentlig ændret med øget behov for personlig hjælp og pleje og/eller daglige praktiske hjælpeforanstaltninger. Hospitalet varsler kommunen om forventet funktionsniveau og tidspunkt for færdigbehandling med 2 hverdage. Hospitalet tager initiativ til afholdelse af udskrivningskonference, inden der varsles om færdigbehandling.

Udskrivning af disse patienter kan som hovedregel ikke ske til lørdage, søndage og helligdage.

Eksempler på C):

Patienten har behov for daglig hjælp, f.eks. en eller flere af nedenstående:

- Opstart med hjælp til personlig hygiejne
- Anrette mad og væske
- Støtte til toiletbesøg
- Hjælp til at komme i seng
- Daglig madordning eller indkøbsbehov på udskrivningsdagen.
- Der kan være behov for udskrivningsbetingede hjælpemidler (hospitalets ansvar)
- Der kan være behov for varige hjælpemidler (kommunes ansvar)

Tidseksempel: Kommunen orienteres mandag kl. 11 om patientens funktionsniveau samt at patienten forventes at være færdigbehandlet onsdag. Patienten udskrives onsdag.

### *Kategori D)*

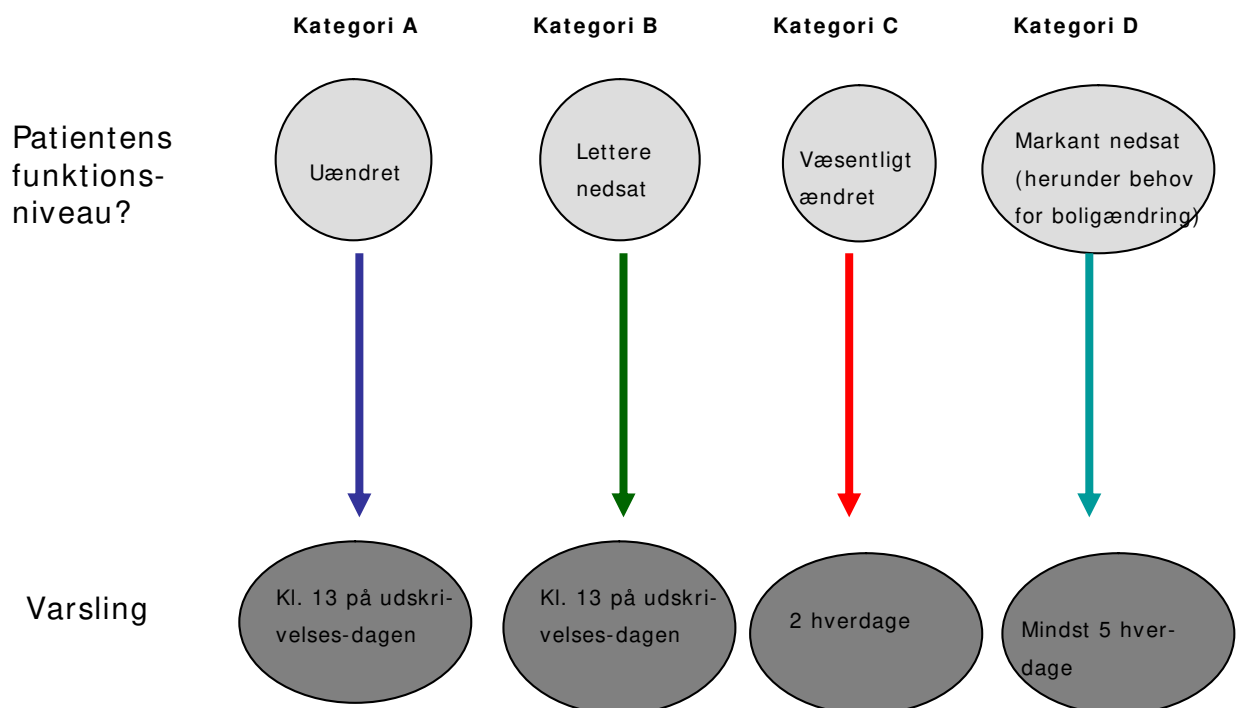
Hos patienter med markant ændret funktionsniveau, som medfører behov for omfattende hjælpeforanstaltninger varsler hospitalet kommunen om færdigbehandling med mindst 5 hverdage. Hospitalet tager initiativ til afholdelse af udskrivningskonference, inden der varsles om færdigbehandling.

Det gælder ligeledes for patienter, som ikke kan udskrives til nuværende bolig.

Eksempler på D):

- Patienten har eks. haft en apopleksi, som medfører omfattende behov for personlig og praktisk bistand.
- Der kan være behov for boligændringer.
- Der kan være behov for midlertidigt døgnophold eller plejebolig.
- Der kan være behov for udskrivningsbetingede hjælpemidler (hospitalets ansvar)
- Der kan være behov for varige hjælpemidler (kommunens ansvar)

Oversigt over varsling af færdigbehandlede patienter



Region Hovedstaden og kommunerne er enige om i forbindelse med opfølgning på parternes erfaringer med samarbejde om udskrivning af svage ældre at se på, hvor vidt varsling af boligændringer kan nedbringes til 3-4 dage.

## **Aftaler om ventetid – hjemtagning af patienten til kommunal foranstaltning**

Visitation til anden bolig end den nuværende bør primært finde sted fra patientens egen bolig eller fra et døgntilbud i primærsektoren.

Færdigbehandlede patienter kan ikke bo på hospitalet. Kommunen har ansvar for at hjemtage den færdigbehandlede svage ældre patient, som ikke kan udskrives til eget hjem. Hjemtagning kan involvere:

- Træningstilbud med henblik på, at patienten opnår det bedst mulige funktionsniveau inden visitation til personlig og/eller praktisk hjælp eller visitation til anden bolig,
- Midlertidig bolig eller anden permanent bolig end hjemmet,
- Specialiseret tilbud – fx til svært demente patienter.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om den målsætning, at kommunen hjemtager den færdigbehandlede patient hurtigst muligt og senest 14 dage efter at kommunen har modtaget skriftlig information om, at patienten er færdigbehandlet (melding af færdigbehandling).

Efter udskrivelse vil der efter behov kunne foretages hjemmebesøg ved den svage ældre patients praktiserende læge. I situationer, hvor den svage ældre patient er udskrevet til en bolig i geografisk stor afstand fra patientens tidligere bopæl, drager kommunen ved behov omsorg for at besøg sker ved stedfortrædende praktiserende læge. Det gælder dog ikke i tilfælde, hvor patienten ved udøvelse af frit valg placeres langt fra sin tidligere bopæl.

## **Koordinering mellem hospital og kommune i forbindelse med patientens udskrivning**

Det er afgørende for at sikre det sammenhængende patientforløb, at der ikke på noget tidspunkt i patientforløbet er tvivl om:

- Hvilken instans, der har ansvar for ydelserne,
- På hvilket tidspunkt, ydelserne skal leveres.

## **Koordinatorfunktioner på hospitalet og i kommunen**

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne er der etableret en koordinatorfunktion.

I forhold til udskrivinger skal koordinatorfunktionen sikre formidling af information og samarbejde mellem hospital og kommune. Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

Oplysninger om koordinatorfunktionen skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Region og kommuner har ansvar for opdatering

af egne oplysninger. Først med implementeringen af MedCom kommunikation i løbet af 2008 og 2009 vil den elektroniske tilgængelighed være til stede.

## **Krav nr. 2**

**Parterne skal sikre, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt at den praktiserende læge, kommunen, og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.**

Oplysninger fra praktiserende læge og kommunen og andre til hospitalet

- Praktiserende læge og vagtlæge fremsender en henvisning til hospitalet,
- Kommunen fremsender en indlæggelsesrapport for de patienter, der har ydelser i kommunen i forhold til personlig pleje og omsorg. Indlæggelsesrapporten indeholder relevante sociale og helbredsmæssige oplysninger om borgeren, inkl. oplysninger om levering af personlig og praktisk hjælp, oplysninger om medicin og eventuelle hjælpemidler.

Oplysninger fra hospitalet til egen læge og kommune

- Hospitalet sender oplysninger om indlæggelsen, så snart patienten er indlagt og registreret elektronisk,
- Hospitalet sender den foreløbige udskrivelsesrapport til praktiserende læge og kommunen i forbindelse med varsling af funktionsniveau, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling. Når der foreligger en elektronisk MedCom kommunikationsstandard for ”varsling af færdigbehandling” benyttes denne standard,
- Hospitalet sender en melding om færdigbehandling,
- I forbindelse med patientens udskrivning sender hospitalet:
  - Epikrise til patientens egen læge
  - Udskrivningsrapport til kommunen
  - Opdateret medicinliste til kommunen, underskrevet af læge.

Oplysninger til patienten

- Hospitalet/afdelingen skal gennemføre en udskrivningssamtale for alle svage, ældre patienter, evt. sammen med dennes pårørende, forud for udskrivelsen,
- Hospitalet/afdelingen udleverer ved udskrivningen:
  - Telefonnumre og træffetider for kontaktpersoner,
  - En opdateret medicinliste og recepter/edifact til apoteket. Medicinlisten skal være underskrevet af en læge,
  - Information om at epikrise vil blive sendt til egen læge,
  - Udskrivningsrapport,
  - Genoptræningsplan, hvor der er aftalt træning af patienten. Planen er udarbejdet sammen med patienten.

Der er udarbejdet retningslinjer for indholdet i den elektroniske kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis. Retningslinjerne er baseret på MedComs kommunikationsstandarder. ”Retningslinjer for indhold i den elektroniske kommunikation” er vedlagt som bilag.

Der er igangsat en implementeringsplan for etablering af den nødvendige teknologiske infrastruktur.

Den elektroniske kommunikation baseret på MedComs kommunikationsstandarder forventes etableret trinvis i løbet af 2008 og 2009. Indtil da udveksles oplysningerne på papir svarende til MedCom skabeloner.

MedComs kommunikationsstandarder understøtter en sikring af :

- Gensidig formidling af oplysninger om patientens aktuelle medicinforbrug i forbindelse med indlæggelse og udskrivning,
- Rutiner for patientens udskrivelse med ændret medicin dosis- og eller præparat, inkl. bortfjernelse af medicin på bopælen, som ikke længere er aktuel.

### **Patientens mulighed for dialog med hospitalet, kommunen og andre parter efter udskrivelsen**

Patienten skal i forbindelse med sin udskrivelse overgives skriftlig information med navn, telefonnumre og træffetider til en eller flere kontaktpersoner på hospitalet og i kommunen, hvorved det sikres, at patienten har mulighed for dialog med relevante parter om specifikke problemstillinger efter udskrivelsen, fx vedrørende hjælpemiddellevering, visitation og træning.



Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 6

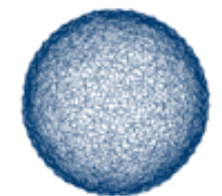
Emne: COP 15 - forløb og evaluering af sundhedsberedskabet  
i Region Hovedstaden

1 bilag

Region Hovedstaden  
Akut Medicin og Sundhedsberedskab

# COP15 – forløb og evaluering af sundhedsberedskabet i Region Hovedstaden

Februar 2010



COP15  
COPENHAGEN

UNITED  
NATIONS  
CLIMATE  
CHANGE  
CONFERENCE  
2009

# **COP15 – forløb og evaluering af sundhedsberedskabet i Region Hovedstaden**

# 1. Indhold

<b>1. Indhold</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Baggrund</b> .....	<b>5</b>
<b>4. Sundhedsberedskabet i Region Hovedstaden</b> .....	<b>5</b>
<b>4.1 Hospitalerne</b> .....	<b>5</b>
<b>4.2. Den lokale beredskabsstab (LBS)</b> .....	<b>6</b>
<b>4.3 Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)</b> .....	<b>7</b>
<b>4.4 Ambulanceberedskabet</b> .....	<b>7</b>
<b>4.5 Lægevagten i Storkøbenhavn</b> .....	<b>7</b>
<b>4.6 Sygehusberedskab Øresund</b> .....	<b>8</b>
<b>4.7 Samarbejde med Region Sjælland</b> .....	<b>8</b>
<b>4.8 Region Hovedstadens Vagtcentral</b> .....	<b>9</b>
<b>4.9 Det alternative sundhedsberedskab</b> .....	<b>9</b>
<b>5. Det medicinske beredskab i Bella Center</b> .....	<b>10</b>
<b>5.1 Medicinsk Klinik</b> .....	<b>10</b>
<b>5.2 Regionens Akutlægebil</b> .....	<b>12</b>
<b>5.3 Ambulanceberedskab</b> .....	<b>13</b>
<b>5.4 Medicinsk hotline og tolkebistand</b> .....	<b>14</b>
<b>6. Forløb og evaluering af samarbejds-relationer</b> .....	<b>15</b>
<b>6.1 Samarbejde med Udenrigsministeriet</b> .....	<b>15</b>
<b>6.2 Samarbejde med de Forenede Nationers sikkerhedsstab</b> .....	<b>15</b>
<b>6.3 Samarbejde med Sundhedsstyrelsen</b> .....	<b>16</b>
<b>6.4 Samarbejde med Københavns Politi</b> .....	<b>16</b>
<b>7. Kontrakt, aftaler og Økonomi</b> .....	<b>16</b>
<b>8. Konklusion</b> .....	<b>17</b>

## 2. Forord

Danmark var i december 2009 vært for FN's 15. internationale klima-konference, Conference of the Parties, COP15. Formålet med konferencen var at indgå en ambitiøs og global klimaaftale for perioden efter 2012. I konferencen deltog ca. 15.000 delegerede og Non-Governmental Organizations (NGO) samt stats- og regeringsledere fra 192 nationer.

Konferencen blev holdt i Bella Center i København. Udenrigsministeriet koordinerede den praktiske planlægning af COP15-topmødet.

Region Hovedstaden havde ansvaret for sundhedsberedskabet i forbindelse med COP15.

Planlægningen af sundhedsberedskabet blev indledt i foråret 2009. Region Hovedstadens Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab samt Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) nedsatte en arbejdsgruppe, der koordinerede planlægningsarbejdet, og som både inddrog en lang række interne og eksterne samarbejdspartnere.

Regionen Hovedstadens samarbejdspartnere, leverandører og medarbejdere herunder læger, sygeplejersker, sekretærer og ambulancepersonale m.fl. lagde et stort arbejde i planlægningen af sundhedsberedskabet og i opgaveløsningen under selve konferencen.

Region Hovedstaden takker alle medarbejdere, samarbejdspartnere og leverandører for et godt, lærerigt og konstruktivt samarbejde i forbindelse med COP15.

Med venlig hilsen

Carine Bududu Heltberg, Projektleder  
Susanne Wammen, Leder af AMK  
Freddy Lippert, Chef for Akut Medicin og Sundhedsberedskab  
Svend Hartling, koncerndirektør

### 3. Baggrund

Danmark var vært for FN's 15. internationale klimakonference, COP15 i perioden fra den 7. til den 18. december 2009. Konferencen foregik i Bella Center i København.

Region Hovedstaden har ansvaret for det almindelige sundhedsberedskab i regionen. På grund af konferencens placering i Region Hovedstaden havde Region Hovedstaden ansvaret for, at sundhedsberedskabet i regionen var tilpasset til at håndtere de ca. 15.000 akkrediterede gæster til konferencen, demonstranter og det store antal politifolk og andet personale, der var indkvarteret i København for at deltage i opgaver i forbindelse med konferencen.

Der var tale om den største beredskabsmæssige opgave i Region Hovedstaden og i Danmark nogensinde. Udenrigsministeriet havde det planlægningsmæssige ansvar for afholdelsen af konferencen og efter aftale udenrigsministeriet fik regionen tillige ansvaret for at etablere et særligt og udvidet sundhedsberedskab, der skulle være sammenhængende med regionens øvrige akutberedskab for at sikre sammenhæng og fleksibilitet i opgaveløsningen.

I det følgende beskrives planlægning og forløbet af sundhedsberedskabet i Region Hovedstaden med det formål at samle erfaringer, der skal indgå i en kommende opdatering af regionens generelle beredskab.

## 4. Sundhedsberedskabet i Region Hovedstaden

Region Hovedstadens almindelige sundhedsberedskab består blandt andet af hospitalerne i regionen, Regionens psykiatri, lægemiddelberedskabet ved Regionens Apotek, samt den præhospitale indsats bestående af akutlægebiler og ambulancer samt af Akut Medicinsk Koordinationsscenter (AMK), som koordinerer den samlede operative sundhedsfaglige indsats i regionen og endelig den primære sundhedssektor med lægevagt og praktiserende læger.

Dette beredskab blev ikke ændret bortset fra de områder, som nævnes i denne evaluering.

### 4.1 Hospitalerne

Rigshospitalet blev fortrinsvis udset til at modtage delegerede med behov for hospitalsbehandling. På grund af det store antal stats- og regeringsledere, der var i Danmark i de sidste dage af konferencen, var det aftalt, at der den 17. og 18. december var speciallæger i tilstedeværelsesvagt på relevante kirurgiske og medicinske afdelinger på Rigshospitalet. Sikkerhedsniveauet var skærpet disse to dage, og al adgang til Traume Centret blev kontrolleret af politiet.

Region Hovedstadens øvrige hospitaler indgik i det almindelige akutte beredskab, og der var truffet aftale om, at Hvidovre Hospital og Herlev Hospital skulle modtage eventuelt kemisk eller radioaktivt forurenede personer/patienter. Der var derfor truffet aftale om, at disse hospitaler havde et beredskab af medicinsk radiologisk/nuklear ekspertise. Hvidovre Hospital skulle derudover modtage patienter med specielle infektionssygdomme. Derudover var der indgået aftale med Region Hovedstadens Psykiatri om en særlig løsning ved hov for krisestøtte eller psykiatrisk assistance og indlæggelse.

## 4.2. Den lokale beredskabsstab (LBS)

I alle Danmarks politikredse etableres der ved særlige begivenheder en lokal beredskabsstab (LBS) under ledelse af politidirektøren. I LBS indgår, foruden politiet afhængigt af situationen, repræsentanter fra regionens sundhedsvæsen, redningsberedskabet, Beredskabsstyrelsens lokale beredskabscenter, Totalforsvaret, embedslægeinstitutionen, samt repræsentanter fra transportsektoren. Formålet med at etablere en lokal beredskabsstab er, at alle relevante myndigheder er samlet i en stabsfunktion, der hurtigt kan løse de tværgående beredskabsmæssige samfundsopgaver, som ikke kan løses isoleret af de enkelte myndigheder.

Formålet med sundhedsberedskabets tilstedeværelse i LBS er flere. Det er primært at være på forkant af situationen, således at sundhedssektoren kan reagere hurtigt og effektivt i samarbejde med andre myndigheder. Derudover er det at have et konstant overblik over sundhedsvæsenets ressourcer og opgaver og melde dette til samarbejdspartnere, således at komplekse situationer løses bedst og hurtigst muligt til gavn for samfundet. Regionens sundhedsberedskab er repræsenteret ved en AMK-overlægen, der skal sikre, at regionens AMK og Sundhedsstyrelsen får information om situationen, og om hvordan man sammen med de øvrige sektorer har besluttet sig for at løse givne akutte beredskabsmæssige problemstillinger..

### *LBS status*

En regional AMK-repræsentant var til stede under hele aktiveringsperioden, dvs. fra den 5. december om morgenen til den 19. december. I den sidste uge var LBS døgnbemandet. Det er første gang, at LBS har været operativt i så lang en periode. Dette var lærerigt, og der blev oparbejdet erfaring om samarbejde med andre sektorer i LBS.

Den intensive tilstedeværelse i LBS var en tung opgave for de vagthavende AMK-overlæger. Det er på den ene side en fordel at få personer arbejder i denne funktion, men på den anden side er det meget lange dage uden mulighed for tilfredsstillende hvile. Endvidere er der stor risiko for udtrætning, hvis hændelserne strækker sig over endnu flere dage. Tilstedeværelse af en AMK-overlæge i LBS var samtidig en ressourcemæssig belastning, idet funktionen varetages af en relativ begrænset gruppe af læger med særlig erfaring på området.

Der var enkle eksempler på episoder, hvor henvendelser kom fra tredjeperson til LBS og derefter gik til regionens repræsentant og ikke direkte fra skadestedet. Dette komplicerede muligheden for at rekvirere yderligere oplysninger og dermed at sende den rette hjælp. I disse tilfælde ville det have været mere hensigtsmæssigt direkte at kontakte 1-1-2 eller regionens vagtcentral. En fremtidig løsningsmodel skal overvejes.

### *Hvad kan vi lære*

Det skal fremover klart defineres, hvilke daglige operative opgaver regionens repræsentant i politiets LBS skal løse og hvorledes kommunikationen med regionens vagtcentral kan forbedres. Et forslag kan være, at LBS alene løser opgaver, som det normale daglige beredskab ikke kan løse. Rekvirering af akutte ambulancekørsler bør fx så vidt muligt gå gennem 1-1-2 og vagtcentrale og ikke gennem AMK-lægen med mindre, der er en helt speciel grund til dette. Det kan samtidig være hensigtsmæssigt at placere en skærm fra regionens vagtcentral hos AMK-overlægen, således at vedkommende løbende har et overblik over ambulancekørsler og ressourcer.

Længden af AMK-lægernes vagter bør ved et lignende arrangement overvejes og hensigtsmæssig afløsning i belastede perioder planlægges forud.

### 4.3 Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)

Akut Medicinsk Koordinationcenter (AMK) er ansvarlig for den overordnede operative sundhedsfaglige planlægning og koordination ved større ulykker og beredskabsmæssige begivenheder. AMK deltog i planlægningsmøderne med udenrigsministeriet samt de øvrige samarbejdspartnere: Politi, redningsberedskab, Region Skåne og Region Sjælland, områdehospitalerne i Region Hovedstaden. AMK udarbejdede en drejebog, som beskrev det medicinske beredskab. I selve konferenceperioden var AMK's sekretariat bemandet med en ekstra sekretær dedikeret til COP15. Alle henvendelser vedrørende COP15 blev ført i en logbog i AMK-sekretariatet. AMK's leder var den daglige leder af beredskabet i Bella Center og var således konstant til stede i Bella Center.

#### *AMK status*

Sekretariatet var passende bemandet i forhold til de opkald, der var i løbet af konferencen. Det var nødvendigt at have en dedikeret sekretær til opgaven, således at AMK's øvrige operative aktiviteter ikke blev påvirket. Der var daglig kontakt mellem LBS, AMK og den daglige leder. Kommunikationen foregik via telefon eller via SINE-terminal.

### 4.4 Ambulanceberedskabet

Ambulanceberedskabet i Region Hovedstaden var under COP15 udvidet med enkelte ekstra ambulanceberedskaber, dels på grund af topmødet og dels på grund af den i forvejen travle periode i december med julefrokostaktiviteter. Der blev endvidere sat ekstra ambulanceberedskaber ind i forbindelse med kortegekørsler. Det var Udenrigsministeriets ønske, at omfanget af eskorter af stats- og regeringsledere blev holdt på et minimum. De korteger, der blev ledsaget af ambulancer, blev rekvireret via udenrigsministeriet. Det ville dog ikke have været muligt at skaffe ambulancer til alle eskorter uden at belaste det daglige beredskab væsentligt.

#### *Ambulanceberedskabet status*

Det øgede ambulanceberedskab var passende. Der var truffet sær aftaler med en række leverandører, som Region Hovedstaden almindeligvis har indgået aftaler med om varetagelse af regionens ambulancetjeneste. Specielt aftaler om kortegekørsel blev rekvireret sent og der kunne let have opstået misforståelse om, hvilke aftaler og kontrakter som var gældende samt hvem der rekvirerede.

#### *Hvad kan vi lære*

Fremadrettet bør det sikres, at aftaler og kontrakter er mere klart formuleret med tydelig angivelse af hvilke aftaler, som har forrang, når der skal indgås aftaler med kort varsel.

### 4.5 Lægevagten i Storkøbenhavn

I forbindelse med etablering af en medicinsk hotline i samarbejde med SOS International A/S blev det klart, at henvendelser til den medicinske hotline formentlig i høj grad ville dreje sig om almene sygdomme, hvor der kunne opstå behov for, at patienten blev tilset af en læge på sit opholdssted. Der blev derfor truffet aftale med lægevagten om, at SOS International kunne rette henvendelse ved behov for lægevagts assistance. Til dette formål blev der oprettet tre dedikerede telefonnumre (afhængig af hvor i regionen, patienten opholdt sig), som SOS kunne benytte. Der blev først på et sent tidspunkt i planlægningsfasen taget kontakt til lægevagtsordningen.



*Lægevagten i Storkøbenhavn status*

Lægevagten har ikke udført systematisk registrering af COP15 relaterede henvendelser, men det er oplyst, at lægevagten i alt havde 10 COP15 relaterede henvendelser. Henvendelserne kom fra otte NGO'ere, en ledsager samt en dansk politimand. Alle ti henvendelser medførte et sygebesøg. Lægevagten vurderer, at der ikke har været flere henvendelser i lægevagten, end der normalt er i december måned.

*Hvad kan vi lære*

En enkelt praktiserende læge har anført, at lægevagten blev inddraget for sent i processen. Lægevagten viste sig at være en god ressource og det vil være hensigtsmæssigt at inddrage lægevagten langt tidligere i processen en anden gang, alt efter valg af organisering.

**4.6 Sygehusberedskab Øresund**

Region Skåne og Region Hovedstaden har gennem en årrække haft et formaliseret samarbejde kaldet Sygehusberedskab Øresund der blandt andet betyder, at parterne, fx ved større ulykker, kan rekvirere assistance og støtte hinanden med ekstra ressourcer, fx ambulancer.

I planlægningen af beredskabet til COP15 havde Region Hovedstaden aftalt med Region Skåne, at man ville aktivere dette samarbejde ved behov. Samtidig aftalte man, at den daglige leder i Bella Center skulle ringe til Tjenestemand i Beredskab (TiB) ved Regional Medicinsk Katastrof Ledning (RMKL) hver dag for gensidig orientering. RMKL er den svenske pendant til AMK.

Udenrigsministeriet havde for at dække behovet for hotelværelser reserveret mere end 1200 værelser i Region Skåne. Derfor var det aftalt at delegerede, der var bosat i Skåne skulle indlægges enten på Universitetssygehuset i Lund eller Malmø ved behov for behandling på hospital. Ligeledes blev det aftalt at sikre gensidig orientering om evt. hændelser og indlæggelser og aftalt hvorledes evt. overflytning skulle håndteres.

*Sygehusberedskab Øresund status*

De svenske myndigheder deltog i flere af Region Hovedstadens koordinationsgruppemøder. Der blev ikke behov for at rekvirere akut assistance. Det har været værdifuldt med den daglige kontakt til TiB.

*Hvad kan vi lære*

Det er væsentligt at inddrage naboregioner i planlægningsfasen og aftale præcis hvilke opgaver, man kan få behov for hjælp til at løse. For at styrke det gode samarbejde yderligere og det gensidige kendskab til hinanden bør Region Skåne fremover inviteres til at deltage i Region Hovedstadens øvelser således at beredskabet kan afprøves forud for en reel hændelse.

**4.7 Samarbejde med Region Sjælland**

I politiets planlægning indgik, at Københavns Vestegns Politi skulle støtte en LBS i alle Region Sjællands politikredse, hvis der blev behov for at oprette en sådan. Der blev truffet aftale med Region Sjælland om, at Region Sjællands AMK-læger skulle indgå i bemanningen af denne LBS. Region Sjællands AMK havde derfor en ekstra AMK-læge i beredskabsvagt i den anden uge af konferencen. Samtidig kunne det blive aktuelt at trække på hospitaler i Region Sjælland, da et mindre antal delegerede var indlogeret i Region Sjælland.

*Region Sjælland status*

Region Sjællands beredskab blev ikke aktiveret under COP15.

*Hvad kan vi lære*

Ved fremtidige hændelser er det væsentligt at inddrage Region Sjælland på et tidligt tidspunkt. Det vil også være værdifuldt at have en regelmæssig kontakt med henblik på gensidig orientering. Det er vigtigt, at de respektive regioner kan trække på hinandens erfaringer og ressourcer.

**4.8 Region Hovedstadens Vagtcentral**

Region Hovedstadens Vagtcentral har overblikket over de præhospitaler ressourcer og disponerer regionens ambulancer og akutlægebiler samt sygetransportkørsler. Der var ikke ekstrabemanding på vagtcentralen i perioden. Vagtcentralen havde opgaven med at sikre korrekt information af ambulancer og akutlægebiler og herunder de bedste tilkørselsforhold i Bella Centret og under demonstrationerne.

Der var under COP15 oprettet en dedikeret telefonforbindelse mellem Region Hovedstadens Vagtcentral og henholdsvis Medicinsk Klinik jf. 5.1, SOS jf. afsnit 5.4 og til LBS jf. afsnit 4.2.

*Region Hovedstaden status*

Der blev i uge 51 registreret en meraktivitet på ambulancekørsler på 7 % i forhold til en tilsvarende uge.

*Hvad kan vi lære*

Det er vigtigt, at der løbende er en kontakt mellem regionens AMK-repræsentant og vagtcentralens personale, således at der er overensstemmelse mellem opgaver og ressourcer specielt i den akutte situation. Kontakten forgik primært per telefon men det kan være hensigtsmæssigt at sikre samme overblik ved at placere en ambulance-disponerings-skærm hos AMK i LBS.

**4.9 Det alternative sundhedsberedskab**

Region Hovedstaden blev i december 2009 kontaktet af pressen, som oplyste, at demonstranter og aktivister planlagde at organisere et alternativt sundhedsberedskab, herunder et feltlazaret. Ifølge journalisterne frygtede klimaaktivisterne, at de ikke ville få den fornødne hjælp på stedet og at politiet ville komme til stede på akutmodtagelserne, og at der dermed var risiko for, at aktivister ikke var sikret hospitalspersonalets tavshed overfor politimyndighederne. For at undgå tvivl om at alle borgere kan rette henvendelse om hjælp i sundhedsvæsenet og være sikret anonymitet rettede Region Hovedstaden derfor henvendelse til klimaaktivisternes alternative sundhedsberedskab. Problemstillingen blev drøftet og herunder at alle regler for anonymitet er garanteret. Kontakten resulterede i, at klimaaktivisterne fik det direkte telefonnummer til den medicinske hotline.

*Det alternative sundhedsberedskab status*

Antallet af sundhedsydelse til klimaaktivister er ikke opgjort selvstændigt.

*Hvad kan vi lære*

Det er nødvendigt ved fremtidig hændelser at sikre tidlig kontakt til evt. aktivister med det formål at informere om hvorledes det regionens sundhedsberedskab håndterer henvendelser og anonymitet for derved at undgå misforståelser.

## 5. Det medicinske beredskab i Bella Center

Udenrigsministeriet var ansvarlig for den praktiske planlægning af COP15. Efter forhandlinger mellem Udenrigsministeriet og Region Hovedstaden blev der indgået kontrakt om et supplerende og særligt medicinsk beredskab. Det medicinske beredskab skulle være til stede i hele konferenceperioden, og det skulle kunne udvides til også at omfatte den 19. december. Derudover skulle det kunne strække sig udover den planlagte åbningstid i tilfælde af sene forhandlinger. I kontrakten med Udenrigsministeriet indgik følgende elementer:

- Medicinsk klinik i Bella Center
- Akutberedskab i Bella Center med akutlæge og ambulance
- Døgndækkende medicinsk hotline og tolkebistand

### 5.1 Medicinsk Klinik

Konferenceområdet var underlagt FN's lovgivning og FN's sikkerhedsorganisation. Sikkerhedsniveauet var højt, og kun akkrediterede fik adgang til Bella Center.

Medicinsk klinik var indrettet i et roligt, men centralt beliggende hjørne af Bella Center. Arealet var ca. 70 m<sup>2</sup> og der var et rum til modtagelse, fire undersøgelsesrum og desuden et opholdsrum med særskilt adgang. De tre af rummene blev indrettet med undersøgelsesbriks samt stol og bord. Det fjerde rum blev benyttet til opbevaring af ekstra udstyr. Der blev anvendt akutlægebil og ambulance medicin samt avanceret defibrillator (LP15), hvor der kunne måles blodtryk, puls, iltindhold i blodet samt optage EKG. Udover medicin til akut behandling indeholdt klinikens medicinskab håndkøbsmedicin og antibiotika.

Den medicinske klinik var en fremskudt skadestue/lægevagtsordning, der skulle tage sig af mindre akutte og subakutte hændelser såsom:

- Undersøgelse og behandling af mindre akutte og subakutte medicinske og kirurgiske tilfælde
- Hjælp til viderebehandling på hospital og visitation dertil
- Fornyelse af recepter og fremskaffelse af medicin

Ved alvorlige sygdomstilfælde eller tilskadekomst blev akutlægebilens team, som permanent opholdt sig i Bella Center tilkaldt.

Den medicinske klinik havde åbent fra kl. 8.00 – 22.00 alle dage på nær den 13. december 2009, hvor der var mødefri dag. Klinikken blev bemandet med speciallæger og sygeplejersker fra akutmodtagelserne på regionens områdehospitaler. I alt deltog seks læger samt otte sygeplejersker, således at den enkelte havde mere end én dag i klinikken. Akutlægebilen og ambulancens personale havde også base i klinikken og indgik, når det var muligt, i modtagelse og behandling af patienter. Derudover var den daglige leder til stede i klinikken. Den daglige leder var kontaktperson for udenrigsministeriet samt for eksterne samarbejdspartnere.

#### *Medicinsk Klinik status*

Klinikken havde i alt 1.312 henvendelser, hvoraf de 532 krævede en egentlig sundhedsfaglig vurdering, og hvor der derfor blev oprettet en journal. De øvrige henvendelser drejede sig om udlevering af håndkøbspræparater, fornyelse af recepter og udlevering af plastre og lignende. De journalførte henvendelser drejede sig fortrinsvis om:

- Øvre luftvejslidelser – forkølelse, hoste, halssmerter
- Øjensymptomer dels irritation, dels infektion
- Maveproblemer
- Rygsmerter og smerter i bevægeapparat
- Kontrol af blodtryk
- Mindre skader

På trods af at der var en igangværende influenzaepidemi, som dog var faldende i intensitet, var der kun tre tilfælde med sygdom, der kunne tolkes som influenza. Disse patienter blev sat i behandling og henvist til at opholde sig på deres hotelværelse.

I alt blev 25 patienter henvist til undersøgelse eller indlæggelse på hospital:

- To blev visiteret til øjenafdelingen, Glostrup Hospital med henblik på undersøgelse
- Ti patienter blev visiteret til Hvidovre Hospital med henblik på undersøgelse og behandling
- To patienter blev visiteret til Øre-næse-hals-klinikken på, Rigshospitalet mhp. undersøgelse og behandling
- Tre patienter blev visiteret til Rigshospitalet til undersøgelse – en pga. byld (absces), to til undersøgelse for knoglebrud – hvilket blev afkræftet
- Seks patienter blev indlagt på Rigshospitalet:

De seks patienter, der blev indlagte på Rigshospitalet, omtales kort:

- To patienter med nyopstået hurtig uregelmæssig hjerterytme (atrieflimren). Begge blev behandlet med stød (DC-konverteret) i fuld bedøvelse og senere udskrevet
- To patienter med mistanke om iskæmisk hjertesygdom. Mistanken blev afkræftet, og patienterne blev senere udskrevet
- En patient med svær væskemangel (dehydrering). Vedkommende havde kendt kræftsygdom, der var i et sent stadie. Vedkommende var indlagt i seks døgn. Herefter rejste vedkommende hjem til sin bopæl i Tyskland
- En patient blev indlagt på Rigshospitalets Traumecenter og akutmodtagelse efter fald fra 6 meters højde. Vedkommende pådrog sig stabil columnafraktur (brud på ryghvirvler). Dette var ikke kirurgisk behandlingskrævende samt et brud af albue, der blev opereret subakut

To patienter blev visiteret til Bispebjerg Hospital

- En patient med tegn på blodprop i de dybe lægvener (dyb venetrombose).
- En patient med tegn på akut opstået apopleksi (blodprop i hjernen). Det viste sig at være en stor blødning. Patienten blev overflyttet til neurokirurgisk afdeling og afgik ved døden den 16. december.

De øvrige registrerede henvendelser drejede sig om udlevering af plastre, hovedpinepiller, næsespray, syreneutraliserende tabletter og henvisning til apotek eller tandlæge.

Derudover var der en række henvendelser med forespørgsel om udlevering af C-vitamin eller andet ”forebyggende” mod forkølelse; hygiejnebind og tamponer, ønsker om massage og lignende.

### *Hvad kan vi lære*

Beliggenheden i Bella Center var god. Klinikken var centralt placeret. Der kunne have været lidt tydeligere skiltning.

Generelt var sammensætningen af medicinbeholdningen tilstrækkelig, men som følge af årstiden var der mange henvendelser på grund af øvre luftvejssymptomer. Undervejs blev der bestilt ekstra af følgende:

- Hovedpinepræparater (paracetamol)
- Næsespray
- Halstabletter
- Plastre
- Antibiotika

Endvidere var der en del forespørgsler på hygiejneartikler, hvilket ikke umiddelbart indgik i klinikens beholdning. Det blev fremskaffet og skal tænkes ind i fremtidige opgaver.

Der var behov for at kunne give oplysninger om fx apoteker, tandlæger og hospitaler. Der kan med fordel trykkes visitkort med sådanne oplysninger.

Der var behov for at kunne tilbyde hvilepladser til gæster/patienter og dette bør indtænkes i forbindelse med indretningen af fremtidige klinikker af denne type.

Personalesammensætningen på klinikken var relevant og god. Alle indgik i modtagelse og vurdering af patienterne. Ambulancebehandlere, paramedicinere og sygeplejersker behandlede selvstændigt i henhold til deres kompetence, men havde altid mulighed for at spørge speciallægerne til råds.

Den daglige leder var samme person, som var til stede i samtlige konferencedage i hele klinikens åbningstid. Dette bevirkede, at samarbejdet med de øvrige samarbejdspartnere forløb uproblematisk. Det er dog også en sårbar konstruktion, så selvom fordelene med en gennemgående person er stor, skal der ved tilsvarende langvarige hændelser være minimum to personer, der arbejder tæt sammen om ledelsesopgaven.

## **5.2 Regionens Akutlægebil**

Region Hovedstaden har fire akutlægebiler. To akutlægebiler kører fra Hovedbrandstationen i København, en akutlægebil kører fra Københavns Vestegn med udgangspunkt fra Vestegnens Brandvæsens Brandstation i Hvidovre, og en akutlægebil kører i den nordlige del af regionen, og udgår fra Hillerød Hospital.

Efter aftale med Udenrigsministeriet var der konstant placeret en akutlægebil i umiddelbar nærhed af klinikken i Bella Center. Formålet var at kunne yde avanceret præhospital behandling med en minimal responstid samt at bistå det medicinske personale i Medicinsk klinik i forbindelse med modtagelse og behandling af patienter. Efter ønske fra Udenrigsministeriet og

FN foretog akutlæge og assistent regelmæssige rundringer i hele Bella Center for at synliggøre beredskabet og virke tryghedsskabende. En fast placeringen af akutlægebilen i Bella Centret sikrede at opgaver kunne løses uden forsinkende procedurer med adgang gennem sikkerhedskontrollen til Bella Centret.

I konferencens anden uge, hvor sikkerhedsniveauet var skærpet grundet den øgede tilstedeværelse af stats- og regeringsledere, var de vagthavende akutlæger alle indsatslederuddannet efter de nye landdækkende indsatslederkoncept fra 2009

#### *Akutlægebilen status*

Der var to akutte opgaver:

- En cirka 60-årig mand, der udviklede tegn på akut opstået apopleksi (slagtilfælde). Patienten blev behandlet og stabiliseret på stedet og derefter overflyttet til Bispebjerg Hospital til videre vurdering og trombolyselbehandling
- En cirka 30-årig mand faldt ned fra gangbroen over hallen. Vedkommende sad på gelænderet og faldt ned 6 meter på et betongulv. Patienten var kortvarig bevidstløs men vågnede op og blev immobiliseret på spine board og kørt til Rigshospitalets Traumecenter. Ambulancen blev mødt af en ekstern akutlægebil udenfor Bella Centers sikkerhedsafspærring

På FN's foranledning opholdt akutlægeenheden sig i konferencens sidste tre dage i VIP-området. Det blev endvidere krævet, at de skulle forblive i Bella Center den 17. og 18. hvilket i praksis kom til at dreje sig om hele døgnet.

#### *Hvad kan vi lære*

Efter aftale med Udenrigsministeriet og FN skulle personalet fra akutlægebilen foretage rundringer i Bella Center. Værdien af disse rundringer er primært tryghedsskabende. Ligeledes giver disse rundringer et kendskab til geografien. Mht. hurtig respons er det imidlertid mest hensigtsmæssigt med en fast base. Beliggenheden af klinikken var i den henseende hensigtsmæssig.

I konferencens sidste dage, hvor akutlægebilens personale opholdt sig i Bella Center i et døgn ad gangen, var det ikke tilfredsstillende ikke at have mulighed for at kunne trække sig tilbage i kortere perioder med henblik på hvile og spisning. For de øvrige beredskaber var der etableret spise- og opholdsfaciliteter. Det ville være naturligt at lave et tilsvarende arrangement for sundhedsberedskabet i et fremtidig set-up.

### **5.3 Ambulanceberedskab**

For beskrivelse af det generelle ambulanceberedskab se afsnit 4.4.

#### *Ambulance status*

En ambulance bemannet med ambulancebehandlere og/eller paramediciner var parkeret i umiddelbar nærhed af Medicinsk klinik. Ambulancepersonalet indgik i klinikkens arbejde, med mindre de transporterede patienter. Ambulancen blev i nogle få tilfælde anvendt til transport af patienter, selv om tilstanden ikke krævede ambulancetransport, men hvor sikkerhedsforanstaltningerne omkring Bella Center besværliggjorde anden transport, fx tilkald af

taxa. Det drejede sig om patienter, der havde mindre skader som fx forvridninger, og hvor det derfor ikke var nemt at transportere sig selv til hospital. Der blev transporteret 15 patienter med ambulancen fra Bella Centret.

På baggrund af den øgede tilstedeværelse af stats- og regeringschefer de sidste dage af konferencen, blev sikkerhedsniveauet yderligere skærpet. Det betød at VIP-området i Bella Center, som var dedikeret til ministre, statsledere mfl., blev udvidet og adgangen til området begrænset. De sædvanlige veje, der kunne benyttes til at køre en ambulancebåre gennem Bella Center, kunne derfor ikke anvendes. Det blev på den baggrund besluttet at rekvirere en ekstra ambulance, der skulle parkeres ved VIP-området. Dette var nødvendigt for at kunne imødekomme udenrigsministeriets ønske om et beredskab for hele Bella Center.

#### *Hvad kan vi lære*

På grund af den meget omfattende sikkerhedskontrol skulle alle køretøjer gennemgå politiets sweeping, hvor køretøjet blev grundigt undersøgt for bomber og lignende. Efter sweeping blev ambulancerne eskorteret til Bella Center. Samme procedure skulle gennemgås, hvis ambulancen havde transporteret en patient ud fra Bella Center. Når en patient blev sendt af sted med ambulance, blev en erstatningsambulance rekvireret, men på grund af sweepingsprocessen gik der ca. en time før en erstatningsambulance ankom til Bella Center. For at lette denne proces aftalte den daglige leder med politiets kommandostade (KST), at når der var behov for transport, blev en politimand afsat til at følge med i ambulancen som sikkerhedsofficer, således at man kunne undgå sweeping.

Ved fremtidige hændelser med sikkerhedsniveau som her, bør det aftales, at ambulance og akutlægebil kan få en sikkerhedsansvarlig med på transporter ud af sikkerhedsområdet, således at antallet af sweepinger kan minimeres.

## **5.4 Medicinsk hotline og tolkebistand**

Der blev som en del af aftalen med udenrigsministeriet etableret en døgndækkende medicinsk hotline, hvor delegerede mfl. kunne få sundhedsfaglige råd og vejledning. Formålet var at tilgodese de delegerede til konferencen samt øvrige, der havde relation til konferencen såsom ledsagere ligesom aktivistgruppen havde fået mulighed for at anvende telefonservicen. Dette var et nyt koncept for sundhedsberedskabet.

Region Hovedstaden havde indgået aftale med SOS International A/S om varetagelse af denne funktion på grund af SOS International store erfaring med telefonisk assistance og herunder tolkning af mange sprog. Telefonlinjen var åben for opringninger fra den 7. december klokken 0:00 til og med den 18. december 2009 kl. 24.00. Telefonlinjen kunne ligeledes benyttes af politiets ansatte.

SOS etablerede et beredskab bestående af i alt 12 læger, hvoraf fem var speciallæger i almen medicin. De øvrige læger besad sproglige kompetencer. To svenske læger var tilknyttet med henblik på at tage sig af henvendelser fra de patienter, der var bosiddende i Region Skåne. Derudover havde SOS knyttet kontakt til en stor tandlægepraksis i centrum af København.

#### *Status på tolkeservice og telefonlinje*

SOS havde i alt 61 henvendelser:

- Fem Tolkesager (spansk, portugisisk og fransk) for klinikken i Bella Center

- Seks henvendelser som sagsbehandler kunne afslutte alene, eller som var fejløpkald
- 50 henvendelser, hvor SOS-læge blev koblet på
- 42 af henvendelser var fra personer med bopælsadresse i Danmark
- Syv henvendelser drejede sig om tandproblemer
- Et opkald kom fra Region Skåne

### *Hvad kan vi lære*

Konceptet med en medicinsk hotline var ny i beredskabsmæssig sammenhæng. Det var vanskeligt på forhånd at sætte tal på forventede henvendelser til telefonlinjen, idet der ikke fandtes forudgående erfaringer, heller ikke fra udlandet eller andre konferencer. Det er ikke muligt at sige noget om hvor mange, der har henvendt sig direkte til sundhedsvæsenet, fx via hotelreception eller 112. Det har været en ekstra tryk for politiet at kunne få kontakt med læge eller tandlæge. Det forhold, at der kun var 50 henvendelser til SOS, hvor der var behov for lægefaglig assistance indikerer, at behovet for en konstruktion som denne var begrænset. På den anden side vidner politiets brug af funktionen om, at der blandt denne gruppe var behov for en sådan funktion, da det var politiet, der benyttede hotline mest. Det bør derfor fremadrettet ved lignende arrangementer medtænkes, hvordan man tilgodeser hjælpepersonale, der er udstationeret i længere tid.

Der er ingen tvivl om at en hotline hjælper enkeltpersoner til en let at få den korrekte hjælp, specielt i et område, hvor kendskabet til sundhedsvæsenets opbygning er begrænset.

Tolketjenesten var en stor hjælp for Medicinsk Klinik, men det var kun et mindre antal sprog, der blev brug for.

## **6. Forløb og evaluering af samarbejds-relationer**

### **6.1 Samarbejde med Udenrigsministeriet**

Der var som beskrevet ovenfor indgået kontrakt med Udenrigsministeriet. Samarbejdet forløb godt, og Region Hovedstaden har modtaget positive tilbagemeldinger fra Udenrigsministeriet om samarbejdet og den leverede ydelse. Udenrigsministeriet har påpeget, at Region Hovedstaden havde vurderet ministeriets behov korrekt, og at det blev fordelt og reguleret perfekt under konferencen. Ministeriet har specielt rost beredskabet i Medicinsk Klinik. De har påpeget hensigtsmæssigheden af, at lederen af AMK konstant var til stede i Medicinsk Klinik. Ministeriet har dog også påpeget, at det skabte utryghed, at forhandlingerne om kontrakten kom sent i gang, og at det var deres vurdering, at opgaven planlægningsmæssigt (ikke lægefagligt) var større end regionen havde forudset. Ministeriet har i den forbindelse anført, at der fra regionens side blev taget hånd om dette ved at udpege en dedikeret projektleder alene til denne opgave.

Regionen har sat stor pris på det konstruktive samarbejde med udenrigsministeriet, og specielt værdsat at det lykkedes at opretholde en personlig kontakt til fast personale fra udenrigsministeriet i planlægningsforløbet og i hele forløbet i Belle Centret. Det personlige kendskab og tilliden muliggjorde hurtige løsninger, hvor dette var nødvendigt.

### **6.2 Samarbejde med de Forenede Nationers sikkerhedsstab**

Bella Center var underlagt FN's sikkerhedsorganisation. Den daglige leder deltog hver dag i morgenmøde med FN's sikkerhedsleder, Bella Centers vagtleder og politi. Formålet var at



orientere hinanden om situationen og om eventuelle nyopståede problemer eller ændringer i tidligere aftalt fremgangsmåde.

### 6.3 Samarbejde med Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen var aktiveret i den Nationale Operative Stab (NOST). Sundhedsstyrelsen havde til lejligheden udviklet et rapporteringsskema til brug for indrapportering fra AMK. Den vagthavende AMK-overlæge i LBS indrapporterede dagligt relevante hændelser til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har været tilfreds med Region Hovedstadens planlægning og varetagelse af sundhedsberedskabet i forbindelse med COP15. Sundhedsstyrelsen har fremhævet den gode kontakt til AMK i den lokale beredskabsstab. Sundhedsstyrelsen har dog bemærket, at de statusindberetninger, som Sundhedsstyrelsen efter aftale skulle modtage var, af varierende kvalitet. Det var i øvrigt første gang at sundhedsstyrelsen meldeskema blev anvendt.

Regionen har i hele forløbet haft samarbejde med Sundhedsstyrelsen om planlægningen, hvilket har sikret overensstemmelse mellem den nationale beredskabsplanlægning og den regionale operative planlægning. Samtidig er kontroversielle problemstillinger fx i forbindelse med dimensioneringen af beredskabet i forhold til influenza A (H1N1) blevet løst i sammenhæng.

### 6.4 Samarbejde med Københavns Politi

Københavns Politi har spillet en væsentlig rolle i det almindelige beredskab både planlægningsmæssigt og operativt. Der har været holdt møder med Københavns Politi om COP15 planlægningen men først sent i forløbet var det muligt at få et reelt indtryk af behov for og specielle ønsker til sundhedsberedskabet, herunder tilstedeværelse i den lokale beredskabsstab og eskortekørsel.

Samarbejdet med Københavns Politi har fungeret godt og specielt skal fremhæves samarbejde i den nyetablerede lokale beredskabsstab. Akutte problemer og uafklarede spørgsmål blev hurtigt løst. En af årsagerne er formentlig at samarbejdet under COP15 byggede på et eksisterende og velfungerede samarbejde fra dagligdagen og fra ledelsesmæssige sammenhænge.

## 7. Kontrakt, aftaler og Økonomi

Der blev i forbindelse med COP15 indgået følgende kontrakter og aftaler:

- Der blev indgået kontrakt med Udenrigsministeriet om varetagelse af medicinsk beredskab i Bella Center og etablering af medicinsk hotline og tolkebistand jf. kapitel 5
- Der blev indgået aftaler med Frederiksberg Brandvæsen og Falck om tilkøb af ambulancer, og der blev indgået aftale med Københavns Brandvæsen om lægeassistenter til akutlægebil
- Der blev indgået aftale med SOS International om etablering af en medicinsk hotline og tolkebistand

#### *Status på kontrakt, aftaler og økonomi*

Det forløb som planlagt med de indgåede kontrakter og aftaler jf. for en uddybning afsnit 4.4.

Økonomi

Region Hovedstaden har finansieret de samlede udgifter, der havde relation til Region Hovedstadens almindelige beredskabsforpligtelser, herunder både det præhospitale beredskab og beredskabet på hospitalerne.

De samlede udgifter i forbindelse med COP15 er endnu ikke endeligt opgjort, men prognosen viser, at det lykkedes at afholde regionens forpligtelser inden for den fastlagte økonomiske ramme og uden en lang række ekstraudgifter som følge af akutte løsninger. Dette lykkedes på grund af en central koordinering af ressourcerne, hvormed et tilstrækkeligt beredskab var til rådighed. Dermed blev det undgået at en lang række lokale og isolerede initiativer blev iværksat for en sikkerheds skyld.

Udenrigsministeriet har finansieret det særlige og supplerende ekstraberedskab i forbindelse med COP15.

## 8. Konklusion

Sundhedsberedskabet under COP15 var kompleks både planlægningsmæssigt og operativt og gav mulighed for at afprøve store dele af regionens generelle sundhedsberedskab. Opgaven blev løst i samarbejde med en række samarbejdspartnere, og vurderingen er, at opgaven er blevet løst kompetent og på et højt fagligt niveau.

De delegerede og andre relaterede til COP15 fik den hjælp og service, som de havde behov for.

Udenrigsministeriet har givet udtryk for tilfredshed med samarbejdet og opgaveløsningen. Sundhedsstyrelsen, som er den centrale myndighed, der har ansvaret for det samlede danske sundhedsberedskab, var også tilfreds med samarbejdet.

Internt fra Region Hovedstaden er det også vurderingen, at Sundhedsberedskabet under COP15 forløb godt.

- Medicinsk Klinik i Bella Center var velbesøgt med 1.312 henvendelser
- Samarbejdet mellem personalet i Medicinsk klinik, ambulancepersonalet, akuttelægebilen og den daglige leder var godt og præget af stor entusiasme
- Ambulanceberedskabet var tilstrækkeligt dimensioneret
- Akuttelægebilen i Bella Center blev aktiveret i begrænset omfang til akutte tilfælde, men personalet fra akuttelægebilen indgik i personalegruppen i Medicinsk Klinik og uden dem, ville der have været mangel på arbejdskraft
- SOS leverede et professionelt og meget anvendeligt produkt, som i særdeleshed blev brugt af politiet og Medicinsk Klinik.
- Samarbejdet med Region Skåne, Region Sjælland, Københavns Politi  
Udenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen og øvrige samarbejdspartnere var ligeledes tilfredsstillende og et godt grundlag for yderligere samarbejde på beredskabsområdet.

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 7

Emne: Influenza A (H1N1) pandemi 2009 – evaluering

1 bilag

**Region Hovedstaden  
Akut Medicin og Sundhedsberedskab,**

# Influenza A (H1N1) pandemi 2009

## Evaluering

**Evaluering af forløbet af influenza A (H1N1) pandemien  
i Region Hovedstaden i 2009**

**REGION**

# Influenza A (H1N1) Pandemi 2009

## Evaluering af forløbet i Region Hovedstaden

### **Resume**

Efter de første rapporter fra WHO om nye tilfælde af influenza A (H1N1) i Mexico i april 2009 nedsatte region Hovedstaden en Pandemi Task Force (pandemigruppe).

Pandemigruppen skulle varetage og koordinere det tværgående beredskab i forbindelse med pandemien. Pandemigruppen blev bredt sammensat og bestod af en række personer, repræsenterende koncerndirektion, relevante planlægningsenheder, praksisområdet, lægevagten, kliniske infektionsmedicinske og mikrobiologiske afdelinger, børneafdelingerne, lægemiddelområdet, sundhedsberedskabet og kommunikationsmedarbejder samt embedslægerne.

Pandemigruppen har koordineret beredskabet på en lang række områder, herunder anvendelse og distribution af værnemidler, anvendelse af og koordineret udlevering af lægemidler, retningslinjer for diagnostik, visitation og indlæggelse, koordination af intensivkapacitet, vaccinationsstrategi samt løbende overvågning af såvel diagnosticerede tilfælde, indlagte med influenza A(H1N1) på hospital og på intensiv afdelingerne samt kommunikation til medarbejder og borgere.

Pandemiberedskabet i regionen har fungeret tilfredsstillende og pandemigruppen har effektivt formået at koordinere beredskabet. Forløbet har vist, at pandemigruppen har været et relevant sammensat og yderst effektivt forum til at drøfte akutte problemstillinger og til at finde hurtige løsninger.

Der er indhentet en række erfaringer, som kan danne grundlag for en opdateret pandemiberedskabsplan i regionen.

### **Influenza A(H1N1)**

Den nye influenza A(H1N1) blev første gang diagnosticeret i Mexico i april 2009 og bredte sig hurtigt til en lang række lande.

Den 11. juni offentliggjorde WHO, at der var tale om en pandemi i fase 6 (højeste fase). Faseinddelingen i WHO's pandemiplan beskriver den globale udbredelser og er ikke en klassifikation af infektionens sværhedsgrad. Det skønnede, at en pandemi, når den er på sit højeste, vil smitte 9-12 % af befolkningen i Danmark.

I det tidlige forløb var der stor usikkerhed om den nye virus-type, herunder hvor smitsomt virus var og hvor syg man bliver af infektionen og herunder risiko for død. Senere i forløbet hvor der var opsamlet viden og erfaringer om influenza A (H1N1) virus og sygdomsforløb viste det sig, at dette virus på en række punkter er lig andre kendte sæson-influenza-virus typer og dermed et virus med et relativt mildt klinisk forløb for de fleste.

Der findes anti-viral medicin, som har nogen effekt på sygdomsforløbet, idet symptomer mindskes og forløbet typisk afkortes 1-2 dage. Der fandtes tidligt i forløbet dog ingen vaccine mod influenza A(H1N1). Denne blev udviklet, afprøvet og produceret i løbet af efteråret 2009.

Danmark blev ramt af en mindre første pandemibølge i uge 29-32, 2009, efterfulgt af en anden større bølge, der startede i uge 40, 2009. Influenza A(H1N1) epidemien i Danmark begyndte i Region Hovedstaden i weekenden d. 7.- 8. november vurderet ud fra antallet af henvendelser om influenza til lægevagten.

### **Sundhedsstyrelsens nationale beredskab**

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for den centrale planlægning i tilfælde af en pandemi. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet planen ”Beredskab for pandemisk influenza - national strategi og rammer for planlægning i sundhedsberedskab”. Planen er senest opdateret i juli 2009 og er ledsaget af en række vejledninger.

Ifølge planen foregår udredning og behandling i primærsektoren. Patienter med influenza A(H1N1) skal som udgangspunkt ikke indlægges, men skal ”isoleres” og behandles i eget hjem. Hospitalsindlæggelse kan komme på tale ved svært sygdomsforløb eller anden samtidig lidelse, der kræver indlæggelse.

Planen er opdelt i en række faser fra fase 1 til fase 6 betinget af udbredelsen af epidemien blandt mennesker. Strategien i planen er i fase 5 at inddæmme og begrænse smittespredning ved tidlig opsporing, identifikation af mulige kontrakter og behandling af disse. I fase 6 er indsatsen fokuseret på identifikation og behandling af risikogrupper og sikring af samfundets nøglefunktioner. Planen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

### **Region Hovedstadens generelle beredskab og epidemiberedskab**

Region Hovedstaden pandemiberedskab bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Regionens beredskab har i hele forløbet været koordineret med og i overensstemmelse med den planlægning og de anbefalinger, der er kommet fra Sundhedsstyrelsen. Regionens pandemiberedskab er en del af det generelle sundhedsberedskab.

Den tværgående koordination af det operative akutte sundhedsberedskab varetages af regionens Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK). Den øvrige del af beredskabet tilrettelægges og gennemføres på de enkelte virksomheder, på hospitalerne typiske via disses beredskabsledelser.

De enkelte hospitaler har i deres egne beredskabsplaner retningslinjer for hvorledes muligt smittede patienter modtages og behandles og for hvorledes ekstra personale indkaldes i særlige situationer.

Hvidovre Hospital er tildelt en særlig rolle og fungerer som det primære hospital ved behov for særlig isolation af infektionsmedicinske patienter. Hvidovre Hospital har således mulighed for isolation af patienter i helt moderne isolationsstuer men kan også foretage delvis såkaldt kohorte-isolation af større patientgrupper i lukkede afsnit på hospitalet.

### **Regionens sundhedsberedskab og regionens Pandemi Task Force**

Allerede i april 2009, hvor de første tilfælde blev rapporteret fra Mexico, nedsatte regionen en særlig Pandemi Task Force (pandemigruppe).

Denne gruppe skulle varetage og koordinere det tværgående beredskab i forbindelse med pandemien og stå for både den akutte og den mere langsigtede planlægning af regionens sundhedsberedskab i forbindelse med den aktuelle Influenza A (H1N1) pandemi.

Pandemi Task Forcen blev bredt sammensat og bestod af en række personer, repræsenterende koncerndirektion, relevante planlægningsenheder, praksisområdet, lægevagten, kliniske infektionsmedicinske og mikrobiologiske afdelinger, børneafdelingerne, lægemiddelområdet, sundhedsberedskabet og kommunikationsmedarbejder samt embedslægerne.

Regionens Pandemi Task Force har koordineret beredskabet på en lang række områder, herunder anvendelse og distribution af værnemidler, anvendelse af og koordineret udlevering af lægemidler, retningslinjer for diagnostik, visitation og indlæggelse, koordination af intensivkapacitet, vaccinationsstrategi samt løbende overvågning af såvel diagnosticerede tilfælde, indlagte med influenza A(H1N1) på hospital og på intensiv afdelingerne samt kommunikation til medarbejder og borgere.

### **Pandemigruppens sammensætning**

Den regionale pandemigruppe har været sammensat af følgende repræsentanter på ledelsesniveau

- Koncerndirektionen, Region Hovedstaden (formand)
- Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab, Region Hovedstaden
- Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) Region Hovedstaden
- Koncern Praksis og den tidligere enhed for praksisplanlægning, Region Hovedstaden
- Lægevagten i Region Hovedstaden
- Direktionen, Hvidovre Hospital
- Klinisk Mikrobiologisk Afdeling og MRSA-videnscenter, Hvidovre Hospital
- Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital
- Infektionsmedicinsk Klinik, Rigshospitalet
- Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Rigshospitalet
- En pædiater fra Rigshospitalet
- Region Hovedstadens Apotek
- Koncern Kommunikation, Region Hovedstaden
- Embedslægerne i Region Hovedstaden

Videre blev kommunerne tilbudt repræsentation i pandemigruppen via den administrative styregruppe (kommunesamarbejde).

### **Gennemgang og evaluering af forløbet**

I det følgende gennemgås kort følgende områder:

- Personlige værnemidler og utensilier
- Lægemidler
- Vaccination
- Almen praksis og lægevagten
- Overvågning af epidemiens udvikling
- Intensiv behandlingskapacitet
- Kommunikation
- Økonomi

### **Personlige værnemidler**

Ved epidemiens begyndelser var der desuden kun et begrænset antal værnemidler til rådighed i regionen, hvorfor det frygtedes, at der ville blive en skæv fordeling til afdelingerne.

Region Hovedstaden havde i forvejen en centralt lager af såkaldte FFP3 masker opmagasineret på Hvidovre Hospital. Disse blev fordelt tidligt i forløbet til akutmodtagelserne og et mindre restlager blev tilbageholdt til særlige situationer. Der var i hele perioden tilstrækkelige værnemidler til personalet men der opstod enkelte tilfælde af lokal mangel, som dog hurtigt til løst ved at omfordele værnemidler.

Der var blandt personalet tvivl om de forskellige udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen om anvendelse af værnemidler (type, hvem og hvornår), samtidig med at der blandt personalet var forskellig praksis. Anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen om hvad der var nødvendige værnemidler ændrede sig i forløbet.

Pandemigruppen tog initiativ til via Regionens Hygiejnekomite at opdatere eksisterende vejledning og at distribuere disse i takt med ændringerne fra Sundhedsstyrelsen. Dette skete hurtigt og effektivt. Samtidig blev der udarbejdet en instruktionsvideo, der blev lagt på nettet og som forklarede den rette brug af personlige værnemidler. Der har været positive tilbagemeldinger på denne information af personalet.

For at tilgodese let brug af værnemidler, blev det besluttet at få indkøbt et særligt kit indeholdende de almindelige og nødvendige værnemidler samt utensilier til podning og diagnostik, specielt til brug for almen praksis og lægevagten. Dette gjorde indkøb lettere, idet alle nødvendige utensilier er til stede i samme pakning.

Et sådant kit kan evt. være udgangspunkt for fremtidig fælles kit til brug for andre kendte og ukendte infektionssygdomme og vil dermed sikre at udstyret let kan rekvireres og begrænse tvivl om, hvad der kan og skal bruges.

Det vil være hensigtsmæssigt også i fremtiden at have et centralt lager af personlige værnemidler, hvorfra regional distribution kan ske.



### **Lægemidler**

Anti-virale lægemidler fandtes på Regionens Apotek.

For at sikre en rationel anvendelse og en prioriteret distribution, blev det besluttet, at al udlevering skulle koordineres centralt fra Regionens Apotek. Dette betød at rekvisition kun kunne ske ved direkte kontakt med apoteket. Dette blev gennemført uden problemer og medførte, at regionen i hele perioden havde tilstrækkelig forsyninger. Dette betød samtidig, at der ikke var et u hensigtsmæssigt stort forbrug af et lægemiddel med risiko for udvikling af resistens.

Regionens Apotek udviklede tidligt en brugbar administrationsform til mindre børn.

Der var i forløbet problemer med hurtigt at fremskaffe Tamiflu til intravenøs brug hos intensiv patienter. Præparat og administrationsmåde var endnu ikke godkendt men kunne rekvireres.

### **Vaccination**

Retningslinjer for vaccination af patienter og personale er blevet givet af Sundhedsstyrelsen og herunder også den prioritering, der var nødvendig som følge af begrænset mængde vaccine. Disse retningslinjer er blevet fulgt i Region Hovedstaden.

Tidligt i forløbet blev der foretaget et skøn over hvor mange medarbejdere fordelt på kategorier, som skulle tilbydes vaccination. Dette skete ved at indhente oplysninger fra de enkelte virksomheders direktorer. Det viste sig dog efterfølgende at kun omkring 25 % af medarbejderne tog imod tilbuddet om vaccination.

Da vaccinen i begyndelsen var i begrænset mængde og blev leveret i pakninger med 500 doser og med separat pakket tilbehør var opgaven med fordeling af vacciner til de prioriterede grupper meget arbejdstung og logistisk vanskelig.

Det blev tidligt besluttet i pandemigruppen, at distribution af vacciner skulle ske centralt fra Regionens Apotek. Faglige forespørgsler vedrørende ekstra forsyninger og særlige behov blev håndteret i samarbejde mellem Regionens Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab og apoteket.

Det gav en hel del logistiske udfordringer for Regionens Apotek, at vaccinerne blev levet samlet og i adskilte pakning, men dette blev løst af apoteket

Gruppen af prioriteret sundhedspersonale til første vaccinationsrunde blev vurderet til at være personale på:

- Intensivafdelinger og intensivafsnit
- Skadestuer / akutmodtagelser / akutafdelinger
- Onkologiske, hæmatologiske og nefrologiske afdelinger
- Koordinerende læger (KOOL) og AMK-læger
- Lægevagt, inkl. chauffører
- Vagtcentralpersonale
- Ambulancepersonale
- Personale involveret i COP15

Personalet på børneafdelingerne var i første omgang ikke med på den prioriterede liste, men bør ved fremtidige situationer være det, idet børn oftest meget hurtigt smittes.

Personalet i almen praksis blev vaccineret i samme runde som de første risikopatienter. Dette skyldes at vacciner lå i hætteglas á 10 enheder. Fordeling til vaccination af risikopatienterne i almen praksis betød derfor en vis daglig overskudsvaccine, som derved blev udnyttet.

Nogle praktiserende speciallæger (øre-næse-hals og lungemedicinere) ønskede status som prioriteret sundhedspersonale, da de mente, at de kunne få mange influenza-smittede i konsultationerne. Dette blev ikke imødekommet med henvisning til, at der ikke var tilstrækkelig med vacciner samtidig med at patienter primært skulle konsultere almen praksis og ikke praktiserende speciallæge ved influenza symptomer.

Indrapporteringsproceduren til Statens Serum Institut var noget vanskeligt for hospitalerne, men blev betragtet som et mindre problem i praksis sektoren.

Det forløb hensigtsmæssigt, at vaccinationerne blev håndteret af de enkelte hospitaler / virksomheder. Fra 1. november 2009 kunne de første vaccinationer tilbydes de største risikogrupper og yderligere doser blev fordelt fra den 1. december 2009. Fra den 2. november 2009 kunne regionen tilbyde vaccine til prioriteret sundhedspersonale, og fra den 10. december til alt sundhedspersonale.

Det kan overvejes ved fremtidige lignende situation at oprette et centralt sted for vaccination af de regionsansatte, som er ansat på virksomheder, der ikke selv råder over læger (fx Handicap, Apoteket, Koncern IT samt FADL vagter (medicinske studenter med vikariater) m.m.).

Der blev fx oprettet et centralt vaccinations sted for FADL vagter på CEKU (Center for klinisk uddannelse).

Der er i alt udleveret 13.472 vacciner fra Region Hovedstadens Apotek, primært til vaccination af sundhedspersonale. Det er skønsmæssigt kun ca. 25-30 % af regionens personale, der har taget mod tilbuddet om at blive vaccineret.

### **Almen praksis og lægevagten**

Almen praksis og lægevagten har været en væsentlig og integreret del af regionens pandemi beredskab. Almen praksis og lægevagten har stået for en væsentlig del af kontakten med borgerne, gennemførelsen af vaccinationerne af risikopatienter samt vurdering om influenza ramte patienter havde behov for indlæggelse.

Der har kun været positive tilbagemeldinger om almen praksis og lægevagtens virke i forbindelse med influenza A(H1N1) pandemien.

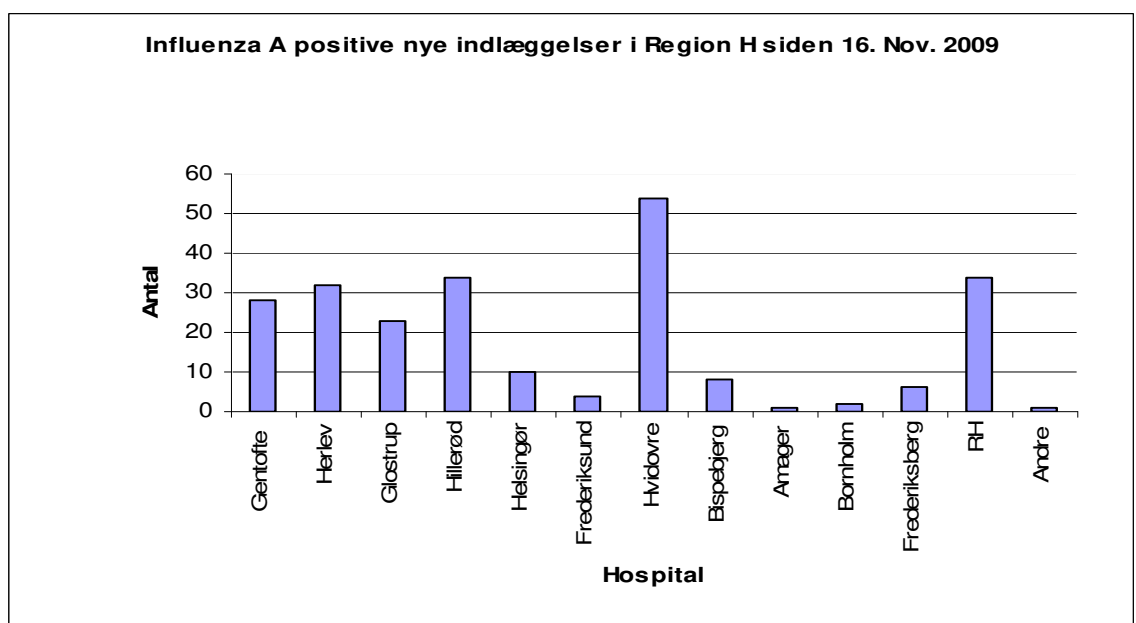
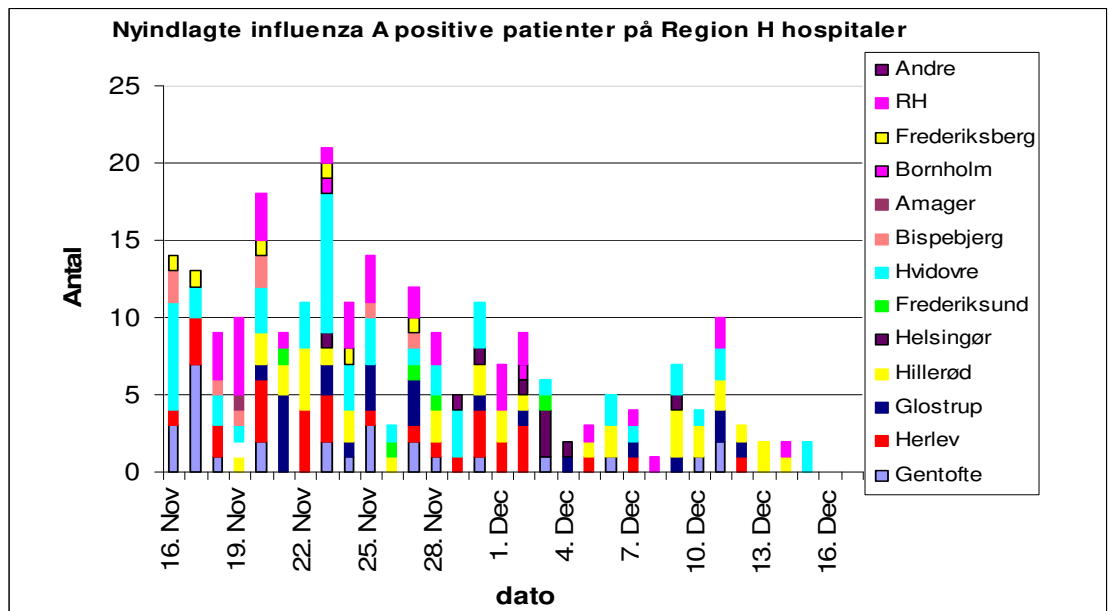
Det er i øvrigt værd at bemærke, at pandemiens start i Region Hovedstaden primært blev opdaget af lægevagten i weekenden d. 7.- 8. november, da antallet af henvendelser om influenza steg voldsomt men mange telefoniske henvendelser og sygebesøg.

Lægevagten var hurtig til at tilpasse kapaciteten til det aktuelle behov.

### Overvågning af epidemiens udvikling

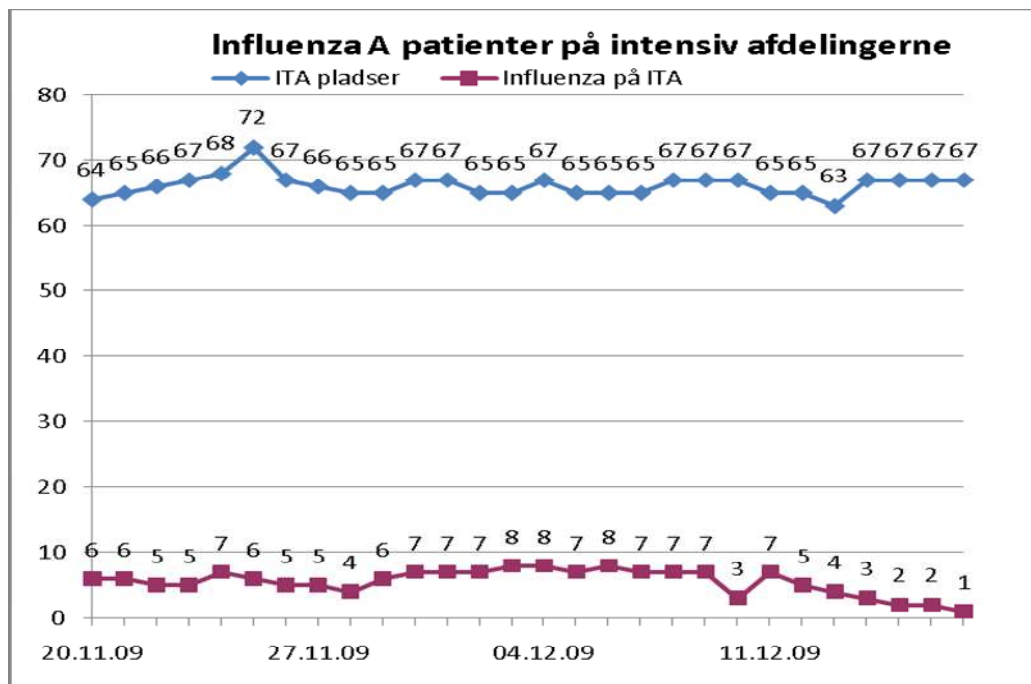
Epidemiens udvikling i Danmark blev overvåget og rapporteret fra Statens Serum Institut. Region Hovedstaden etablerede dog en regional overvågning, dels på antallet af diagnosticerede tilfælde på regionens hospitaler og dels af antal tilfælde indlagt på intensivafdelingerne.

Det er ikke pandemigruppens opfattelse, at den centrale registrering fra SSI var til gavn for regionens planlægning. Regionens egne mikrobiologiske afdelinger analyser og dykninger for influenza A (H1N1) gav en tidlig og præcis overvågning af situationen (se efterfølgende to figurer).



### Indlæggelse på intensiv-afdelinger

Overvågningen foregik ved at AMK to gange i døgnet kontaktede intensivafdelingerne i regionen for at få en status for sengekapacitet, indlagte patienter, herunder indlagte med influenza A (H1N1).



Figuren viser intensiv kapacitet (blå) og indlagte patienter med influenza A (H1N1) (rød)

Specielt effektivt blev overvågningen, da man indførte rutinepodning for Influenza A(H1N1) af alle patienter som blev indlagt på ITA.

### Intensiv behandlingskapacitet

Som det fremgår af figur 3, var mere end 10 % af regionens intensive pladser i kortere perioder belagt med patienter med influenza A. Dette var i begyndelsen af epidemien i Danmark og der var derfor frygt for at prognosen ville blive en yderligere og væsentlig belastning af intensivafdelingerne efterhånden som epidemien ville toppe.

Der blev derfor indkaldt til møde med alle intensivafdelinger og udarbejdet en plan for akut udvidelse af regionens intensivkapacitet.

Planen har tre trin.

#### Trin 0:

Det daglige beredskab.

#### Trin 1:

Der etableres ekstra intensivkapacitet med udnyttelse af alle eksisterende intensivpladser lokalt og indkaldelse af ekstra personale.

#### Trin 2:

Der skabes ekstra pladser ved at planlagte operationer aflyses, hvor dette er muligt, og der anvendes samtidig personale og udstyr fra operationsstuer og opvågningsafsnit til etablering og drift af midlertidige intensivpladser.

Regionen har kortvarigt været på Trin 1 i perioden den 20. – 25. november 2009.

Denne ”Plan for akut udvidelse af intensivpladser ved ekstraordinære hændelser” blev godkendt af pandemigruppen til også at kunne bruges fremover som en generel plan (også ved ikke epidemisituationer). Planen er tillige tidligere godkendt af den udvidede direktionskreds på deres møde d. 26. november 2009. Ændring af trin i intensiv-niveau udmeldes af koncerndirektionen.

### **Kommunikation**

Kommunikationsstrategien har været vigtigt for regionen. Information er blevet videregivet på intranettet fra Koncern Kommunikation, således at de enkelte hospitaler/virksomheder kunne henvise hertil. Regionen har i øvrigt i videst mulig omfang henvist til de officielle udmeldinger og informationer fra Sundhedsstyrelsen. Yderligere har der været temaer i Hovedsagen.

Sundhedsstyrelsens hjemmeside var dog primært præget af information til almindelige borgere og regionen savnede mere praktisk målrettet information til sundhedspersonale. Der har således i regionen været efterlyst målrettet en side med ”hyppigt stillede spørgsmål fra sundhedspersonale”. Dette blev præsenteret for Sundhedsstyrelsen.

I fremtiden er det vigtigt, at der bliver meldt tidligt og klart ud om de strategier regionen vælger. Akutte vejledninger, som skal hurtigt ud til personalet, skal sikres et ”fast track-forløb”. Der skal fastlægges en fremtidig procedure for hvordan dette bedst foregår.

Sundhedsstyrelsen bør lave en central evaluering om hvordan man informerer en hel befolkning, herudover bør man tage stilling til hvem der primært skal informere borgerne: Sundhedsstyrelsen eller Regionerne. Vigtig information til regionens ansatte bør fremover på forsiden af alle hospitalernes / virksomhedernes intranet.

### **Økonomi**

De ekstra udgifter i forbindelse med pandemi i Region Hovedstaden er endnu ikke opgjort, heller ikke afholdte udgifter i almen praksis. Ud over personale udgifter har den største udgift formentlig været til personlige værnemidler. Alle vacciner er blevet leveret betalt af staten, mens personale og lønudgifter i forbindelse med vaccinationer er afholdt af regionen.

Forhandling med ministeriet om kompensation sker i regi af Danske Regioner.

### **Pandemigruppens arbejde**

Pandemigruppen har holdt i alt 11 møder i tidsrummet april 2009 til januar 2010. Forløbet har vist, at pandemigruppen har været et relevant sammensat og yderst effektivt forum til at drøfte problemstillinger med relevans for pandemien og til at finde hurtige løsninger også på akutte problemer.

Deltagelse af koncerndirektion i gruppen muliggjorde samtidig beslutningskompetence i forhold til kritiske beslutninger og beslutninger med mulige økonomiske konsekvenser.

Pandemigruppen blev i forløbet suppleret med en repræsentant for intensivafdelingerne. Yderligere var der tilbud til kommunerne om at deltage i gruppen for derved at dele viden og erfaringer og sikre hurtig gensidig information. Det vil være hensigtsmæssigt, at kommunerne er repræsenteret i fremtiden.

Pandemigruppen er enige om at beholde Pandemi Task Force som et ”hvilende” udvalg indtil næste epidemi eller tilsvarende relevant hændelse.

### **Medlemmer af Regionens Pandemi Task Force og suppleanter**

- Koncerndirektionen, formand for Task Force, (koncerndirektør Svend Hartling)
- Akut medicin og sundhedsberedskab, (chef Freddy Lippert)
- Sekretariatsfunktion, Akut medicin og sundhedsberedskab (overlæge Per Bo Larsen)
- Pressekonsulent Region Hovedstaden (Helle Fritze / Linda Liboriussen)
- Koncern Praksis, (direktør Else Hjortsø)
- Lægevagten, (lægevagtschef Jørgen Rem)
- AMK, (overlæge Susanne Wammen)
- Regionens Apoteket, (Apoteker Lars Nielsen)
- Infektionsmedicin, Rigshospitalet, (professor Peter Skinhøj /overlæge Søren Thyboe)
- Infektionsmedicin (overlæge Gitte Kronborg, Hvidovre Hospital)
- Klinisk mikrobiologi (ledende overlæge Bettina Lundgren, MRSA, Hvidovre Hospital)
- Virologi (professor Jens D. Lundgren)
- Børnesygdomme (ledende overlæge Karen Vitting Andersen)
- Repræsentant fra Hospitalsdirektionerne (direktionschef Erik Brouer)
- Embedslæge (embedslæge Anne-Marie Plesner)

Til brug for fremtidig aktivering er der udarbejdet en første dagsorden samt en checkliste over opgaver baseret på de hidtidige erfaringer.

Dagsorden:

1. Orientering om den aktuelle situation.
2. Pandemi Task Force aktuelle sammensætning: er den relevant eller skal der suppleres?
3. Rollefordelingerne internt i pandemigruppen
4. Kommunikationsstrategi internt og eksternt
5. Hvem skal modtage information fra Pandemi Task Force og på hvilken måde? (fx virksomhedernes direktioner – skal andre informeres parallelt og direkte?)
6. Værnemidler (status, behov og evt. distribution)
7. Lægemiddelsituationen (status og behov)
8. Behov for akutte vejledninger eller ændringer af eksisterende vejledninger.
9. Vurdering af behov for særlige evt. midlertidige visitationsretningslinjer
10. Specielle forhold for lægevagten og almen praksis
11. Specielle forhold for ambulancetjenesterne

12. Behandlingskapaciteten på specielle kliniske områder, fx infektionsmedicin, børneafdelinger, intensivafdelinger
13. Mødehyppighed
14. Næste møder?
15. Evt.

### **Pandemi Task Force første opgaver**

- Samle information om situationen og analysere denne.
- Informerer regionens virksomheder om den aktuelle situation og om relevante forholdsregler.
- Stillingtagen til behov for særlige visitationsretningslinjer
- Stillingtagen til behandlingskapaciteten på infektionsmedicinske afdelinger?
- Stillingtagen til behandlingskapaciteten på intensivafdelingerne?
- Samarbejde med kvalitetsorganisationen med henblik på hurtig ekspedition af akutte vejledninger.
- Særlig behov for løbende overvågning af epidemiens udvikling (hvornår og hvordan)
- Stillingtagen til særlige forhold i praksissektoren og lægevagten
- Stillingtagen til anvendelse af værnemidler
- Skal der indkøbes specielle utensilier – personlige værnemidler?
- Hvordan distribueres værnemidlerne?
- Stillingtagen til anvendelse af lægemidler og evt. vaccine
- Evt. stillingtagen til fordeling af fx vacciner
- Stillingtagen til hvordan den praktiske udførelse af vaccination skal gennemføres – på centrale centre eller lokalt på de enkelte virksomheder

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 8

Emne: Redegørelse til Det Regionale Udviklingsråd

2 bilag



## NOTAT

**Direkte** 48205413

**Til: Forretningsudvalg**

Dato: 18. januar 2010

### **Notat om redegørelse til det regionale udviklingsråd for året 2009**

I forbindelse med kommunalreformen blev der etableret et Regionalt Udviklingsråd i hver af de 5 regioner. Udviklingsrådene er nedsat i medfør af § 188 i lov om social service og deres virksomhed er fastlagt i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 162 af 10. marts 2006.

Det Regionale Udviklingsråd er et forum mellem kommunalbestyrelser, regionsråd og brugerorganisationer, som skal følge og drøfte udviklingen på det sociale område og specialundervisningen i perioden 2007 til 2010.

Det Regionale Udviklingsråd består af repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen og Regionsrådet. Endvidere skal rådet have deltagelse af brugerne af de sociale ydelser. De Samvirkende Invalide organisationer og Skole og Samfund skal være repræsenteret.

Statsforvaltningen Hovedstaden sekretariatsbetjener Det Regionale Udviklingsråd.

Det Regionale Udviklingsråd skal i hvert af årene (i årene 2008-2010) udarbejde en redegørelse til Velfærdsministeriet og Undervisningsministeriet om udviklingen på det sociale område og på specialundervisningsområdet. Redegørelsen for 2009 er således den sidste redegørelse, der skal udarbejdes i regi af Det regionale udviklingsråd.

Redegørelsen skal tage udgangspunkt i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets indsendte redegørelser for udviklingen på området.

Regionsrådets redegørelse skal ifølge bekendtgørelsen indeholde:

1. en sammenfattende beskrivelse og vurdering af udviklingen i regionens forsyningsforpligtigelse i forhold til kommunerne, opdelt i forhold til målgrupper på det sociale område

2. en sammenfattende beskrivelse af udviklingen på specialundervisningsområdet for så vidt angår specialpædagogisk bistand til småbørn, specialundervisning efter folkeskoleloven og specialundervisning for voksne
3. en beskrivelse og vurdering af samarbejdet mellem kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet, herunder eventuelle problemstillinger i forbindelse med indgåelse af den årlige rammeaftale,
4. en beskrivelse af og dokumentation af særlige regionale forhold i forbindelse med kommunalreformen,
5. en beskrivelse af problemstillinger, der er relateret til kommunalreformen og eventuelle forslag til løsninger, og
6. en beskrivelse af samarbejdet med VISO, hvilket ydelser der gøres brug af, samt hvilket omfang

For at kunne sammenligne redegørelserne fra kommuner og regioner inden for regionen og på landsplan har statsforvaltningen udarbejdet en fælles skabelon (spørgeskema) til udarbejdelse af redegørelsen. Statsforvaltningen har meddelt regionen, at forpligtigelsen til at udarbejde redegørelse er opfyldt ved indberetning af dette spørgeskema til statsforvaltningen.

Region Hovedstadens besvarelse af spørgeskemaet i forhold til de i bekendtgørelsen opstillede krav er resumeret i følgende:

#### Ad 1) Udvikling i regionens forsyningsforpligtigelse i forhold til kommunerne

##### *Børn og unge*

Regionen driver både dag- og døgntilbud på området. Det kan konstateres, at der er en stor efterspørgsel efter de regionale døgntilbud.

##### *Sikrede afdelinger:*

Regionen driver tilbudet Sølagers sikrede afdelinger. Der er ikke venteliste til pladserne, da behovet pr definition altid er akut, hvorfor der henvises til tilbud i andre regioner. Udbuddet af regionale pladser har i 2009 været konstant.

Det har fortsat vist sig vanskeligt for enkelte kommuner, at få udarbejdet handleplaner for den unge. Nogle unge har af denne årsag fået forlænget deres ophold på den sikrede afdeling, da der ikke har foreligget en handleplan, som domstolen kan behandle.

### *Botilbud til voksne*

Der pågår fortsat en tilpasning af botilbuddet Skovvænget til en fremtidige målgruppe for de mest alvorligt psykisk syge, herunder en tilpasning af de fysiske rammer og dermed en reducere af antallet af pladser

Pladstallet på Nordsjællands Misbrugscenters tilbud til hjemløse er tilpasset den reelle efterspørgsel.

Regionen oplever fortsat efterspørgsel efter regionale tilbud, og der kan fortsat konstateres venteliste til området. I takt med, at kommunerne omlægger deres tilbud til egne borgere, forudser Regionerne en stigende efterspørgsel efter højt specialiserede tilbud. Den stigende efterspørgsel kan være vanskelig at imødekomme, da der ikke er nogen initiativforpligtigelse for kommunerne til at etablere de fornødne tilbud. Regionerne kan ikke gøre det uden efter aftale med kommunerne. Det er i 2009 aftalt, at det socialpsykiatriske tilbud Lunden udvides med 12 dagpladser og 20 døgnpladser, samt at der kan etableres 5 projektpladser til voksne udviklingshæmmede.

Endvidere oplyses, at regionen på området deltager i diverse nationale, regionale og lokale vidensnetværk.

### *Dagtilbud til voksne:*

Det skal belyses, hvor mange personer der er indskrevet pr 31. december 2009 på regionale dagtilbud til voksne.

Nedenstående tabel viser, at der den 31. december 2009 i alt var 477 personer indskrevet i et regionalt dagtilbud. Heraf var 394 indskrevet i dagtilbud drevet af Region Hovedstaden - Handicap og 83 personer er indskrevet i dagtilbud drevet af Region Hovedstadens Psykiatri. Flere af de indskrevne personer er indskrevet på deltid.

Antal personer der den 31. december 2009 var indskrevet i et regionalt dagtilbud for voksne

Handicap/psyk	Beskyttet beskæftigelse	Aktivitets- og samværstilbud	I alt
Handicap	249	145	394
Psykiatri	53	30	83
<b>I alt</b>	<b>302</b>	<b>175</b>	<b>477</b>

Regionen oplever stor efterspørgsel efter dagtilbud. Denne efterspørgsel har indtil nu kunnet imødekommes ved en fleksibel indskrivning.

Regionen deltager i en række nationale, regionale og lokale vidensnetværk på området.

### *Behandlingstilbud/Misbrugsområdet*

Region Hovedstaden driver Misbrugscenter Nordsjælland efter servicelovens § 101 og sundhedsloven § 141. Der er sket en tilpasning af tilbuddet til den reelle efterspørgsel på området.

I 2007 blev der i gang sat et samarbejde med kommunerne forankret i en kommunal følgegruppe samt løbende netværksmøder med de involverede sagsbehandlere fra kommunerne. Dette samarbejde er i 2009 blevet yderligere udbygget gennem bilaterale møder for at planlægge kapaciteten på området. Endvidere er der indgået samarbejdsaftaler om det lokale samarbejde.

Der opleves fortsat behov for løbende at tilpasse udbud til efterspørgsel.

### *Hjælpe midler*

Vedrørende hjælpe midler peges der på, at Kommunikationscentret - Region Hovedstaden i samarbejde med kommunerne har en række opgaver i forhold til hjælpe midler på syns- og kommunikationsområdet.

Også på dette område deltages der i en række nationale samt regionale vidensnetværk.

Det forventes, at samarbejdet med kommunerne omkring hjælpe midler til syns- og kommunikationsområdet sikrer overensstemmelse mellem udbud af hjælpe midler og behov.

### Ad 2) Specialundervisningsområdet

Region Hovedstaden har sammenlagt det tidligere ”Tale- og Høreinstitutet” (THI) og ”Center for syn og kommunikation” (CSK) til ”Kommunikationscentret – Region Hovedstaden”. Dette er sket for at fastholde specialviden på området og opnå større økonomisk robusthed.

Der er fortsat bekymring for tilgangen af brugere til de ydelser, der leveres af regionens kommunikationscenter.

Også på dette område deltages der i en række nationale samt regionale vidensnetværk.

For det øvrige specialundervisningsområde er antallet af pladser tilpasset den faktiske efterspørgsel.

Ad 3) Beskrivelse og vurdering af samarbejdet mellem kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet, herunder eventuelle problemstillinger i forbindelse med indgåelse af den årlige rammeaftale

Region Hovedstaden har oplevet et godt samarbejde med kommunerne i hovedstadsregionen omkring udarbejdelse af rammeaftalerne på det sociale område og specialundervisningsområdet. I rammeaftalen for 2010 fremgår det, at udformningen af rammeaftalen af langt de fleste kommuner og regionen vurderes positivt.

Kommunerne angiver samstemmende, at der ikke har været flere problemer i forhold til visitation, anvisning og belægning af ledig kapacitet, end man oplevede før kommunalreformen.

Ad 4) Beskrivelse af og dokumentation af særlige regionale forhold i forbindelse med kommunalreformen

Regionens opgaveportefølje er meget uensartet, da der er betydelig variation i de typer af tilbud, kommunerne har overtaget.

Ad 5) Beskrivelse af problemstillinger, der er relateret til kommunalreformen og eventuelle forslag til løsninger

Det er fortsat vanskeligt at sikre valide og dermed handleorienterede ventelisteoplysninger. Dette sammenholdt med en manglende initiativforpligtigelse gør, at rammeaftalekonstruktionen ikke garant er for, at der sikres relevante tilbud til alle borgere med særlige behov.

Rammeaftalen fungerer bedst på de store stabile driftsområder kendetegnet af lange forløb/stor kontinuitet i brugergruppen. Tilbud som kommunikationscentre, misbrugscentre o.l., hvor der er stor omsætning i brugergruppen, er vanskeligt at kapacitetsplanlægge i rammeaftalen, da kommunernes redegørelser for behov og ydelser og for valg af fremtidige løsninger ikke beskrives præcist og forpligtende i de kommunale redegørelser, der danner grundlag for rammeaftalerne.

Regionen finder driftsvilkårene for regionale tilbud bekymringsværdige i kraft af udformningen af kommunernes ret til løbende at overtage regionale tilbud. Det giver svære udviklingsvilkår både fagligt og med hensyn til de fysiske rammer.

Det er regionens vurdering, at kommunerne, hvor det er muligt, ikke mindst for at kunne styre økonomien, prioriterer brug af egne tilbud/selvforsyning. Dette gør det sværere for de kommuner, der er afhængige af pladskøb, at finde relevante tilbud til deres borgere.

Ad 6) Beskrivelse af samarbejdet med VISO, hvilket ydelser der gøres brug af, samt hvilket omfang

Regionen har i forbindelse med udformning af spørgeskemaet til Det Regionale Udviklingsråd oplyst, at regionen ikke gør brug af VISO's ydelser, men at regionen har flere tilbud som er leverandør til VISO.

**Besvarelser af særlige temaer**

Indenrigs- og Socialministeriet og Undervisningsministeriet kan frem til den 15. januar udmelde særlige temaer som skal belyses i årets redegørelse.

Med brev af 15. januar 2010 har Indenrigs- og Socialministeriet og Undervisningsministeriet udmeldt følgende temaer, der skal belyses i redegørelsen for 2009

- For det sociale område skal det beskrives og vurderes, i hvilken omfang der er sket ændringer i den specialiserede rådgivning til borgere med særlige behov
- For specialundervisningsområdet er temaet for redegørelsen afspecialisering eller fastholdelse af udvikling af specialviden og kompetencer.

Vedrørende ændringer i den specialiserede rådgivning/specialundervisningsområde skal det oplyses, at Region Hovedstaden har sammenlagt THI og CSK til "Kommunikationscentret – Region Hovedstaden". Dette er sket for at fastholde specialviden på området og opnå en større økonomisk robusthed.

Der ydes en betydeligt specialrådgivning fra Kommunikationscentret – Region Hovedstaden. En del af denne specialrådgivning har form af telefonisk henvendelse fra kommunerne.

Endvidere ydes der specialrådgivning fra de regionale tilbud, som har indgået kontrakt med VISO omkring at være leverandør på området.

Hertil kommer, at der fra regionsadministrationen ydes specialrådgivning til kommunerne omkring matchning af borgere og tilbud.

Den samlede specialrådgivning ydet af regionen tegner et billede af en vis forskellighed i kommunernes specialrådgivning af borgerne.

Vedrørende afspecialisering eller fastholdelse af udviklingen af specialviden og kompetencer på specialundervisningsområdet spørges der ind til de regionale tilbuds fremtidige rolle, herunder deres udviklingsperspektiv i relation til udviklingen af undervisningstilbudene i kommunerne. På specialundervisningsområdet er regionens sammenlægning af THI og CSK et afgørende skridt for at fastholde specialviden og opnå en større økonomisk robusthed.

Det er vanskeligt at konkretisere udviklingsperspektivet for området. Dette skyldes til dels rammeaftalernes manglende evne til at opfange hurtige ændringer på området. Særligt er det manglen på udmeldinger fra kommunerne om deres strategier og mål for området, der vanskeliggør vurderingen.

**Koncern, Plan og  
udvikling**

Enhed for  
kommunesamarbejde

**Direkte** 48205413

Dato: 30.januar 2010

**Spørgeskema i forbindelse med Redegørelse 2009 til Det Regionale udviklingsråd**

<b>Spg nr.</b>	<b>Spørgsmål</b>	<b>Svar muligheder</b>	<b>Regions besvarelse</b>
1	Kontaktpersonens navn og direkte telefon nr.		Chef konsulent Conni Christiansen, tlf. 48205413
2	Beskriv og vurdér samarbejdet med kommunerne omkring indgåelsen af rammeaftale for 2010		<p>Der er etableret en administrativ koordinationsgruppe, bestående af 4 regionale medlemmer, 8 kommunale medlemmer samt en repræsentant fra KL/KKR . Gruppens opgave er at udarbejde oplæg til rammeaftalerne og sørge for fremdrift i de opgaver der udspringer af rammeaftalerne. Den administrative koordinationsgruppe har delt formandskab mellem regionen og kommunerne.</p> <p>Der har været et godt samarbejde mellem region og kommuner om indgåelse af rammeaftalen for 2010.</p>



Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
3	Beskriv og vurder Regionens rolle i rammeaftaleindgåelsen		<p>Regionen ser sin rolle som initiativtagende og koordinerende. Udformningen af rammeaftalen aftales i den administrative koordinationsgruppe for rammeaftalen. Regionen sikrer gennem dialogmøder med samtlige kommuner og en administrativ høringsproces inden aftaleforslaget færdiggøres til politisk behandling, at der er kendskab til og opbakning bag forslaget. Regionen ser en aktiv koordinerende indsats som nødvendig for at sikre udarbejdelse af en dækkende rammeaftale, hvor der også er fokus på de forhold, der kræver politisk stillingtagen for at sikre den tilstrækkelige tilbudsvifte.</p>
4	Regionens vurdering af rammeaftalekonstruktionen generelt		<p>Det har vist sig vanskeligt at sikre valide og dermed handleorienterede ventelisteoplysninger. Dette gør det vanskeligt at følge udviklingen og sikre iværksættelse af de nødvendige initiativer rettidigt Dette sammenholdt med, at der ikke er en fastlagt klar initiativforpligtigelse, gør at rammeaftalekonstruktionen ikke er garant for at der sikres relevante tilbud til alle borgere med særlige behov.</p> <p>Rammeaftalen fungerer bedst på de store stabile driftsområder kendetegnet af lange forløb/stor kontinuitet i brugergruppen. Tilbud som kommunikationscentre, misbrugscentre o.l., hvor der er stor omsætning i brugergruppen, er vanskeligt at kapacitetsplanlægge i rammeaftalen, da kommunernes redegørelser for behov for ydelser og for valg af fremtidig løsning ikke beskrives præcist og forpligtende i de kommunale redegørelser, der danner grundlag for rammeaftalen.</p> <p>Det er vurderingen, at kommunerne hvor det er muligt – ikke mindst for at kunne styre økonomien – prioriterer brug af egne tilbud/selvfornying.</p>

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
			<p>Det gør det sværere for kommuner, der er afhængig af pladskøb at finde relevante tilbud til deres borgere. Den problemstilling kan rammeaftalekonstruktionen ikke håndtere.</p>
5	<p>Bemærkninger omkring eventuelle forhold som rammeaftalekonstruktionen ikke tager højde for</p>		<p>Det er problematisk at styre kapaciteten på misbrugsområdet gennem rammeaftalekonstruktionen, da den sociale misbrugsbehandling er nært knyttet med den lægelige indsats.</p> <p>Generelt er rammeaftalen ikke det styrings- og planlægningsværktøj, som var hensigten. Årsagen er at virkeligheden overhaler rammeaftalerne. Eksempelvis er man nødt til at tilpasse udbuddet efter efterspørgslen, det kan ikke vente til næste rammeaftale. Et eksempel herpå er styring af kapaciteten på Kommunikationscentret - Region Hovedstaden (tidligere THI og CSK).</p> <p>Herudover har det vist sig vanskeligt at få kommunerne til at indgå i forpligtende samarbejde om udvidelse af kapaciteten på visse områder.</p>
6	<p>Hvilke særlige udfordringer er der for Regionen på det sociale område</p>		<p>Regionen finder det vanskeligt at sikre de regionale tilbud optimale drifts- og udviklingsmuligheder, når planlægningshorisonten er ukendt og afhænger af kommunernes hjemtagelsesstrategier. Der er brug for en længere planlægningshorisont, som f.eks. kunne opnås ved at kommunal overtagelse kun kan ske hvert fjerde år.</p>

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
7	Hvilke særlige udfordringer er der for Regionen på specialundervisningsområdet		Styring af kapaciteten på Kommunikationscentret – Region Hovedstaden, da kommunernes opgørelse af den forventede efterspørgsel er for upræcis og der i redegørelserne ikke sker en konkretisering af kommunernes strategier og mål på området Der er en svagt vigende tilgang til Geelsgårdskolen. Det synes som om, at kommunerne i stigende grad selv etablerer tilbud til målgruppen.
8	Hvilke tiltag har regionen iværksat i 2009 for at imødekomme disse særlige udfordringer		Regionen har sammenlagt de to tilbud THI og CSK til Kommunikationscentret – Region Hovedstaden.
9	Eventuelle bemærkninger til disse tiltag		Sammenlægningen er sket for at bevare specialviden og få større økonomisk robusthed.
10	I de tilfælde, hvor regionsdrevne institutioner har henvendt sig til VISO, hvor ofte har disse institutioner da efterfølgende anvendt VISO's ydelser ved sagsbehandlingen Rådgivning kan bestå af sparring til sagsbehandleren, kortere - eller længerevarende rådgivningsforløb ned sagsbehandler, borger og /eller en hel personalegruppe. Udredningen er en grundig afdækning og beskrivelse af borgerens problemstilling		
10	VISO Rådgivning	Meget ofte	
		Ofte	
		Af og til	
		Sjældent	
		Meget sjældent	X
		Ved ikke	
10	VISO udredning	Meget ofte	

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
		Ofte	
		Af og til	
		Sjældent	
		Meget sjældent	X
		Ved ikke	
11	Vurdér kvaliteten af VISOs rådgivning og udredning til regionen Rådgivning kan bestå af sparring til sagsbehandleren, kortere - eller længerevarende rådgivningsforløb med sagsbehandler, borger og /eller en hel personalegruppe Udredningen er en grundig afdækning og beskrivelse af borgerens problemstilling		
11	VISO Rådgivning	Rigtig god	
		God	
		Mindre god	
		Dårlig	
		Ved ikke	X
11	VISOs udredning	Rigtig god	
		God	
		Mindre god	
		Dårlig	
		Ved ikke	X

<b>Spg nr.</b>	<b>Spørgsmål</b>	<b>Svar muligheder</b>	<b>Regions besvarelse</b>
12	Eventuelle øvrige bemærkninger til Regionens brug af VISO		De regionale tilbud benytter ikke VISO's rådgivning og udredning, men er leverandør til VISO.  Flere af regionens tilbud er leverandør til VISO
<b>Anbringelsesområdet</b>			
13	Er Regionsrådet driftsherre for sikrede eller særligt sikrede institutioner?	Nej	
		Ja noter hvilke	Sølager, med 26 pladser
14	Evt. kommentarer omkring regionens drift af sikrede eller særligt sikrede institutioner		
15	Regionens eventuelle bemærkninger til anbringelsesområdet generelt		Det er fortsat vanskeligt for enkelte kommuner at få udarbejdet handleplaner for den unge. Nogle unge har fået forlænget deres ophold på sikret afdeling alene med begrundelse i, at der ikke foreligger en handleplan som domstolen kan behandle.
<b>Botilbud til voksne</b>			
16	Har Regionsrådet justeret, udvidet eller tilpasset eksisterende botilbud i 2009	Ja	X
		Nej	

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
17	Beskriv disse ændringer:		<p>Tilpasning af Skovvænget (§ 108 tilbud) til en fremtidig målgruppe med de mest alvorlig psykisk syge er påbegyndt, herunder reducere af antallet af pladser for at kunne forbedre de fysiske rammer for den enkelte beboer..</p> <p>Pladstallet på Nordsjællands Misbrugscenters tilbud til hjemløse (§ 110 tilbud) er tilpasset den reelle efterspørgsel.</p>
18	Hvad ønsker Regionsrådet at opnå ved ændringerne?	Højne kvaliteten i tilbuddet	X
		En udvidelse af målgruppen	
		Øge kapaciteten	
		Nedsætte kapaciteten	
		Opnå besparelser	
		Andet, beskriv kort	Tilpasning til den reelle efterspørgsel.
19	Har regionen oprettet nye botilbud i 2009	Ja	
		Nej	X
20	Beskriv de oprettede botilbud kort, herunder om botilbuddene oprettes		

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
	i samarbejde med andre		
21	Beskriv kort, hvilke vidensnetværk omkring botilbud regionen deltager i (Ved flere svar på hver linie, adskilles svarene med ";" ):	National	<p>Danske Regioners ”Den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område”</p> <p><u>Region Hovedstaden - Handicap:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Netværk for Dømtede Udviklingshæmmede</li> <li>- Vidensteam for brugere med særlig udadrettet adfærd</li> <li>- Nationale Netværk om Tilsyn</li> <li>- Socialt lederforum</li> <li>- SL´s landsledersektion</li> <li>- Hitt - High tech kommunikation og hjælpemidler</li> <li>- Mentor forum</li> <li>- AMPS - assessment of motor and process skill</li> <li>- Danish Castille morales assosiation</li> </ul>

- Isaac - International gruppe for alternativ kommunikation
- Netværk blandt Spastikerforeningens tilbud i Danmark og Island
- Syn Danmark
- Dansk Blindesamfunds forstandergruppe
- ASIUS-Aktiv Styrket Indsats for Udviklingshæmmede med Synshandicap
- Videncenter for Synshandicap
- Handicapidrættens Videnscenter
- Videnscenter for Døvblindefødte

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diverse netværk under Videnscenter for socialpsykiatri</li> <li>- VISO - Netværk for specialtilbud</li> <li>- VISO - Netværk for dobbeltdiagnose</li> <li>- Netværksgruppe under Vold som Udtryksform</li> <li>- Lederkollegiet vedr. forsorgshjem i Danmark</li> <li>- Sammenslutningen af §110 boformer i Danmark (Servicestyrelsen)</li> <li>- Udsatteenheden - Esbjerg, ledergruppe under LOKK</li> <li>- Centerlederforeningen for stofmisbrugsledere</li> <li>- Alkohol-fagligt forum</li> </ul>
		Regionale	<p>Region Hovedstaden - Handicap:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilsyn</li> <li>- Ledergruppen i Region Hovedstaden</li> <li>- SL's ledersektion Storkøbenhavn</li> <li>- Handleplansnetværk</li> <li>- Netværk for souschefer</li> <li>- Netværk om hjerneskade (Jonstrupvang, Taxhuset og Rødbo)</li> <li>- Døvblindenetværket</li> <li>- Region Hovedstadens forstandergruppe</li> <li>- Administrative erfamøder</li> <li>- Ledernetværket, Kost &amp; ernæringsforbundet</li> </ul> <p>Region Hovedstadens Psykiatri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forstanderkredsen i Region Hovedstadens Psykiatri</li> <li>- Kvalitetsforum</li> <li>- Hjemløse Kvinders Netværk</li> </ul>



Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
		Lokale	Region Hovedstaden - Handicap: - Netværksgruppen i Syd-Vest - Handleplansressourcenetværk - Tjenestepansressourcenetværk - Ledergruppen i Egedal Kommune  <u>Region Hovedstadens Psykiatri:</u> - Politi: Forebyggelse og erfaringsudveksling - Sammenslutningen af Nærudvalg - Ledergruppe på §109 og 110 området i diverse kommuner i regionen
		Regionen deltager ikke i vidensnetværk (sæt x)	
22	Evt. kommentarer til disse netværkssamarbejder:		
23	Sammenfattende beskrivelse og vurdering af udviklingen i Regionsrådets forsyningsforpligtigelse i forhold til botilbudsområdet:		Regionen oplever fortsat stor efterspørgsel efter regionale tilbud. Der er fortsat venteliste til området. Regionen forudser derudover stigende efterspørgsel til de højt specialiserede tilbud i takt med kommunerne om lægger deres tilbud til egne målgrupper. Den stigende efterspørgsel kan være vanskelig at imødekomme, da der ikke er nogen initiativret for regionen til at etablere de fornødne tilbud.
24	Regionens evt. yderligere bemærkninger til botilbudsområdet generelt		
Behandlingstilbud/misbrugsområdet			

Spq nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
25	Har Regionsrådet iværksat initiativer på misbrugsområdet i 2009	Ja	X
		Nej	
26	Beskrivelse af disse initiativer:		Der er sket kapacitetstilpasning til den reelle efterspørgsel.
27	Deltager Regionen i samarbejder mellem Regionerne eller med kommuner på misbrugsområdet		Samarbejdet med kommunerne på misbrugsområdet er forankret i en kommunal følgegruppe og fokusgruppemøder med de kommuner, der benytter Nordsjællands Misbrugscenter mest. I 2009 er dette samarbejde yderligere udbygget gennem bilaterale møder for at planlægge kapaciteten på området, og der er indgået samarbejdsaftaler om det lokale samarbejde.
28	Sammenfattende beskrivelse og vurdering af udviklingen i Regionsrådets tilbud på behandlingstilbud/misbrugsområdet:		Der er fortsat behov for løbende at tilpasse udbud til efterspørgslen.
29	Regionens evt. yderligere bemærkninger til behandlingstilbud/misbrugsområdet generelt		
<b>Hjælpemidler</b>			
30	Deltager Regionen i samarbejder mellem Regioner eller med kommuner inden for hjælpemiddelområdet	Nej	
		Ja, Beskrivelse:	Det nu sammenlagte Kommunikationcentret – Region Hovedstaden har en række opgaver ifht til hjælpemidler på syns- og kommunikationsområdet i samarbejde med kommunerne
31	Beskriv kort hvilke vidensnetværk omkring hjælpemidler regionen deltager i (ved flere svar i hver linie, adskilles svarene med ";"):	National	Fagligt netværk om: - kommunikationsteknologiske hjælpemidler. - synshjælpemidler til børn og unge

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- specialoptiske hjælpemidler</li> <li>- mobility hjælpemidler</li> <li>- belysning</li> <li>-taktil grafik og illustration</li> <li>-IT-basisopsætning til blindesvagtsynede</li> </ul>
		Regionale	Regionalt netværk blandt kommunikationscentrene
		Lokale	
		Deltager ikke i netværk (sæt kryds)	
32	Evt. kommentarer til disse netværkssamarbejder:		
33	Sammenfattende beskrivelse og vurdering af udviklingen i Regionens tilbud på hjælpemiddelområdet (§ 112)		
<b>Dag- og aktivitetstilbud, §§ 103 og 104 (voksenområdet)</b>			
34	<p>Opgørelse over regionsdrevne dagtilbud pr. 31. december 2009</p> <p>Ventetid defineres som tiden mellem visitationsdato og til dato for start i tilbud. Opgørelsen omfatter derfor alle afsluttede sager. Personer, der er visiteret før 1. januar 2009 men som starter i tilbud i 2009 skal således medregnes. Personer, der pr. 31. december 2009 fortsat står på venteliste, skal således ikke medregnes.</p>		
34	Dagtilbud § 103	Indskrevne i tilbud på handicapområdet	249

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
		Indskrevne i tilbud på psykiatriområdet	53
		Antal på venteliste på handicapområdet pr 31 december 2009	0
		Antal på venteliste på psykiatriområdet pr 31.december 2009	0 0
		Gennemsnitlig ventetid(uger) for 2009 på handicapområdet	0
		Gennemsnitlig ventetid(uger) for 2009 på psykiatriområdet	0
35	Aktivitetstilbud § 104	Indskrevne i tilbud på handicapområdet	145
		Indskrevne i tilbud på psykiatriområdet	30

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
		Antal på venteliste på handicapområdet	0
		Antal på venteliste på psykiatriområdet	0
		Gennemsnitlig ventetid (uger) for 2009 på handicapområdet	0
		Gennemsnitlig ventetid (uger) for 2009 på psykiatriområdet	0
36	Eventuelle bemærkninger til indskrevne, og ventetider på dag- og aktivitetstilbudsområdet		Ventelister undgås ved fleksibel indskrivning
37	Beskrivelse af de netværkssamarbejder Regionen deltager i på området for dag- og aktivitetstilbud.		Se under botilbud.
38	Sammenfattende beskrivelse og vurdering af udviklingen i Regionsrådets tilbud på dag- og aktivitetstilbudsområdet:		Regionen oplever stor efterspørgsel, der hidtil er imødekommet ved en fleksibel indskrivning.
<b>Specialundervisningsområde</b>			
39	Er Regionsrådet driftsherre for specialundervisningstilbud?	Ja	X
		Nej	

Sp nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
40	Beskriv hvilke tilbud regionen driver på specialundervisningsområdet		Kommunikationscentret-Region Hovedstaden Geelsgårdskolen Intern skole på Nødebogård
41	Beskriv kort, hvilke vidensnetværk omkring specialundervisning regionen deltager i (Ved flere svar på hver linie, adskilles svarene med ";");	<p>Nationale</p> <p>Regionale</p> <p>Lokale</p>	<p>Netværk om neurorehabilitering</p> <p>Netværk blandt Danske Tale- Høre- og Synsinstitutioner, herunder netværk under Synssøjlen</p> <p>Skandinavisk netværk vedr. synsrehabilitering</p> <p>Fagligt netværk om kommunikationsteknologiske hjælpemidler</p> <p>Bestyrelsen for Videnscenter for Bevægehandicap</p> <p>Netværk for psykologer inden for døv-blindeområdet</p> <p>Fagråd i Videnscenter for Døvblindefødte</p> <p>VICOM - Videnscenter for Kommunikation</p> <p>Netværk om Konduktiv Pædagogik</p> <p>Temagruppen om specialundervisning i Danske Regioner</p> <p>Internationalt netværk om MOVE</p> <p>Netværk mellem kommunikationscentrene i Region Hovedstaden</p> <p>Tværfagligt netværk for Geelsgårdskolen og Øresundsskolen</p> <p>Netværk for terapeuter fra det tidligere Københavns Amts specialskoler</p> <p>Netværk for ledende terapeuter</p> <p>Netværk for psykologer vedr. neuropsykologi</p> <p>Netværk for tale- høre-pædagoger</p> <p>Netværk for bevægekonsulenter</p>

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
		Regionen deltager ikke i vidensnetværk (sæt x)	
42	Evt. kommentarer til disse netværkssamarbejder:		
43	Har Regionsrådet justeret, udvidet eller tilpasset specialundervisnings-tilbud i 2009	Ja	Ja
		Nej	
44	Beskriv disse ændringer		Antallet af pladser på Geelsgårdskolen er tilpasset efterspørgslen. Endvidere er der sket en sammenlægning af THI og CSK til ”Kommunikationcentret – Region Hovedstaden”
45	Hvad ønsker Regionsrådet at opnå ved ændringerne	Højne kvaliteten i tilbuddet	
		En udvidelse af målgruppen	
		Øge kapaciteten	
		Nedsætte kapaciteten	
		Opnå besparelser	

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
		Andet - beskrives kort:	<p>For Geelsgård skolen har der været tale om at tilpasse pladserne til efterspørgslen</p> <p>Sammenlægningen af THI og CSK er sket for at bevare specialviden på området og opnå en større økonomisk robusthed</p>
46	Sammenfattende beskrivelse og vurdering af udviklingen i Regionsrådets tilbud på specialundervisningsområdet:		
47	Øvrige forhold omkring specialundervisning Regioner finder grund til at fremhæve		
48	Øvrige forhold generelt, som Regioner finder grund til at fremhæve		
<b>Særligt tema udmeldt af Velfærdsministeriet</b>			



Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
49	<p>Kommunalreformen trådte i kraft den 1. januar 2007. Beskriv og vurder generelt de erfaringer Regionen har gjort sig siden reformens ikrafttræden. Nævn i den forbindelse tre forhold, hvor reformen efter Regionens opfattelse har haft en positiv konsekvens for den enkelte borger. Nævn dernæst tre forhold, hvor reformen efter Regionens opfattelse har givet (og fortsat giver) Regionen særlige udfordringer og eventuelt en negativ konsekvens for den enkelte borger.</p>		<p>Regionens opgaveportefølje er meget uensartet, da der er betydelig variation i de typer af tilbud kommunerne har hjemtaget. På sigt vil regionens tilbud blive mere specialiseret i takt med, at det opleves at kommunerne nedjusterer pladstallet på de mest specialiserede tilbud og hjemtager deres ”lettere” borgere.</p> <p>Regionen oplever, at der er et behov for lovgivningsmæssigt at afklare snitfladerne mellem den regionale og kommunale varetagelse af den lægelige misbrugsbehandling.</p> <p>Regionen oplever, at kommunerne ikke i tilstrækkelig grad har løftet forpligtelsen til at udarbejde handleplaner og årligt revidere handleplaner for borgere på regionale tilbud. Det betyder, at borgeren ikke har sikkerhed for fortsat at få det optimale tilbud.</p>
50	<p><b>Svarfelt til besvarelse af særligt tema udmeldt af Indenrigs- og socialministeriet – Særligt tema for det socialområde for 2009 – Specialiseret rådgivning til borgere med særlige behov</b></p>		
50.a	<p>Om der er sket ændringer i op - eller nedadgående retning i antallet af speciellrådgivningstilbud</p>		<p>Regionen har sammenlagt de to kommunikationscentre, Tale høre instituttet (THI) og Center for syns og kommunikation (CSK) til Kommunikationscentret - Region Hovedstaden. Dette er sket for at bevare specialviden på området og opnå en større økonomisk robusthed</p>

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
50.d	I hvilket omfang kommunerne efterspørger og modtager specialrådgivning fra Regionen		<p>Kommunikationscentret – Region Hovedstaden yder en betydelig specialrådgivning til kommunerne. En del af denne specialrådgivning har form af spontan telefonisk rådgivning.</p> <p>Flere af regionens tilbud er leverandør til VISO.</p> <p>Hertil kommer, at der fra regionsadministrationen bliver ydet specialrådgivning til kommunerne i forbindelse med matchning af borgere og tilbud.</p>
50.f	Om der er væsentlig forskel på, hvilken specialrådgivning borgerne får i de forskellige kommuner		<p>Ud fra den ydede specialrådgivning, tegner der sig et billede af forskellighed i den specialrådgivning som kommunerne yder overfor borgerne.</p>
51	<b>Svarfelt til besvarelse af særligt tema udmeldt af Undervisningsministeriet – Særligt tema for specialundervisningsområdet - Afspecialisering eller fastholdelse og udvikling af specialviden og kompetencer</b>		
51.a	De regionale institutioners fremtidige rolle, herunder hvilket udviklingsperspektiv der er for de regionale institutioner i relation til udvikling af undervisningstilbuddene i kommunerne	De regionale institutioners fremtidige rolle, herunder hvilket udviklingsperspektiv der er for de regionale institutioner i relation til udvikling af undervisningstilbuddene i kommunerne	<p>Der mangler konkrete udmeldinger fra kommunerne omkring deres mål og strategier for området. Dette gør at ændringer på området ikke opfanges i tide.</p> <p>For at bevare specialviden på området og opnå en større økonomisk robusthed, har Region Hovedstaden sammenlagt de to kommunikationscentre, Tale høre instituttet (THI) og Center for syns og kommunikation (CSK) til "Kommunikationscentret i Region Hovedstaden".</p>

Spg nr.	Spørgsmål	Svar muligheder	Regions besvarelse
			<p>Der er behov for et mere forpligtigende samarbejde mellem kommuner og Kommunikationscentre – Region Hovedstaden.</p> <p>Grundet det sene fremsendelses tidspunkt af særlige temaer til redegørelse fra Indenrigs- og socialministeriet og Undervisningsministeriet, har det ikke være muligt at få redegørelse politisk behandlet inden 1 marts 2010. Den fremsendte redegørelse er derfor med forbehold for politisk godkendelse.</p>

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 9

Emne: Resultater af ekstern rengøringsaudit 2009-2010

5 bilag

# **Hovedrapport**

## **Ekstern Audit Rengøringskvalitet og hygiejne Region Hovedstaden Hospitaler**

**Efter standarderne**

**DS/INSTA 800 og DS 2451 del 10**

## Indhold

### 1. Introduktion.

### 2. Rammer for auditeringen.

2.1	Tidsrum
2.2	Forudsætninger
2.3	Omfang
2.4	Auditører
2.5	Skema over formøde og audit dag pr. hospital
2.6	Forløb
2.7	Stikprøver

### 3. Kriterier for auditeringen på hospitalerne.

3.1	Fremgangsmåde ved vurdering af rengøringskvalitet
3.2	Fremgangsmåde ved vurdering af hygiejneniveau
3.3	Kvalitets- og hygiejneniveauer
3.4	Stikprøvestørrelser og fordeling
3.5	Fordeling af lokaler
3.6	Forhold vedrørende auditeringen
3.7	Supplerende parametre

### 4. Resultater og rapportering.

4.1	Rapportering
4.2	Resultater

### 5. Generelle forhold til rengøringen vedr. resultaterne.

### 6. Forhold der har haft indflydelse på resultaterne.

### 7. Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede hygiejne/kvalitetsniveauer.

### 8.

### 9. Afslutning.

#### Bilagsfortegnelse:

Bilag 1	Audit skema OP-stue
Bilag 2	Audit skema Intensive stue
Bilag 3	Audit skema sengestue
Bilag 4	Audit skema patienttoilet / bad
Bilag 5	Audit skema undersøgelse
Bilag 6	Audit skema venteværelse
Bilag 7	Audit skema indgangsparti
Bilag 8	Audit skema afsnitskøkken

## 1.0 Introduktion

I henhold til aftale af 19. juni 2009, har Dansk Cleaning Service, foretaget ekstern audit på Region Hovedstadens Hospitaler, efter Standarderne DS/INSTA 800 2006 System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet samt DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 10. Krav til rengøring har været grundlaget for den eksterne audit.

Auditeringen er gennemført under følgende vilkår:

- Tidsramme: 18. november 2009 til 18. januar 2010
- Afholdelse af et formøde pr. hospital med henblik på at fastlægge rammer herunder starttidspunkt, rækkefølge og hvilke bygninger/etager som indgår i auditeringen.
- Orientering omkring audit til berørte medarbejdergrupper er fastlagt af Region Hovedstaden.
- Gennemførelse af audit med deltagelse af personale udvalgt fra hospitalerne.
- Auditering af et defineret antal lokaler efter et fastlagt hygiejneniveau jf. kontrakt af 19. juni 2009.
- En rapport for hvert hospital, som er udarbejdet umiddelbart efter auditeringsdagen.
- Rapporten for det enkelte hospital fremsendes til Region Hovedstaden i henhold til aftale, sammen med hovedrapporten.

## 2. Rammer.

### 2.1 Tidsrum for auditeringen.

Auditeringen er foregået i perioden fra d. 18. november 2009 til 18. januar 2010.

### 2.2 Forudsætninger

Ved auditeringen er der ikke taget hensyn til hvilket rengøringsprogram/system eller kvalitetsniveau det enkelte hospital har fastlagt.

### 2.3 Omfang

Der er foretaget audit på de objekter som er beskrevet af Region Hovedstaden og der er ikke taget hensyn til hvem der har ansvar for rengøring af de enkelte objekter ved rengøringsauditten.

## 2.4 Auditører

Auditeringen er foretaget af Dansk Cleaning Service ved følgende personer.

Teamleder:           Seniorkonsulent Anne-Lise Schjønning.  
 Direktør Britta Hansen.  
 Konsulent Mette Hansen  
 Konsulent Henrik Hansen.

## 2.5 Formøde og auditeringsdag.

Hospital	Dato for formøde.	Data for audit	Auditører fra Dansk Cleaning Service.
<b>Amager Hospital</b> Italiensvej 1. 2300 KBH. S.	11.01 2010.	14.01 2010.	ALS. – BH. – AMH.- HH.
<b>Bispebjerg Hospital</b> Bispebjerg Bakke 24 2400 Kbh. NV.	07.12 2009.	08.12 og 17.12 2009.	ALS: - BH. AMH. – HH.
<b>Bornholm Hospital</b> Ullasvej 8 3700 Rønne.	03.12 2009	04.12 2009.	ALS – BH.
<b>Frederiksberg Hospital.</b> Nordre Fasanvej 57 2000 Frederiksberg.	11.01 2010.	18.01 2010.	ALS. – BH. - AMH: - HH.
<b>Frederikssund Hospital.</b> Frederikssundsvej 30 3600 Frederikssund.	17.11 2009	18.11 2010.	ALS. – BH. – AMH. – HH.
<b>Gentofte Hospital.</b> Niels Andersensvej 65. 2900 Hellerup.	21.12 2009	22.12 2009.	ALS. – BH. – AMH. – HH.
<b>Glostrup Hospital</b> Nordre Ringvej 69 2600 Glostrup.	24.11 2009	25.11 2009	ALS: - BH: - AMH: - HH.
<b>Helsingør Hospital</b> Esrumsvej 145 3000 Helsingør.	17.11 2009	19.11 2009	ALS: - BH: - AMH. – HH.
<b>Hillerød Hospital</b> Helsevej 2 3400 Hillerød.	02.12 2009	03.12 2009	ALS. – BH. – AMH. – HH.
<b>Hvidovre Hospital.</b> Kettegårds Allé 30 2650 Hvidovre.	04.01 2010.	05.01 2010.	ALS. – BH. – AMH. - HH.
<b>Rigshospitalet</b> Blegdamsvej 9 2100 KBH: Ø.	14.12 2009	15–16.12 2009	ALS. – BH. – AMH. – HH.





Dansk Cleaning Service

<b>Hospital</b>	<b>Dato for formøde.</b>	<b>Data for audit</b>	<b>Auditører fra Dansk Cleaning Service.</b>
<b>Herlev Hospital</b> Herlev Ringvej 75 2750 Herlev.	24.11 2009	26.11 2009.	BH. – AMH. – HH.

## **2.6 Forløb.**

Formøderne og auditeringen på de enkelte dage er foregået i en meget positiv og samarbejdsvillig ånd. Kun et enkelte hospital var ikke specielt samarbejdsvillig, hverken ved formødet eller ved den efterfølgende auditering.

Det var meget positivt, at der var stor deltagelse af hygiejnesygeplejerskerne ved auditten. Hvis der ved kontrollen blev konstateret kritiske forhold, blev disse rettet her og nu, og der var på intet tidspunkt uenighed om samlinger, fladesnavs eller kritiske forhold der skulle rettes.

## **2.7 Stikprøver.**

På formøderne har DCS sammen med de aktuelle kontaktpersoner udvalgt et bredt udsnit af bygninger og afdelinger, hvor auditeringen skal finde sted, men først undervejs i auditeringen har DCS udvalgt det aktuelle lokale.

På formøderne var der i visse tilfælde udtrukket lister fra Data Know How systemet, men disse lister kunne kun anvendes i meget lille grad, da der ikke var valgt tilstrækkelige mange lokaler indenfor de lokaletyper der skulle auditeres.

## **3 Kriterier for ekstern audit på de 12 hospitaler.**

Det er standarderne DS/INSTA 800 og DS 2451-10 som ligger til grund for den eksterne audit.

Vilkårene for auditten er baseret på visuel kontrol og at kontrollen er foretaget umiddelbart efter rengøring eller inden det enkelte lokale er taget i brug.

### 3.1 Fremgangsmåde ved vurdering af rengøringskvalitet (DS/INSTA 88:2006.)

*Vurderingen af rengøringskvalitet foretages ved almindelig færdsel rundt i lokalet/inspektionsenheden med besigtigelse af all overflader, der er omfattet af aftalegrundlaget.*

*Ved almindelig færdsel rundt i et lokale forstås, at man går rundt i de naturlige gangbaner for at vurdere lokalet. Det er tilladt at kigge lige eller skråt på de overflader, der kontrolleres. Det er tilladt at bøje sig ned for at se efter urenheder under inventar og trække stole ud. Ved vurdering af høje flader er det tilladt at anvende stige eller lignende.*

*Det er ikke tilladt at bruge hjælpemidler såsom eks. Fingre, penne, klude, ekstra belysning og lignende i forbindelse med gennemførelse af kontrollen. Dog er det i tvivlstilfælde tilladt at bruge en egnet metode, fx finger, klud eller lignende for at vurdere, hvorvidt fastsiddende urenheder skyldes manglende bygningsmæssig vedligehold.*

### 3.2 Fremgangsmåde anvendt ved vurdering af hygiejneniveau (DS-2451-10)

Såfremt der ved rengøringskontrollen har været fundet urenheder i henhold til DS-2451-10 på standardens 10 kritiske styringspunkter er disse registeret i audit skema for pågældende lokale.

Hvis der i felterne er afsat mere end en streg på et objekt, er dette udtryk for, at der er flere samlinger j.f definition af samling i henhold til DS INSTA 800 af urenheden på det kritiske styringspunkt.

### 3.3 Kvalitets- og /hygiejneniveauer

Følgende kvalitets- og hygiejneniveauer har ligget til grund for auditeringen.

Lokaletype.	Hygiejneniveau (DS 2451-10)	INSTA 800
Operationsstue	5	5
Intensiv stue	5	5
Afsnitskøkkener	4	4
Patienttoilet/bad	4	4
Sengestue	3	4
Undersøgelsesrum	3	4
Ingangsparti	2	3
Venteværelse, op holdsrum	2	3

### 3.4 Stikprøvestørrelser og fordeling

Følgende stikprøvestørrelse blev lagt til grund for de respektive hospitaler.

Hospitaler	Antal lokaler.
Rigshospitalet.	70
Bispebjerg, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Gentofte, Glostrup	40
Amager, Helsingør Frederiksberg Frederikssund, Bornholm.	20

### 3.5 Fordeling af lokaler

Følgende fordeling af lokaletyper er besluttet af Dansk Cleaning Service.

Lokaletyper	Lokalefordeling 70 stikprøver	Lokalefordeling 40 stikprøver	Lokalefordeling 20 stikprøver.
Operationsstuer	5	3	2
Intensivstuer.	5	3	1
Afsnitskøkkener.	10	5	2
Patienttoilet/bad	10	6	3
Sengestuer	26	13	6
Undersøgelsesrum.	8	6	4
Indgangsparti	3	2	1
Venteværelse, opholds Rum.	3	2	1

### 3.6 Forhold vedrørende auditeringen.

Ved auditeringen er der foretaget kontrol på de objekter som var anført på objektlisten, fremsendt af Region Hovedstaden.

Auditeringen er foretaget uden hensyn til følgende:

- Hvem der er ansvarlig for rengøringsopgaven (servicemedarbejder, plejepersonale andre.)
- Hvilken frekvens, hvilken metode eller hvilket rengøringsprogram/system der anvendes.
- Hvilken organisation eller hvilket firma, der er ansvarlig for rengøringen.

### **3.7 Supplerende parametre.**

Der er foretaget en registrering af følgende.

Samlinger af urenheder på

- Mobilt udstyr (stativer på hjul, rulleborde)
- Mobilt teknisk og medico teknisk udstyr, behandlingsudstyr (alt teknisk udstyr på hjul.)
- Fast teknisk og medico teknisk udstyr (stationært udstyr som pc, skærme, tastatur, apparater og lign.)
- Tilgængelighed.
- I øjenfaldende mangler på bygningsvedligeholdelsen.

Ved auditeringen er anvendt skema fremsendt i udbudsmateriale, som omfatter INSTA 800 og DS 2451-10 og ovennævnte parametre er registreret på auditskemaet under de kritiske styringspunkter.

## **4. Rapportering og Resultater.**

### **4.1 Rapportering.**

Der er udarbejdet 12 delrapporter – en for hvert hospital i regionen.

Hver delrapport indeholder.

- 1: Resultatskema  
Data vedr. tidspunkt, lokaler, deltagere m.v.
- 2: Væsentlige aspekter for konklusion af rengøringskvaliteten  
Oplisting pr lokaletype omkring forekomst af urenheder, generelle forhold der har medvirket til afvisning af lokaler samt bygningstilstand.
- 3: Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede kvalitetsniveauer
- 4: Skematisk oversigt over afvisninger i forhold til objektgrupper

Kriterier i forhold til antal af lokaler og lokaletyper er blevet fulgt.

Ved auditeringen var der kun enkelte lokaler der ikke var slutrengjort inden auditeringen, men kun havde fået foretaget mellemrengøring. Dette er der ligeledes taget højde for i rapporten.

Der var få lokaler der var umulige at auditere i forhold til tilgængelighed, men hvor der har været svært tilgængeligt, er der skrevet en bemærkning herom.

Da stikprøvernes størrelse har ændret sig i forholdt til audit i 2008 foreligger der ikke noget sammenligningsgrundlag, men dette vil blive udarbejdet i den næste audit.

## 4.2 Resultater.

Nedenstående skema viser afviste og godkendte lokaler på det enkelte hospital, samt en procentvis beregning.

Som det fremgår af tabellen er der samlet auditeret 410 lokaler på Region Hovedstadens hospitaler.

Heraf er 23,65% godkendt og 76,35% afvist.

Hospital	Antal Lokaler.	Antal Godkendte	Antal Afviste	Procentmæssig Godkendt (%)
Amager Hospital	20	3	17	15,00%
Bispebjerg Hospital	40	5	35	12,50%
Bornholm Hospital	20	11	9	55,00%
Frederiksberg Hospital	20	1	19	5,00%
Frederikssund Hospital	20	11	9	55,00%
Gentofte Hospital	40	28	12	70,00%
Glostrup Hospital	40	5	35	12,50%
Helsingør Hospital	20	5	15	25,00%
Herlev Hospital	40	1	39	3,00%
Hillerød Hospital	40	13	27	33,00%
Hvidovre Hospital	40	2	38	5,00%
Rigshospitalet.	70	12	58	17,00%
<b>Total for Region Hovedstadens 12 hospitaler</b>	<b>410</b>	<b>97</b>	<b>313</b>	<b>23,65%</b>

Nedenstående skema viser det totale resultat fordelt på lokaletyper i region hovedstadens hospitaler:

Lokaletyper	Niveau INSTA 800	Antal lokaler	Antal godkendte	Antal afviste	Procentmæssig Godkendt (%)
<b>OP-stuer</b>	5	33	5	28	15,15%
<b>Intensive stuer</b>	5	28	1	27	3,57%
<b>Afsnitskøkken.</b>	4	50	9	41	18,00%
<b>Patienttoilet/bad</b>	4	61	29	32	47,54%
<b>Sengestue</b>	4	134	24	110	17,91%
<b>Undersøgelser</b>	4	64	16	48	25,00%
<b>Indgangsparti</b>	3	20	5	15	25,00%
<b>Venteværelse</b>	3	20	8	12	40,00%

## 5. Generelle forhold til rengøringen vedr. resultaterne.

Der er mange sammenfaldende årsager til resultaterne. Det er på mange af de samme områder og på de samme objekter der ses for mange samlinger af urenheder.

Nedenstående er oplistet nogle af de mest forekommende.

- Patient nære områder, som leje, sengebord, sengelampe, instrumentskinne bag patient (støv og løst snavs).
- Medico teknisk udstyr/behandlingsudstyr (løst snavs og støv)
- Pletter på og ved dørgreb.
- Polstrede møbler (pletter og løst snavs.)
- Fladesnavs på gulve (sæbefilm/metodefejl)

I delrapporten for det enkelte hospital, fremgår det, i hvilke lokaletyper og objektgrupper hvor der forekommer for mange urenheder, og arten af dem.

## **6. Forhold der har haft indflydelse på resultaterne.**

Der er umiddelbart mange afviste lokaler, men ved gennemgang af auditskemaerne er der mange lokaler, der er tæt på at opfylde det angivne kvalitetsniveau. Her kan afvisningen skyldes en enkelt urenhed i en enkelt objekt gruppe. I andre tilfælde kan det være betydeligt mere.

Der kan være bygningsmæssige forhold, der forhindrer opnåelse af kvalitetsniveauet fx nedslidte gulve, nedslidt inventar o.s.v. Desuden er orden og oprydning en vigtig faktor ved udførelse af rengøringen. Disse forhold er kommenteret i delrapporterne.



## **7. Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede hygiejne/kvalitetsniveau.**

Konkrete fokusområder er anført i delrapporten for det enkelte hospital.

Generelle fokusområder for Region Hovedstaden.

- Generel indførelse af standarderne DS/INSTA 800 06 og DS 2451 – 10. på de psykiatriske centre i regionen.
- Uddannelse af ledere, både indenfor rengørings- og plejefunktionen i de anførte standarder
- Uddannelse af servicemedarbejdere/rengøringsmedarbejdere i de anførte standarder.
- Samordning af rengøringsmetoder og rengøringsmidler i regionen.
- Sikre at alle ledere af rengøringen har praktisk kendskab til metoder og midler.
- Sikre at rengøring udføres metodemæssigt korrekt.
- Afklaring af, hvem der er ansvarlig for lejer og behandlingsudstyr.
- Skab fokus/debat om oprydning, det er et fælles ansvar, hvis de ønskede kvalitetsniveauer skal opnås.
- I takt med renoveringer, tænk på rengørings venlige overflader (glatte). Afskaf polstrede møbler.

## **8. Afslutning.**

Dansk Cleaning Service har foretaget audit på Region Hovedstadens hospitaler i henhold til udbudsmateriale.

Der er opnået en status og dokumentation på rengøringskvaliteten/hygiejnen på de enkelte hospitaler:

Der er auditeret 410 lokaler, heraf er 97 lokaler godkendt og 313 afvist.

Mange lokaler er afvist og dette bør naturligvis give anledning til handling ud fra de konkrete fokusområder.

Ved igangsætning af disse audit er der igangsat en proces, som helt klart over tid vil medvirke til at opnå de ønskede kvalitets/hygiejneniveauer.

# **Hovedrapport**

## **Ekstern Audit Rengøringskvalitet og hygiejne Region Hovedstaden Psykiatriske Centre**

**Efter standarderne**

**DS/INSTA 800 og DS 2451 del 10**

## Indhold

### 1. Introduktion

### 2. Rammer for auditeringen

- 2.1 Tidsrum
- 2.2 Forudsætninger
- 2.3 Omfang
- 2.4 Auditører
- 2.5 Skema over formøde og audit dag pr. psykiatrisk center
- 2.6 Forløb
- 2.7 Stikprøver

### 3. Kriterier for auditeringen på de psykiatriske centre

- 3.1 Fremgangsmåde ved vurdering af rengøringskvalitet
- 3.2 Fremgangsmåde ved vurdering af hygiejneniveau
- 3.3 Kvalitets- og hygiejneniveauer
- 3.4 Stikprøvestørrelser og fordeling
- 3.5 Fordeling af lokaler
- 3.6 Forhold vedrørende auditeringen
- 3.7 Supplerende parametre

### 4. Resultater og rapportering

- 4.1 Rapportering
- 4.2 Resultater

### 5. Generelle forhold til rengøringen vedr. resultaterne

### 6. Forhold der har haft indflydelse på resultaterne

### 7. Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede hygiejne/kvalitetsniveauer

### 8. Afslutning

#### Bilagsfortegnelse:

- Bilag 1 Audit skema sengestue
- Bilag 2 Audit skema patienttoilet / bad
- Bilag 3 Audit skema undersøgelse
- Bilag 4 Audit skema venteværelse
- Bilag 5 Audit skema indgangsparti
- Bilag 6 Audit skema afsnitskøkken
- Bilag 7 Audit skema spisestue

## 1. Introduktion

I henhold til aftale af 19. juni 2009, har Dansk Cleaning Service, foretaget ekstern audit på Region Hovedstadens psykiatriske centre. Standarderne DS/INSTA 800 2006 System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet samt DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 10. Krav til rengøring har været grundlaget for den eksterne audit.

Auditeringen er gennemført under følgende vilkår:

- Tidsramme: 18. november 2009 til 18. januar 2010
- Afholdelse af et formøde pr. psykiatrisk center med henblik på at fastlægge rammer herunder starttidspunkt, rækkefølge og hvilke bygninger/etager som indgår i auditeringen.
- Orientering omkring audit til berørte medarbejdergrupper er fastlagt af Region Hovedstaden.
- Gennemførelse af audit med deltagelse af personale udvalgt fra de psykiatriske centre.
- Auditering af et defineret antal lokaler efter et fastlagt hygiejneniveau jf. kontrakt af 19. juni 2009.
- En rapport for hvert psykiatrisk center som er udarbejdet umiddelbart efter auditeringsdagen.
- Rapporten for det enkelte hospital fremsendes til Region Hovedstaden i henhold til aftale, sammen med hovedrapporten.

## 2. Rammer

### 2.1 Tidsrum for auditeringen

Auditeringen er foregået i perioden fra d. 18. november 2009 til 18. januar 2010.

### 2.2 Forudsætninger

Ved auditeringen er der ikke taget hensyn til hvilket rengøringsprogram/system eller kvalitetsniveau det enkelte psykiatriske center har fastlagt.

### 2.3 Omfang

Der er foretaget audit på de objekter som er beskrevet af Region Hovedstaden og der er ikke taget hensyn til hvem der har ansvar for rengøring af de enkelte objekter ved rengøringsauditten.

## 2.4 Auditører

Auditeringen er foretaget af Dansk Cleaning Service ved følgende personer.

Teamleder:       Seniorkonsulent Anne-Lise Schjønning.  
 Direktør Britta Hansen.  
 Konsulent Mette Hansen  
 Konsulent Henrik Hansen.

## 2.5 Formøde og auditeringsdag

Oversigt over dato for formøde og auditeringsdag.

<b>Psykiatrisk Center</b>	<b>Formøde dato</b>	<b>Audit dato</b>	<b>Auditører fra Dansk Cleaning Service</b>
<b>Psykiatrisk Center Amager</b> Digevej 110 2300 København S	11.01 2010	14.01 2010.	AMH – HH
<b>Psykiatrisk Center Ballerup</b> Ballerup Boulevard 2 2750 Ballerup	23.11.2009	27.11.2009	BH – AMH – HH
<b>Bispebjerg Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center</b> Bispebjerg Bakke 23 2400 København NV	07.12 2009	08.12 2009.	AMH
<b>Psykiatrisk Center Bispebjerg</b> Bispebjerg Bakke 30 2400 København NV	07.12 2009	08.12 2009	HH
<b>Psykiatrisk Center Bornholm</b> Helsevej 3 3700 Rønne	03.12 2009	04.12 2009.	ALS – BH
<b>Psykiatrisk Center Frederiksberg.</b> Nordre Fasanvej 57-59 2000 Frederiksberg	11.01 2010	18.01 2010.	BH – AMH – HH
<b>Psykiatrisk Center Gentofte</b> Niels Andersensvej 65. 2900 Hellerup	21.12 2009	22.12 2009	AMH – HH

<b>Psykiatrisk Center</b>	<b>Formøde dato</b>	<b>Audit dato</b>	<b>Auditører fra Dansk Cleaning Service</b>
<b>Psykiatrisk Center Glostrup</b> Nordre Ringvej 29-67 2600 Glostrup	24.11 2009	25.11 2009	BH – AMH – HH
<b>Psykiatrisk Center Hvidovre</b> Brøndbyøstervej 160 2605 Brøndby	04.01.2010	05.01 2010	AMH – HH
<b>Helsingør Hospital</b> Esrumvej 145 3000 Helsingør	17.11 2009	19.11 2009	ALS – BH – AMH – HH
<b>Psykiatrisk Center Nordsjælland</b> Dyrhavevej 48 3400 Hillerød	02.12. 2009	03.12 2009 04.12 2009	AMH – HH AMH
<b>Psykiatrisk Center Sct. Hans</b> Boserupvej 2 4000 Roskilde	11.12.2009	18.12.2009	AMH – BH – HH
<b>Psykiatrisk Center Rigshospitalet</b> Blegdamsvej 9 2100 København Ø	14.12 2009	15.12 2009	AMH – HH
<b>Retspsykiatrisk Center Glostrup</b> Ndr. Ringvej 69 2600 Glostrup	24.11.2009	25.11.2009	BH – HH
<b>Psykoterapeutisk Center Stolpegård</b> Stolpegårdsvej 20 2820 Gentofte	21.12.2009	22.12.2009	AMH – HH

## 2.6 Forløb

Formøder og auditering er foregået i en meget positiv og samarbejdsvillig ånd, der var visse psykiatriske centre som udtrykte en hvis skepsis om hvorvidt kontrol ville være muligt, af hensyn til patienter og aktiviteter på de psykiatriske centre, men personalegrupper har udvist stor samarbejdsvillighed. Der er kun enkelte psykiatriske centre hvor det har været nødvendigt at reducere stikprøvestørrelsen.

Der er enkelte psykiatriske centre hvor stikprøven er reduceret med et enkelt lokale, enten fordi lokaletypen ikke forekom, eller at lokalerne ikke kunne kontrolleres.

Der har fra de hygiejneansvarlige været stor interesse for de rengøringstekniske aspekter. Vi har tilstræbt i det omfang det var muligt at få så bredt et udsnit af de forskellige lokaler, eksempelvis en rimelig ligelig fordeling imellem åbne og lukkede/skærpede områder, dette har imidlertid medført til at det på visse psykiatriske centre har været vanskeligt at efterleve de fastlagte tidsplaner grundet alarmer, indlæggelser m.v..

Det var meget positivt, at der var stor deltagelse af hygiejnesygeplejerskerne ved auditten. Der var på intet tidspunkt uenighed om samlinger, fladesnavs eller kritiske forhold der skulle rettes, og forekom der kritiske forhold blev disse rettet straks.

Der er afdelinger af psykiatrien som ikke fremgår af udbudsmaterialet. Der er opført en del afdelinger som en geografisk enhed, og det var først ved formødet DCS fik oplyst at der var flere adresser på pågældende afdeling. På Psykiatrisk Center Nordsjælland er der foretaget kontrol af afdeling Hillerød, Frederikssund og Helsingør, hvor der er udarbejdet delrapport for hver afdeling. På Psykiatrisk Center Rigshospitalet kun er foretaget kontrol på adressen Blegdamsvej.

## 2.7 Stikprøver

På formøderne har DCS sammen med de aktuelle kontaktpersoner udvalgt et bredt udsnit af bygninger og afdelinger, hvor auditeringen skal finde sted, men først undervejs i auditeringen har DCS udvalgt det aktuelle lokale.

Inden kontrol af sengestuer blev plejepersonalet orienteret om audit og gjorde opmærksom på hvilke sengestuer som ikke kunne medtages i kontrollen af hensyn til patienternes tilstand. På baggrund af de oplysninger blev lokalerne udtaget og ved kontrol af sengestuer har der været et mundtligt tilsagn fra patienten om at kontrol måtte udføres.

På formøderne var der i visse tilfælde udtrykt lister fra Data Know How systemet, men disse lister kunne kun anvendes i meget lille grad, da der ikke var valgt tilstrækkelige mange lokaler indenfor de lokaletyper der skulle auditeres.

### **3 Kriterier for ekstern audit på de psykiatriske Centre**

Det er standarderne DS/INSTA 800 og DS 2451-10 som ligger til grund for den eksterne audit.

Vilkårene for auditten er baseret på visuel kontrol og at kontrollen er foretaget umiddelbart efter rengøring eller inden det enkelte lokale er taget i brug.

#### **3.1 Fremgangsmåde ved vurdering af rengøringskvalitet (DS/INSTA 88:2006.)**

*Vurderingen af rengøringskvalitet foretages ved almindelig færdsel rundt i lokalet/inspektionsenheden med besigtigelse af all overflader, der er omfattet af aftalegrundlaget.*

*Ved almindelig færdsel rundt i et lokale forstås, at man går rundt i de naturlige gangbaner for at vurdere lokalet. Det er tilladt at kigge lige eller skråt på de overflader, der kontrolleres. Det er tilladt at bøje sig ned for at se efter urenheder under inventar og trække stole ud. Ved vurdering af høje flader er det tilladt at anvende stige eller lignende.*

*Det er ikke tilladt at bruge hjælpemidler såsom eks. fingre, penne, klude, ekstra belysning og lignende i forbindelse med gennemførelse af kontrollen. Dog er det i tvivlstilfælde tilladt at bruge en egnet metode, fx finger, klud eller lignende for at vurdere, hvorvidt fastsiddende urenheder skyldes manglende bygningsmæssig vedligehold.*

#### **3.2 Fremgangsmåde anvendt ved vurdering af hygiejneniveau (DS-2451-10)**

Såfremt der ved rengøringskontrollen har været fundet urenheder i henhold til DS-2451-10 på standardens 10 kritiske styringspunkter er disse registreret i audit skema for pågældende lokale.

Hvis der i felterne er afsat mere end en streg på et objekt, er dette udtryk for, at der er flere samlinger jf. definition af samling i henhold til DS INSTA 800 af urenheden på det kritiske styringspunkt.



### 3.3 Kvalitets- og hygiejneniveauer

Følgende kvalitets- og hygiejneniveauer har ligget til grund for auditeringen.

Lokaletype.	Hygiejneniveau (DS 2451-10)	INSTA 800
Afsnitskøkkener	4	4
Patienttoilet/bad	4	4
Sengestue	3	4
Undersøgelsesrum	3	4
Indgangsparti	2	3
Venteværelse	2	3
Spisestue		

### 3.4 Stikprøvestørrelser og fordeling

Følgende stikprøvestørrelse blev lagt til grund for de respektive psykiatriske centre i region hovedstaden.

Psykiatrisk Center	Antal lokaler.
Sct. Hans	40
Glostrup Helsingør Rigshospitalet Ballerup Frederiksberg Bispebjerg Amager Hvidovre Gentofte Hillerød Retspsykiatrisk Center Stolpegården	20
Frederikssund Bornholm Børne- og Ungdomspsykiatrisk Bispebjerg Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hillerød Børne- og Ungdomspsykiatrisk Glostrup Psykoteraeutisk Center Stolpegård	10

### 3.5 Fordeling af lokaler

Følgende fordeling af lokaletyper er besluttet af Dansk Cleaning Service.

Lokaletyper	Antal lokaler med 40 stikprøver	Antal lokaler med 20 stikprøver	Antal lokaler med 10 stikprøver
Afsnitskøkkener	4	2	2
Patienttoilet/bad	8	4	2
Sengestuer	13	6	2
Undersøgelse	6	4	1
Indgangsparti	2	1	1
Venteværelse	3	1	1
Spisestue	4	2	1

### 3.6 Forhold vedrørende auditeringen

Ved auditeringen er der foretaget kontrol på de objekter som var anført på objektlisten, fremsendt af Region Hovedstaden.

Auditeringen er foretaget uden hensyn til følgende:

- Hvem der er ansvarlig for rengøringsopgaven (servicemedarbejder, plejepersonale andre.)
- Hvilken frekvens, hvilken metode eller hvilket rengøringsprogram/system der anvendes.
- Hvilken organisation eller hvilket firma, der er ansvarlig for rengøringen.

### 3.7 Supplerende parametre

Der er foretaget en registrering af følgende.

Samlinger af urenheder på:

- Mobilt udstyr (stativer på hjul, rulleborde).
- Mobilt teknisk og medicoteknisk udstyr (alt teknisk udstyr på hjul).
- Fast teknisk og medicoteknisk udstyr (stationært udstyr som pc, skærme, tastatur, apparater o.l.).
- Tilgængelighed.
- I øjenfaldende mangler på bygningsvedligeholdelsen.

Ved auditeringen er anvendt skema fremsendt i udbudsmateriale, som omfatter INSTA 800 og DS 2451-10 og ovennævnte parametre er registreret på auditskemaet under de kritiske styringspunkter.

## 4. Rapportering og Resultater

### 4.1 Rapportering

Der er udarbejdet 18 delrapporter – en for hvert af de psykiatriske centre i regionen.

Hver delrapport indeholder.

- 1: Resultatskema  
Data vedr. tidspunkt, lokaler, deltagere m.v.
- 2: Væsentlige aspekter for konklusion af rengøringskvaliteten  
Oplisting pr lokaletype omkring forekomst af urenheder, generelle forhold der har medvirket til afvisning af lokaler samt bygningstilstand.
- 3: Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede kvalitetsniveauer
- 4: Skematisk oversigt over afvisninger i forhold til objektgrupper

Kriterier i forhold til antal af lokaler og lokaletyper er blevet fulgt.

Ved auditeringen var der kun enkelte lokaler der ikke var slutrengjort inden auditeringen, men kun havde fået foretaget mellemrengøring. Dette er der ligeledes taget højde for i rapporten.

Der var få lokaler der var umulige at auditere i forhold til tilgængelighed, men hvor der har været svært tilgængeligt, er der skrevet en bemærkning herom.

## 4.2 Resultater

Nedenstående skema viser afviste og godkendte lokaler på de enkelte psykiatriske centre, samt en procentvis beregning.

Som det fremgår af tabellen er der samlet auditeret 301 lokaler på Region Hovedstadens psykiatriske centre.

Heraf er 14% godkendt og 86% afvist.

Psykiatrisk Center	Antal Lokaler.	Resultat: Godkendte	Resultat Afviste	Procentmæssig Godkendte(%)
Frederikssund	10	4	6	40,00%
Rets. Psyk. Glostrup	9	0	9	0,00%
Glostrup	19	1	18	5,26%
Helsingør	16	0	16	0,00%
Sct. Hans	40	6	34	15,00%
Rigshospitalet	20	0	20	0,00%
Stolpegården	16	5	11	31,00%
Ballerup	18	2	16	11,11%
Frederiksberg	20	0	20	0,00%
Bispebjerg	18	0	18	0,00%
Amager	20	1	19	5,00%
Bispebjerg Børne og Ungdom	10	0	10	0,00%
Hvidovre	18	2	16	11,11%
Hillerød Børne og Ungdom	9	1	8	11,11%
Gentofte	20	5	15	25,00%
Hillerød	20	7	13	35,00%
Bornholm	10	6	4	60,00%
Glostrup Børne og Ungdom	8	2	6	25,00%
<b>Total for Region Hovedstadens 18 psykiatriske centre:</b>	<b>301</b>	<b>42</b>	<b>259</b>	<b>14,00%</b>

Nedenstående skema viser det totale resultat fordelt på lokaletyper i region hovedstadens psykiatriske centre:

Lokaletyper	Niveau INSTA 800	Antal lokaler	Antal godkendte	Antal afviste	Procentmæssig Godkendt (%)
Afsnitskøkken.	4	36	0	36	0,00%
Patienttoilet/bad	4	62	10	52	16,12%
Sengestue	4	89	6	83	6,74%
Undersøgelser	4	48	5	43	10,42%
Indgangsparti	3	19	11	8	57,89%
Venteværelse	3	8	18	10	44,44%
Spisestue	4	29	2	27	6,89%

## 5. Generelle forhold til rengøringen vedr. resultaterne

Der er mange sammenfaldende årsager til resultaterne. Det er på mange af de samme områder og på de samme objekter der ses for mange samlinger af urenheder.

Nedenstående er oplyst nogle af de mest forekommende.

- Støv på lejer.
- Fladesnavs på vægge (kalk/metodefejl).
- Fladesnavs på gulve (sæbefilm/metodefejl).
- Pletter på stole og borde.
- Affald og løst snavs på polstrede møbler.
- Affald og løst snavs på inventar og gulve.
- Pletter på og ved dørgreb.

I delrapporten for det enkelte hospital, fremgår det, i hvilke lokaletyper og objektgrupper hvor der forekommer for mange urenheder, og arten af dem.

## 6. Forhold der har haft indflydelse på resultaterne

Der er umiddelbart mange afviste lokaler, men ved gennemgang af auditskemaerne er der enkelte lokaler, der er tæt på at opfylde det angivne kvalitetsniveau. Her kan afvisningen skyldes en enkelt urenhed, i en enkelt objektgruppe. I andre tilfælde kan det være betydeligt mere.

Der kan være bygningsmæssige forhold, der forhindrer opnåelse af kvalitetsniveauet fx nedslidte gulve, afskallet maling, ikke-vaskbare vægge, nedslidt inventar osv. Desuden er orden og oprydning en vigtig faktor ved udførelse af rengøringen. Disse forhold er kommenteret i delrapporterne.

## 7. Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede hygiejne/kvalitetsniveau

Konkrete fokusområder er anført i delrapporten for det enkelte psykiatriske center.

Generelle fokusområder for Region Hovedstaden.

- Generel indførelse af standarderne DS/INSTA 800 06 og DS 2451 – 10. på de psykiatriske centre i regionen.
- Uddannelse af ledere, både indenfor rengørings- og plejefunktionen i de anførte standarder.
- Uddannelse af servicemedarbejdere/rengøringsmedarbejdere i de anførte standarder.
- Samordning af rengøringsmetoder og rengøringsmidler i regionen.
- Sikre at alle ledere af rengøringen har praktisk kendskab til metoder og midler.
- Sikre at rengøring udføres metodemæssigt korrekt.
- Afklaring af, hvem der er ansvarlig for lejer og behandlingsudstyr.
- Skab fokus/debat om oprydning, det er et fælles ansvar hvis de ønskede kvalitetsniveauer skal opnås.
- I takt med renoveringer, tænk da på rengøringsvenlige (glatte) overflader. Afskaf polstrede møbler.

## 8. Afslutning

Dansk Cleaning Service har foretaget audit på Region Hovedstadens psykiatriske centre i henhold til udbudsmateriale.

Der er opnået en status og dokumentation på rengøringskvaliteten/hygiejnen på de enkelte psykiatriske centre som er:

Der er auditeret 301 lokaler, heraf er 14% godkendt og 86% afvist.

Mange lokaler er afvist og dette bør naturligvis give anledning til handling ud fra de konkrete fokusområder.

Ved igangsætning af disse audit er der igangsat en proces, som helt klart over tid vil medvirke til at opnå de ønskede kvalitets/hygiejneniveauer.

## NOTAT

Dato: 22. oktober 2009

### Kriterier for ekstern audit af rengøringen på virksomhederne i Region Hovedstaden

#### Indledning

Det er i Region Hovedstaden besluttet at gennemføre ekstern audit af rengøringen på regionens virksomheder en gang årligt.

Endvidere er det besluttet, at standarderne "DS 2451 - Del 10, 2001: Krav til rengøring" og "DS/INSTA 800: 2006" skal ligge til grund for den eksterne audit af rengøringen. Den eksterne audit baseres på visuel kontrol.

Dette notat indeholder en beskrivelse af relevante kriterier i forbindelse med gennemførelse af en ekstern audit af rengøringen på regionens virksomheder.

#### Kriterier for ekstern audit af rengøringen

##### Stikprøve

Stikprøven omfatter følgende lokaletyper og hygiejneniveauer:

Lokaletype	Hospitaletyperne	Psykiatriske Centre	Hygiejneniveau (DS 2451-10)	INSTA 800
Operationsstue	x		5	5
Intensivstue	x		5	5
Afsnitskøkken	x	x	4	4
Patienttoilet/bad	x	x	4	4
Sengestue	x	x	3	4
Undersøgelsesrum	x	x	3	4
Spisestue		x	4	4
Indgangsparti	x	x	2	3
Venteværelse, opholdsrum	x	x	2	3

De objekter der skal auditeres fremgår af objektlisten – se bilag (Afventer opdateret objektliste fra Anne-Lise S.).

Stikprøvestørrelse:

<b>Hospitaler</b>	<b>Antal lokaler</b>	<b>Psykiatriske Centre</b>	<b>Antal lokaler</b>
Rigshospitalet	70		
Bispebjerg Hospital Herlev Hospital Hillerød Hospital Hvidovre Hospital Gentofte Hospital Glostrup Hospital	40	Psykiatrisk center Sct. Hans	40
Amager Hospital Bornholm Hospital Frederiksberg Hospital Frederikssund Hospital Helsingør Hospital	20	Børne- og Ungdomspsykiatrisk center Bispebjerg Børne- og Ungdomspsykiatrisk center Glostrup Børne- og Ungdomspsykiatrisk center Hillerød Psykiatrisk center Amager Psykiatrisk center Bispebjerg Psykiatrisk center Frederiksberg Psykiatrisk center Hvidovre Psykiatrisk center Rigshospitalet Psykiatrisk center Ballerup Psykiatrisk center Bornholm Psykiatrisk center Gentofte Psykiatrisk center Glostrup Psykiatrisk center Nordsjælland Retspsykiatrisk center Glostrup Psykoterapeutisk center Stolpegård	20

Stikprøven omfatter udvalgte bygninger/områder på i den enkelte virksomhed, således at alle ovennævnte lokaletyper er repræsenteret.

Hvor det er muligt udtager det enkelte virksomhed en stikprøve i Rengøringsprogrammet DataKnowHow. Auditfirmaet udvælger, i denne stikprøve og på baggrund af ovenstående stikprøvekriterier, de lokaler der skal auditeres<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Den udtagne stikprøve i DataKnowHow vil omfatte flere lokaler end der skal indgå i audit



For virksomheder der ikke har rengøringsprogrammet DataKnowHow udvælger auditfirmaet stikprøven (incl. erstatningsrum) fra virksomhedens lokaleliste og på baggrund af ovenstående stikprøvekriterier. Virksomhederne stiller med lokaleoversigter indeholdende rumtype, m<sup>2</sup> for hvert lokale, antal og lokation.

Udvælgelsen sker i begge tilfælde i tæt samarbejde med de rengøringsansvarlige på hospitalerne.

Den eksterne audit af rengøringen suppleres med nedenstående parametre:

- Tidspunkt for seneste rengøring og type af rengøring (slut rengøring/ mellemrengøring/soigering)
- Der gøres et notat i bemærkningsfeltet i auditskemaet om observationens lokalisering (fx støv på hylder)
- Samlinger af snavstyperne blod, sekret og ekskret (BSE) indgår i registreringen. Der gøres et notat i bemærkningsfeltet i auditskemaet, når disse samlinger registreres
- Nedenstående objekter indgår i audit uanset om rengøring heraf udføres af rengøringsmedarbejderen eller andre personalegrupper. Registreres der samlinger på disse gøres et notat i bemærkningsfeltet i auditskemaet:
  - Stativer
  - Teknisk udstyr nær patienten
- Der gøres et notat i bemærkningsfeltet i auditskemaet ved umiddelbart iøjnefaldende mangler på vedligeholdelsessiden
- Tilgængelighed - i de tilfælde hvor det ikke er muligt at rengøre/auditere rummet eller en objektgruppe eller et eller flere objekter i rummet på grund af utilgængelighed, registreres dette i bemærkningsfeltet i auditskemaet

Præciseringer

- Alle lokaler, som skal auditeres, udvælges inden audit påbegyndes. (Hvilke lokaler der er udvalgt må ikke meldes ud i virksomheden)
- Vurdering af rengøringskvaliteten foretages visuelt ved almindelig færdsel rundt i lokalet med besigtigelse af alle overflader, der er omfattet af aftalegrundlaget
- Det er ikke tilladt at bruge hjælpemidler såsom fx fingre, klude, sko og lignende i forbindelse med gennemførelse af kontrollen. Dog er det i tvivlstilfælde tilladt at bruge en egent metode fx finger, klud eller lignende for at vurdere, hvorvidt urenheder skyldes manglende bygningsmæssigt vedligehold.

Såfremt det udvalgte lokale ikke kan auditeres vælges et erstatningslokale efter følgende prioritering:

- Det ved stikprøvetagningen udvalgte erstatningslokale auditeres. Hvis dette heller ikke kan auditeres udvælger auditøren et nærliggende tilgængeligt lokale med samme kvalitetsprofil/rengøringsprogram.

Registrering af data

Ved registrering af resultater anvendes vurderingsskema.

#### Tidsramme

<b>Virksomhed</b>	<b>Maksimalt antal audit-dage</b>
Rigshospitalet	2
Bispebjerg, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Gentofte, Glostrup & Sct. Hans	1 dag per hospital/center i alt 7 dage
Amager, Bornholm, Frederiksberg, Frederikssund, Helsingør & De Psykiatriske Centre	½ dag per hospital/center i alt 10 dage
I alt	19

#### Afrapportering

Afrapportering sker i form af kvalitetsrapport af rengøringsniveauet på hver virksomhed og en rapport med samtlige resultater.

Kvalitetsrapport af rengøringsniveauet på hver virksomhed skal indeholde:

- Hvor og hvornår audit er gennemført
- Samlet skematisk oversigt over resultaterne, herunder godkendte og afviste lokaler
- Konklusion på rengøringskvaliteten, herunder præcisering af væsentlige forhold
- Fokusområder for fremtidig opnåelse af de ønskede kvalitetsniveauer
- Grafisk fremstilling af auditresultater sammenlignet med tidligere års auditresultater
- Kopi af auditskemaer i tydelig og læsbar skrift
- Af rapporten skal det fremgå, hvis der er i øjenfaldende mangler på vedligeholdelsen.

**Samlet evaluering på ekstern auditering november 2009 – januar 2010 - Somatikken**

Spørgsmål	<b>Amager hospital Auditeret den 14. januar 2010</b>	<b>Bispebjerg Hospital Auditeret den 8. og 17. december 2009</b>	<b>Bornholm Auditeret den 4. december 2009</b>	<b>Frederiksberg Auditeret den 18. januar 2010</b>	<b>Frederikssund Auditeret den 18. november 2009</b>	<b>Gentofte Auditeret den 22. december 2009</b>
Kontaktpersoner	Lisbeth K. Bergen, Alex Davidsen	Marie Stangerup, Leif Groth	Susanne Poulsen, Anne – Gori Poulsen	Erik Andersen, Jette Houliind	Mariann Thykjær, Lisbeth Bust Hansen, Jim Bille (psyk), Henrik Engber	Susanne Aagaard, Louise Lindehof
Auditører	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Anne Lise Schønning, Britta Hansen	Anne – Lise Schønning samt 3 andre	Anne Lise Schønning, Britta Hansen, Henrik Hansen, Mette Hansen	Anne Lise Schønning, Henrik, Britta og Mette
Var antallet af rum passende til den afsatte tid?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Var antallet af rum i de enkelte lokaletyper passende/repræsentative for jeres hospital/center?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hvordan fungerede samarbejdet med DCS? e?	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende

Hvordan løste DCS opgaven efter din opfattelse?						
Auditorene virkede bekendt med brug/skema	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Afsøgning af lokale systematisk	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Auditorene/konsulenterne er enige i deres observationer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Auditorenes viden om INSTA 800 og DS 2451/10						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ God</li> <li>▪ Middel</li> <li>▪ Usikker</li> <li>▪ Ved ikke</li> </ul>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Andre kommentarer	Audit forløb fint					”Vores indtryk af deres kendskab til standarden var, at de kendte den godt. Dog var indtrykket at der var 3 auditører der kendte den rigtig godt og

						en som ikke var helt på samme niveau/så rutineret som de andre”.
--	--	--	--	--	--	--

Spørgsmål/kontaktperson/ Kontaktperson	<b>Glostrup Hospital - Auditeret den 25. november 2009</b>	<b>Helsingør Hospital 19. november 2009</b>	<b>Herlev Hospital 26. november 2009</b>	<b>Hillerød Hospital 3. december 2009</b>	<b>Hvidovre Hospital auditeret 5. januar 2010</b>	<b>Rigshospitalet Auditeret den 15. og 16. december 2010</b>
Kontaktperson	Marianne Hummel/Birthe Clemmensen	Stine Stenstrup Petersen	Jytte Bjerregaard/Dorte Buhl	Helge Elsgaard	Margit Larsen Mia Svendsen, Lisbeth Kyndi Bergen	Helle Neustrup, Gitte Skovvart Larsen
Auditorer	Anne Lise Schønning, Britta Hansen, Henrik Hansen	Anne – Lise S, Britta Hansen, Mette, Brittass bror	Britta Hansen, Anne Lise Schønning, Henrik Hansen	Anne – Lise Schønning, Britta Hansen, Mette samt?	Anne – Lise Schønning, Britta Hansen, Mette	Anne Lise Schønning, Britta Hansen, Henrik Hansen, Anne Mette
Var antallet af rum passende til den afsatte tid?	Ja	Nej, der var for mange rum	Ja	Ja	Ja	Ja
Var antallet af rum i de enkelte lokaletyper passende/repræsentative for jeres hospital/center?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hvordan fungerede samarbejdet med Dansk Cleaning Service?	Tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende  Det er for meget med 4 auditører på en gang, der skal max. være 2 auditører pr. kontaktperson

						og dette ikke hele tiden.
Hvordan løste DCS opgaven efter din opfattelse? Auditorene virkede bekendt med brug/skema	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Afsøgning af lokale systematisk	Ved ikke	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Auditorene/konsulenterne er enige i deres observationer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
						Der var enkelte gange hvor de ikke var enige,. Nogle auditører brugte meget lang tid pr. rum og gik frem og tilbage . alt foregik ikke i henhold til INSTA 800
Auditorenes viden om INSTA 800 og DS 2451/10 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ God</li> <li>▪ Middel</li> <li>▪ Usikker</li> <li>▪ Ved ikke</li> </ul>	Ja	God	God	God	God	God
Andet		”Mette virkede lidt usikker på				

		enkelte punkter, men hun gik sammen med Anne-Lise, så det var ikke noget problem. Det var svært at overholder tidsplanen, da sengestuerne ikke er rengjorte inden 9.30 og der så var stuegang, så det var svært at komme ind på seks sengestuer”.				
--	--	---	--	--	--	--



## Samlet evaluering på ekstern auditering november 2009 – januar 2010 - Psykiatrien

Spørgsmål/kontaktpersoner/ auditører	<b>Amager Psykiatrisk Center 18. januar 2010</b>	<b>Ballerup psykiatrisk Center den 27. nov- ember 2009</b>	<b>Bispebjerg psykiatrisk Center (Voksen) 8. og 17. december 2009</b>	<b>BBH Børne – og ungdomscenter 8. december 2009</b>	<b>Psykiatrisk center Bornholm 4. december 2009</b>	<b>Frederiksberg Psykiatrisk center 18. januar 2010</b>
Kontaktpersoner	Lisbeth Bergen, Alex Davidsen	Poul Schønbe- k, Mona Nielsen	Michael Møller, Nana Thieme, Leif Groth	Henrik Andersen	Rikke Vest Olsen, Charlotte Wirring - Madsen	Mie Riis Mikkelsen
Auditører	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Mikael	Ikke oplyst	Anne - Lise Schønning, Britta Hansen	Mett og henrik
Var antallet af rum passende til den afsatte tid?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej – Starttidspunkt bør næste gang være minimum en time senere, da rengøring af de rum, der skulle auditors foretages efter kl. 8.00
Var antallet af rum i de enkelte lokaletyper passende/repræsentative for jeres hospital/center?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hvordan fungerede samarbejdet med DCS?	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende
Hvordan løste DCS						

opgaven efter din opfattelse?						
Auditorene virkede bekendt med brug/skema	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Afsøgning af lokale systematisk	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ved ikke
Auditorene/konsulenterne er enige i deres observationer	Ja	Ja	Ikke oplyst – der deltog kun én person	Ja	Ja	Ved ikke
Auditorenes viden om INSTA 800 og DS 2451/10 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ God</li> <li>▪ Middel</li> <li>▪ Usikker</li> <li>▪ Ved ikke</li> </ul>	God	God	God	God	God	Ved ikke
Andet						

Spørgsmål/kontaktpersoner/ auditører	<b>Frederikssund psykiatrisk Center</b>  <b>18. november 2009</b>	<b>Gentofte Psykiatrisk Center</b>  <b>4. december 2009</b>	<b>Glostrup – børne - og ungdoms psykiatrisk Center</b> <b>25. november 2009</b>	<b>Glostrup Psykiatri – Voksen Center</b>  <b>9. december 2009</b>	<b>Glostrup – Retspsykiatrisk Center</b>  <b>25. november 2009</b>	<b>Hillerød – børne - og ungdom psyk. Center</b> <b>3. december 2009</b>
Kontaktperson	Jim Bille	Mariann Svane, Lonni Erleben, Kirsten Abdallah	Susanne Zanger	Marianne Kjærulf	Susanne Zanger, Rikke Bondorff	Helge Elsgaard
Auditører	Anne Lise Schønning, Britta Hansen, Henrik Hansen, Mette Hansen	Mette, Henrik	Britta Hansen, Henrik Hansen	Britta Hansen, Mette	Britta Hansen, Henrik Hansen	Anne Lise Schønning, Britta Hansen, Mette og Henrik
Var antallet af rum passende til den afsatte tid?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Var antallet af rum i de enkelte lokaletyper passende/repræsentative for jeres hospital/center?	Ja	Ja	Ja	Nej - der burde være flere patientstuer med en ligeli fordeling mellem åben og lukkede afsnit. der var for få sengestuer på den lukkede	Ja	Ja

				de, da det netop er her der ofte er problemer		
Hvordan fungerede samarbejdet med Dansk Cleaning Service?	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende
Hvordan løste DCS opgaven efter din opfattelse ?						
Auditorene virkede bekendt med brug/skema	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Afsøgning af lokale systematisk	Ja	Ja	Ved ikke	Ja	Nej og Ja	Ja
Auditorene/konsulenterne er enige i deres observationer	Ja	Ja	Ikke besvaret	Ja	Ikke besvaret	Ja
Auditorenes viden om INSTA 800 og DS 2451/10						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ God</li> <li>▪ Middel</li> <li>▪ Usikker</li> <li>▪ Ved ikke</li> </ul>	God	God	God	God	God	God
Andet				De to auditorer var meget professionelle og vi havde en god dialog		Positiv oplevelse, god indstilling både hos DCS og ledere, der viste rundt på hospitalet

Spørgsmål/kontaktpersoner/ auditører	<b>Hvidovre Psykiatrisk Center Auditeret den 14. januar 2010</b>	<b>Nordsjælland Psykiatrisk Center Børne- og ungdomspsykiatri - Hillerød 3. december 2009</b>	<b>Rigshospitalet Psykiatrisk Center 15. og 16. december 2009</b>	<b>Sct. Hans Psykiatrisk center 18. december 2009</b>	<b>Stolpegaard - Psykoterapeutisk Center 4. januar 2010</b> 1.	<b>Stolpegaard - Psykoterapeutisk Center 4. januar 2010</b> 2.
Kontaktpersoner		Berit Jonasson og Jim Bille	Kim Helmersen	Ulla Sinding, Anne Jensen	Mariann Svane, Lonni Erleben, Kirsten Abdallah	Linda Kronsted
Auditører		Ikke oplyst	Mette Hansen, Henrik Hansen	Britta, Mette, Henrik	Mette og Henrik	Ikke oplyst
Var antallet af rum passende til den afsatte tid?		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Var antallet af rum i de enkelte lokaletyper passende/repræsentative for jeres hospital/center?		Ja	Ja	Ja	Ja	Nej, der skulle have været flere terapilokaler /kontorer med i audit, da de bruges til patientbehandling.
Hvordan fungerede samarbejdet med Dansk Cleaning Service?		Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende
Hvordan løste DCS opgaven efter din opfattelse?						
Auditorene virkede bekendt med brug/skema		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Afsøgning af lokale systematisk		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Auditorene/ konsulenterne er enige i deres observationer		Ja	Ja	Nej	ja	Udførte ikke auditeringen sammen, men gik i hvert deres rum.
Auditorenes viden om INSTA 800 og DS 2451/10 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ God</li> <li>▪ Middel</li> <li>▪ Usikker</li> <li>▪ Ved ikke</li> </ul>	God	God	God	God	God	Ved ikke
Andet	”Vi oplevede samarbejdet som godt og fleksibelt, i og med vi måtte springe lidt i planlægningen på grund af afsnittenes forskellige rutiner/ dagsrytmer”.					
Andet				Ingen kommentarer		Som kontaktpersoner havde vi fået at vide, at audit skulle være uvarslet. Dette var ikke tilfældet. Rengøringspersonalet var bekendt med

						denne, og der var fra ledelsen side sat ekstra ressourcer ud.
--	--	--	--	--	--	---

**NOTAT**

**Opgang** Blok B  
**Telefon** 48 20 50 00  
**Direkte** 48205454  
**Web** www.regionh.dk

Journal nr.: 09001078  
 og 09004385  
 Ref.: anne lichtenberg

Dato: 13. maj 2009

**”Taskforce for rengøring”  
 - afrapportering af arbejdet og Koncerndirektionen beslutninger.**

Regionsrådet har i december 2008 på baggrund af de resultater, som pilotundersøgelsen for ekstern auditering på rengøringsområdet gav, besluttet, at der nedsættes en taskforce, der skal udarbejde en handlingsplan for rengøringen på regionens hospitaler (somatiske og psykiatriske), inkluderende en infektionshygiejnisk vinkel.

Det er taskforce's opgave (kommissorium) at udarbejde en handlingsplan, der indeholder beskrivelse og iværksættelse af en række langsigtede indsatser, herunder:

- Uddannelse af medarbejdere og ledere teoretisk som praktisk i anvendelse af standarderne
- Ansvarsfordeling mellem sundhedsfagligt personale, rengøringspersonale og teknisk afdeling om rengøring og vedligeholdelse af apparatur og udstyr
- Indtænkning af rengøringen som en tættere integreret del af det daglige, kliniske arbejde,
- Udarbejdelse af forslag til årlige afrapporteringer for regionsrådet, bl.a. set i forhold til det politiske årshjul og de årlige dialogaftaler med virksomhederne.

Desuden er det besluttet at gennemføre:

- Én årlig ekstern audit
- Én årlig intern audit
- Håndhygiejne kampagne med implementering af E – learningskurset i håndhygiejne
- Proces vedr. udbud af ekstern audit på rengøringsområdet i 2009 iværksættes, således at der primo 2010 foreligger undersøgelsesresultater.

Sammensætning af taskforce for rengøring fremgår af bilag 1.

Taskforce for rengøring har nu, jf. kommissoriet, afsluttet sit arbejde.



Dette notat omhandler de aktiviteter, der er igangsat og beslutninger, som aktuelt er taget i relation til højnelse af arbejdet med rengøring og hygiejne, herunder håndhygiejne på regionens virksomheder. Notatet rummer en række indstillinger, som er forelagt Koncerndirektionen. Koncerndirektionen beslutninger fremgår afslutningsvist.

### **Uddannelse af medarbejdere og ledere teoretisk som praktisk i anvendelse af standarderne**

Taskforce anbefaler, at der iværksættes en uddannelse for nøglepersoner på rengørings- og hygiejneområdet<sup>1</sup> i regionen allerede i 2009. Uddannelsen er under udvikling i et samarbejde med ressourcepersoner i regionen og afholdes i samarbejde med en uddannelsesinstitution med erfaring fra undervisning i rengøring og hygiejne (en erhvervsskole eller en professionshøjskole) og med anvendelse af højt specialiserede personer indenfor standarderne INSTA 800 og DS2451/10. Uddannelsen af nøglepersoner skal således indeholde både en del, der vedrører standarderne og en del, der vedrører auditering i standarderne og evne til at videreformidle hensigter og indhold i disse.

For de virksomheder, der selv forestår rengøring påhviler det herefter disse at sikre, at rengøringsmedarbejdere har et tilstrækkeligt højt kendskab til standarderne. For de virksomheder, der har udliciteret rengøringen påhviler det det eksterne firma at sikre dette kendskab, idet der dog skal tages højde for de eksisterende kontrakter. I forbindelse med ny indgåelse af kontrakter skal disse krav fremgå eksplicit.

Taskforce har drøftet uddannelse af øvrige medarbejdere og har i den forbindelse lagt vægt på håndhygiejne som det væsentligste for alle medarbejdergrupper. Der er derfor udviklet et e-learningkursus i håndhygiejne, som allerede er distribueret til virksomhederne. E-learningkurset er nærmere beskrevet under håndhygiejekampagnen.

### **Ansvarsfordeling mellem sundhedsfagligt personale, rengøringspersonale og teknisk afdeling om rengøring og vedligeholdelse af apparatur og udstyr og indtænkning af rengøringen som en tættere integreret del af det daglige, kliniske arbejde**

Den eksterne pilotundersøgelse af rengøringsniveauet, foretaget vinteren 2008, viste bl.a., at der er en gråzone i forbindelse med renholdelsen af forskelligt udstyr, herunder medikoteknisk udstyr.

Komiteén for Medikoteknisk Apparatur har nedsat en arbejdsgruppe, der skal fastlægge principper for rengøring af medikoteknisk udstyr, der indgår i patientbehandlingen (bilag 2). Denne arbejdsgruppe har tilsendt taskforce et kommissorium med henblik på godkendelse.

Taskforce har godkendt kommissoriet og har anmodet om, at der sættes fokus på:

---

<sup>1</sup> I relation til relevante standarder inden for rengøring og hygiejne aktuelt DS 2451/10 og INSTA 800

Af hvem og hvor ofte rengøres:

- det patientnære udstyr f.eks.apparatur til drop
- apparatur, der ”bevæges”
- apparatur, der benyttes af mange og til mange

I den forbindelse har taskforce drøftet, at det bør overvejes at gøre brug af serviceassistenter, der er specielt oplært i renholdelse af forskelligt medikoteknisk udstyr, på udvalgte afdelinger.

Hillerød Hospital har ansat serviceassistenter, der gennemgår en ét årig erhvervsuddannelse. Efter endt uddannelse kan disse assistenter fungere inden for specielle områder (bilag 3).

Taskforce peger på, at anvendelsen af serviceassistenter kan være hensigtsmæssig i nogle afdelinger, mens andre afdelinger vanskeligt vil kunne indpasse personalegruppen. Det skal således overvejes konkret af afdelingsledelse og hospitalsledelse, hvor og hvordan serviceassistenter kan indgå i løsningen af rengørings- og hygiejnerelaterede opgaver. Der henvises til erfaringerne fra Hillerød Hospital.

I forbindelse med uddeling af Kvalitetspris 2009 er der fremkommet et projekt, der beskriver en hensigtsmæssig arbejdsdeling omkring rengøringen. Taskforce har haft lejlighed til at drøfte projektet og finder, at det i nogle sammenhænge kan fungere som model for øvrige hospitaler, og opfordrer den udvidede direktørkreds (UD) til at drøfte dette i sammenhæng med drøftelser om kultur og ansvarliggørelse på rengørings- og hygiejneområdet.

Koncerndirektionen har på baggrund af taskforces anbefalinger besluttet, at Koncerndirektionen i dialog med hver enkelt virksomhed vil afklare, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at ansætte serviceassistenter samt hvorledes, der arbejdes med kultur og ansvarliggørelse på rengørings- og hygiejneområdet, herunder om erfaringerne fra kvalitetsprisprojektet kan implementeres lokalt på andre hospitaler.

### **Udarbejdelse af forslag til årlige afrapporteringer for regionsrådet, bl.a. set i forhold til det politiske årshjul og de årlige dialogaftaler med virksomhederne.**

Det er allerede i forbindelse med den første eksterne auditering af rengøringsniveauet besluttet, at der skal udføres en årlig ekstern auditering af rengøringsniveauet på regionens hospitaler og i Psykiatrivirksomheden. Taskforce foreslår, at der udarbejdes en årlig afrapportering på rengøringsområdet efter afholdelsen af ekstern audit af rengøringen. Udbuddet af den eksterne audit af rengøringsområdet er endnu ikke afholdt, men det må forventes, at en samlet afrapportering foreligger medio februar hvert år, og at der derfor kan ske en afrapportering til Regionsrådet i marts måned. Taskforce anbefaler, at der i forbindelse med den eksterne auditering i efterår/vinter 2009/2010 opstilles fælles mål for regionens hospitaler om, at:

- minimum 70 % af alle rum skal godkendes og

- alle operationsstuer skal godkendes, efter standarderne i den eksterne vurdering.

Der kan således afrapporteres på dette mål i forbindelse med afrapporteringen marts 2010.

Det opfattes af taskforce som særligt væsentligt, at operationsstuers rengøringsniveau er tilstrækkeligt, pga. den øgende infektionsrisiko i forbindelse med operationer.

Taskforce anbefaler desuden, at hygiejneområdet indgår som et fokuspunkt i den kommende kvalitetspolitik, og at der i den forbindelse opstilles målelige fokuspunkter, som kan indgå i afrapporteringen af dels den eksterne auditering, dels den årlige af-rapportering af kvalitetspolitikken. Med tiden må det forventes, at afrapporteringen af kvalitetspolitikken kan erstatte en særskilt afrapportering af den eksterne auditering.

Hygiejneområdet indgår som en del af dialogaftalerne for 2009 med virksomhederne, og der afrapporteres således på området i foråret 2010 ad denne vej. Fremover vil målene i kvalitetspolitikken kunne erstatte særskilte mål i dialogaftalerne.

## **Øvrige områder**

### *Håndhygiejnekampagne*

På baggrund af taskforce beslutning i marts 2009 og Kvalitetsrådets beslutning i januar 2009 skal der ved Region Hovedstadens hospitaler gennemføres en håndhygiejnekampagne i efteråret 2009.

Denne kampagne skal udover, at skabe opmærksomhed i kampagneperioden indeholde initiativer, der bevarer fokus på god håndhygiejne (bilag 4: Kommissorium)

Til gennemførelse af håndhygiejnekampagnen er der nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe med repræsentation fra hospitalerne.

Taskforce anbefaler, at tilrettelæggelsen og gennemførelsen af håndhygiejnekampagnen overdrages til Komitéen for Infektionskontrol og Hygiejne og den nedsatte arbejdsgruppe, som herefter referer til Komitéen.

På baggrund af drøftelse i taskforce er der udarbejdet en foreløbig model - elementer/delområder – for en kampagne (bilag 5).

Kommentarer til udvalgte områder:

E – learningskursus i håndhygiejne er færdig og klar til brug. Kurset skal anvendes én gang årligt.

Primære målgrupper:

- Personale ansat i Region Hovedstaden, der har patientkontakt og/eller udfører rene og urene procedurer

Sekundær målgruppe:

- Administrativt personale, der kommer i afdelinger med patienter

Andre målgrupper:

- Personale i afdelinger, der ikke har netadgang: f.eks. rengøringspersonalet. Hvert hospital udarbejder egen instruks og stiller pc til rådighed for denne personale-gruppe
- Alle nyansatte personalemedlemmer
- Studerende og elever skal via uddannelsesinstitutionen have gennemgået e - learningkurset i håndhygiejne inden første praktik. Hvis dette ikke er pågået skal kurset gennemføres på hospitalet

Beskrivelse af målgrupper følger regionens vejledning om håndhygiejne.

De anførte persongrupper gennemfører som nævnt kurset én gang årligt. Som dokumentation for gennemført kursus udprintes dokumentation (bilag 6). Denne dokumentation medbringes til den årlige MUS for herefter at blive arkiveret i den enkeltes personalesag.

Det er hospitalsdirektionerne (somatik og psykiatri) der har ansvaret for, at alle de anførte persongrupper har gennemgået e – learningkurset én gang årligt, indtil der forefindes en elektronisk løsning.

Taskforce har drøftet hvilke elementer, der desuden bør indgå i en kampagne samt en varig indsats og peger på:

- Sociale kontrakter om god håndhygiejne. Der er opnået gode erfaringer med direkte observation af om god håndhygiejne udføres på bl.a. skotske hospita-ler. Taskforce er af den opfattelse, at det vil være hensigtsmæssigt at tillægge et element af ”sociale kontrakter” til observationerne, således at kollegaskab ikke sættes over styr.
- Kultur og ansvarlighed: Dette punkt henvises til drøftelse i den udvidede di-rektør kreds.
- Inddragelse af patienter og pårørende: ligesom personalet skal kunne påpege utilstrækkelig håndhygiejne skal også patienter og pårørende gøres opmærk-som på denne mulighed, ligesom de systematisk skal introduceres til god håndhygiejne. Der udarbejdes informationsmateriale til patienter og pårøren-

Alle de elementer, der overvejes inddraget i en kampagne fremgår af bilag 4.

Taskforce anbefaler, at kampagnen finder sted i efteråret 2009, da der er erfaring for at maj- juni måned ikke er velegnede kampagnemåneder.

Der afsættes i alt 400.000 kr. til kampagnen, idet 200.000 afholdes af den centrale kvalitetspulje og 200.000 afholdes af virksomhederne, efter forholdsmæssig fordeling.

#### *Rengøringsauditering*

Det er besluttet at gennemføre såvel interne som eksterne auditeringer på rengøringsområdet.

Taskforce har drøftet auditeringsbehov mv. ud fra standarderne.

Planen er herefter, at der årligt gennemføres fire auditeringer:

- to interne auditeringer
- én intern/ekstern auditering forstået således, at to hospitaler auditerer hos hinanden
- én ekstern auditering ved et firma

En fuld auditeringsrunde opnås først i 2010, da der, jf. beskrivelsen ovenfor, i 2009 er lagt vægt på uddannelse af nøglepersoner og en intern/ekstern auditering først kan finde sted, når et tilstrækkeligt antal nøglepersoner på hospitalerne er uddannet i standarderne og i auditering.

Til samtlige auditeringer skal anvendes DS 2451 – del 10: Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren - Krav til rengøring og INSTA 800 – Rengøringskvalitet – System til fastlæggelse og bedømmelse af rengøringskvalitet.

Med udgangspunkt i erfaringer fra pilotundersøgelsen er der udarbejdet yderligere kriterier for auditering af rengøring samt en objektliste.

**På baggrund af gennemgang af området og anbefalinger fra taskforce for rengøring har Koncerndirektionen besluttet, at:**

- **Der afholdes første ekstern auditering på rengøringsområdet på alle hospitaler ultimo 2009. I 2010 udføres en fuld auditrunde med to interne auditeringer, én ”kryds”-auditering og én ekstern auditering.**
- **Der fastlægges fælles mål for regionens hospitaler (somatik og psykiatri) om, at minimum 70 % af alle rum skal godkendes (mod 29,3 % ved pilotaudite-**

- **Der tilrettelægges og iværksættes undervisning i INSTA 800 og DS 2451 – del 10 samt auditering i standarder for nøglepersoner inden den eksterne auditering.**
- **Det udviklede e-learningkursus skal anvendes som beskrevet**
- **Der udarbejdes en årlig afrapportering på rengøringsområdet.**
- **Koncerndirektionen har på baggrund af taskforces anbefalinger besluttet, at Koncerndirektionen i dialog med hver enkelt virksomhed afklarer, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at ansætte serviceassistenter samt hvorledes der arbejdes med kultur og ansvarliggørelse på rengørings- og hygiejneområdet, herunder om erfaringerne fra kvalitetsprisprojektet kan implementeres lokalt på andre hospitaler.**
- **Tilrettelæggelse og gennemførelse af en håndhygiejne kampagne overdrages til Komitéen for Infektionskontrol og Hygiejne. Kampagnen skal have fokus på de i notatet beskrevne elementer. Hver virksomhed gennemfører mindst ét pilotprojekt vedr. sociale kontrakter**

#### **Økonomiske konsekvenser:**

I alt afsættes i alt 400.000 kr. til kampagne og uddannelse i auditering i 2009, idet 200.000 afholdes af den centrale kvalitetspulje og 200.000 afholdes af virksomhederne, efter forholdsmæssig fordeling.

Udgifter til ekstern auditering af rengøringen afholdes indenfor en ramme på 0,6 mill.kr., som er afsat over kvalitetspuljen.

Udgifterne til højnelse af rengøringsstandarder afholdes af virksomhederne.

**Bilagsoversigt.**

Bilag 1: Taskforce sammensætning.

Bilag 2: Arbejdsgruppe vedrørende rengøring af medikoteknisk udstyr/apparatur

Bilag 3: Den 1 årige Erhvervsuddannelse som Hospitalsserviceassistent

Bilag 4: Kommissorium for håndhygiejne

Bilag 5: Foreløbig model for elementer i en håndhygiejne kampagne

Bilag 6: Dokumentation for gennemført e - learningkursus

Taskforce sammensætning.

Formand, Koncerndirektør *Svend Hartling*, Region Hovedstaden

Formand for Infektionskontrol og Hygiejne, hospitalsdirektør *Torben Stentoft*, Hvidovre Hospital (indtil 15. april 2009, herefter)

Konst. Hospitalsdirektør, formand for Komité vedr. Infektionskontrol og Hygiejne, *Torben Mogensen*

Repræsentant for hospitalsdirektionerne, vicedirektør *Anna Guttesen*, Frederiksberg Hospital

Repræsentant for mikrobiologerne, overlæge *Jens Otto Jarløv*, Herlev Hospital

Repræsentant for hygiejnesygeplejerskerne *Margrethe Meyer*, Rigshospitalet (indtil 1. april 2009), herefter

Hygiejnesygeplejerske *Dorthe Buhl*, Herlev Hospital

Servicechef *Jens Kappel Jensen*, repræsentant for rengøringslederne, Hillerød hospital,

Controller *Britta Pedersen*, Rigshospitalet (indtil 1. maj 2009)

Leder af MRSA – Videncenter, overlæge *Henrik Westh*, Mikrobiologisk afdeling, Hvidovre Hospital.

Desuden har udviklings- og kvalitetschef *Inge Kristensen*, Koncern Plan og Udvikling deltaget i møderne.

Sekretariatsfunktion: Udviklingskonsulent *Anne Lichtenberg*, Koncern Plan og Udvikling



## **Arbejdsgruppe vedrørende rengøring af medikoteknisk udstyr/apparatur**

I regi af Region Hovedstadens Komité for medikoteknisk apparatur er nedsat en arbejdsgruppe vedrørende rengøring af medikoteknisk udstyr/apparatur.

Arbejdsgruppens formål er at:

- fastlægge overordnede principper omkring rengøring af medikoteknisk udstyr der indgår i patientbehandlingen

Arbejdsgruppen refererer til komitéen.

### **Opgaver**

- fastlægge principper for rengøring af medikoteknisk udstyr der indgår i patientbehandlingen, herunder
  - krav til rengøring og desinfektion (fx udstyr med blodstænk, udstyr anvendt på isolationsstue)
  - metode (fx vand og sæbe)
  - hyppighed af rengøring og/eller desinfektion (fx efter hver patient, dagligt, efter isolation)
  - krav til dokumentation
  - andet?

Arbejdsgruppen skal ikke tage stilling til hvem der er ansvarlig for rengøringen af medikoteknisk udstyr der indgår i patientbehandlingen.

### **Sammensætning**

- Hygiejnesygeplejerske Susanne Aagaard, Komité for medikoteknisk apparatur (formand)
- Medikoteknisk chef Michael Anslev, Frederiksberg Hospital
- Ledende oversygeplejerske Carin Engel, SFR Anæstesi
- Radiograf (SFR anmodes om at udpege)
- Bioanalytiker (SFR Klinisk biokemi anmodes om at udpege)
- Tekniker (SFR-KNFM anmodes om at udpege)
- Hygiejnesygeplejerske (Komiteen for hygiejne anmodes om at udpege)
- Rengøringscontroller Britta Pedersen, Rigshospitalet (anmodes om at deltage)

Opgaven påbegyndes april 2009 og forventes afsluttet inden årets udgang. Formanden for arbejdsgruppen indkalder til møderne i arbejdsgruppen. Afrapportering sker løbende til komitéens møder og i form af et kort notat i forbindelse med afslutning af opgaven.

Bispebjerg Hospital, marts 2009



## Den 1 årige Erhvervsuddannelse som Hospitalsserviceassistent

**Forudsætninger:** Optagelse på uddannelsen forudsætter 2 års erhvervs erfaring i servicebranchen.

**Opbygning:** Uddannelsen omfatter 27 ugers skoleperiode og 25 ugers praktik, og er modulopbygget.

**Undervisningssted:** Erhvervsskolen Hamlet i Hillerød. Praktikperioden afvikles på tjenestestedet.

### Indhold i skoleperioderne:

#### Undervisningsplan for serviceassistent med hospitals speciale

##### Modul 1

På dette modul er der lagt vægt på de **personlige kompetencer** – at eleven skal kunne modtage og anvende vejledning, være kreativ samt kunne lære nyt - have lært at lære og tage ansvar.

<b>Grundfag / lektioner</b>
Dansk / 40
Engelsk / 18
Hygiejne - fødevarer / 24
Sundhed / 16
Produktudvikling produktion og service / 16
Materialeforståelse / 16
Ergonomi / 16
Læring, kommunikation og samarbejde / 24
<b>Områdefag / lektioner</b>
Rengøring / 22
Ernæringslære og madlavning / 20
Anretning og servering / 10
IT-værktøjer og anvendelse af pc og ikt / 16
Arbejdsteknik / 16
Rengøring og samfund / 16
<b>Valgfag / lektioner</b>
Den lærende organisation / 22

## Modul 2

På dette modul er der lagt vægt på de **faglige kompetencer** - at eleven skal kunne analysere, anvende og indsamle data til en given opgave samt helt eller delvist selvstændigt kunne udføre de praktiske funktioner, der er forbundet med arbejdet på et hospital.

<b>Grundfag / lektioner</b>
Dansk / 28
Engelsk / 20
Produktudvikling produktion og service / 16
psykologi / 8
Arbejds miljø / 24
Førstehjælp / 14

<b>Områdefag / lektioner</b>
Rengøring og planlægning / 34
Ernæringslære og madlavning / 14
Anretning og servering / 20
Anvendelse af pc og ikt / 10
Rengøring samfund / 16
Kommunikation og samarbejde / 16
Vedligeholdelsesopgaver / 20
Patienttransport og løft / 38
<b>Valgfag / lektioner</b>
Valgfrit emne / 16

## Modul 3

På dette modul er der lagt vægt på **almene og generelle kvalifikationer og kompetencer** – at eleven skal kunne bidrage til problemløsninger i forhold til helheden i en arbejdsproces, betjene og servicere kunder/brugere med forskellig kulturel og social baggrund.

En del af lektionerne på dette modul er afsat til det afsluttende specialeprojekt.

<b>Grundfag / lektioner</b>
Dansk / 44
Engelsk / 28
psykologi / 12
Brand / 4

<b>Specialefag / lektioner</b>
Rengøringservice / 102
Anvendelse af pc og ikt / 14
Patienttransport og løft / 30
Valgfrit specialefag / 34
<b>Valgfag / lektioner</b>
Valgfrit emne / 16

Bedømmelse og karaktergivning:

Målene for fagene og bedømmelseskriterierne for karaktergivningen bliver præsenteret skriftligt og mundtligt med jævne mellemrum i undervisningen.

For at bestå modulerne skal eleven have opnået et antal delkompetencer. Lærerne vil bekendtgøre eleven med disse således at eleven selv kan følge med i, hvor langt vedkommende er og hvad der skal til for, at komme videre.

Karaktererne gives efter 13- skalaen. Karaktererne er standpunktskarakterer, som fastsættes ved modulets afslutning.

Der er eksamen i engelsk eller dansk på modul 3.

April 2009

Bilag 4

## **Kommissorium for håndhygiejne**

Kvalitetsrådet har besluttet, at der skal sættes fokus på håndhygiejne ved at gennemføre en håndhygiejnekampagne, der opbygges således, at kampagnens flygtige væsen udnyttes til at starte en udvikling for herefter at blive fulgt op med initiativer, der hele tiden understøtter en god håndhygiejne, idet formålet er at fremme og bevare en god håndhygiejne hos alle ansatte/målgrupper ved regionens hospitaler.

På baggrund af den eksterne auditering af rengøringen på hospitalerne ultimo 2008 blev der nedsat en taskforce for rengøring. Med udgangspunkt i kvalitetsrådets anbefalinger på mødet i marts 2009 skal taskforce udarbejde en håndhygiejnekampagne for somatiske og psykiatriske hospitaler i regionen.

Taskforce bemyndiger Komitéen for Infektionskontrol og Hygiejne at tilrettelægge og gennemføre en håndhygiejnekampagne.

Der nedsættes en tværfaglig gruppe i relation til Komitéen for Infektionskontrol og Hygiejne med repræsentation af: mikrobiolog, hygiejnesygeplejerske, driftschef, hospitalschef, kommunikationsmedarbejder, patientsikkerhedsperson til planlægning og gennemførelse, herunder udarbejder forslag til sikring/fastholdelse af en god håndhygiejne.

Formanden for arbejdsgruppen er formanden for Komitéen for Infektionskontrol og Hygiejne

**Foreløbig model for elementer i en håndhygiejne kampagne**  
(besluttet på taskforcemøde den 19. marts 2009)

<b>Hvad</b> (elementer i en kampagne)	<b>Hvorfor - målet</b> (understøtter formålet)	<b>Hvem</b> (målgrupper)	<b>Hvornår</b> (tidsplan)	<b>Hvordan</b> (midler – metoder)
Ledelses forankring	Ledelserne i hospitalet skal være synlige over for alle ansatte i bevarelse af god håndhygiejne og i hygiejne generelt	Alle ledelses niveauer indgår	Marts 2009	Lederne sikre egne god håndhygiejne samt påtaler over for personalet hvis der observeres dårlig håndhygiejne, uniformsetikette
E – learningskurset implementeres på alle hospitaler <sup>2</sup>	E – learningskurset anvendes af alle personalegrupper én gang om året	Målgrupper og dokumentation for gennemgået kursus (se fodnote)	Marts 2009	Alle hospitaler implementere E – learningskurset, så det er let at få adgang for alle, også personalegrupper der ikke har direkte netadgang
Informationsmateriale	Udformning/valg af informations materiale skal sætte fokus på problemområder	Skal henvende sig til ansatte, patienter og pårørende	Udformes før en kampagne opstarter	Samarbejde med kommunikationsafdelingen

### **E – learningskursus**

Taskforce har besluttet, at E – learningskurset i håndhygiejne gennemgås af alt personale, der har patientkontakt og /eller udfører rene og urene procedurer inkl. administrativt personale, der kommer i afdelinger med patienter samt personale i afdelinger uden direkte brugeradgang, f.eks. rengøringspersonalet.

Dette kursus indgår således i kampagnen, men vil være en del af fastholdelse af god håndhygiejne.

Dokumentation for gennemført kursus medbringes til den årlige MUS. Dokumentationen arkiveres herefter i den enkeltes personalesag.

Alt nyansat personale inden for nævnte grupper skal i forbindelse med Introduktionen til arbejdspladsen gennemgå kurset.

Uniformsetikette	Uniformen er tilpasset arbejdsomstændigheder Herunder hygiejniske forhold, som den ansatte har	Alle ansatte følger den nedskrevne uniformspolitik	Foråret 2009	Ens uniformsetikette for regionens hospitaler.
Håndhygiejnemidler	God håndhygiejne er medvirkende til nedsættelse af smittespredning	Alle ansatte følger ”Vejledning: Håndhygiejne og brug af handsker” og ”Infektionshygiejne - Personale vejledning ”	Forsommer 2009	Hygiejneorganisationerne sikre håndhygiejnemidler i alle rum: medicinrummet, undersøgelsesrummet, køkken, bad/toilet, ved indgang til alle patientstuer, ved indgang til afdeling mv.
Sociale kontakter (Direkte observation)	Vejledning her og nu ved ikke korrekt håndhygiejne	Uddannelse af nøglepersoner i afdelingerne med ansvar for høj kvalitet på området	Drøftes hvornår opstart?	Optimalt: Alle personalemedlemmer i en afdeling uddannes som nøgleperson i håndhygiejne (ansvarlighed)  På skift f.eks. en uge af gangen har den enkelte ansvaret for at overvåge om kolleger anvender god håndhygiejne.

Involvering af patienter og pårørende	Patienter og pårørende medvirker til at fremme håndhygiejne hos personalet og sig selv	Alle patienter, pårørende og ansatte	Hvornår Opstart? afhængig af informationsmateriale	Observation foretaget af pårørende og patienter. De anmodes om at påtale over for personalet, hvis håndhygiejnen ikke er i orden f.eks. i forbindelse med en behandlings - eller plejeopgave
Bevarelse af god håndhygiejne	Forslag til bevarelse af god håndhygiejne	Alle ansatte/målgruppe i hospitaler	Kontinuerligt	Brug af UV – bokse Håndhygiejneaudits Andre forslag!
Gentagelse af kampag-			Hvor ofte?	Opmærksomhedsska-



ne				bende
----	--	--	--	-------

Beslutning fra taskforcemødet den 19. marts:

- Centralt udarbejdes en fælles instruks om håndtering af dokumentationen.
- Personale uden netadgang: Hvert hospital udarbejder egen instruks og stiller pc – rådighed for denne personalegruppe
- Rengøringsvirksomhederne skal sikre at rengøringspersonalet gennemgår E - learningskurset
- 
- Direktionen for Handicap udarbejder vejledning for god håndhygiejne for egne institutioner. Direktionen kan få hjælp hos Komitéen for Infektionskontrol og Hygiejne
- E – learningskurset lægges på et link på intranettet i Region Hovedstaden
- Rengøringsvirksomheder skal sikre at alt rengøringspersonalet gennemgår E - learningskurset

**Dokumentation for gennemført e - læringskursus**



## Kursusbevis for gennemførelse af e-learningkurset; "Håndhygiejne og brug af handsker"

**Gennemført (dato):** \_\_\_\_\_ (dato stemples af kurset)

**Gennemført af:**   
(navnet på den kursist der har gennemført, påføres af kursisten selv)

**Cpr-nummer:**   
(cpr-nummer for den kursist der har gennemført, påføres af kursisten selv)

*Husk at skrive dit cpr-nummer. Hvis du IKKE skriver dit cpr-nummer, kan dette certifikat forveksles med en andens certifikat.*


**TITEL:** Håndhygiejne og brug af handsker.

**VERSION:** 2.0.151208.3.0

**INDHOLD:** Den regionale vejledning for håndhygiejne og brug af handsker retter sig mod alt personale, der har patientkontakt og/eller udfører rene eller urene procedurer.

Den regionale vejledning omfatter:

- Baggrund
- Håndhygiejne
- Hånddesinfektion
- Håndvask
- Hudpleje
- Handskebrug.



Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 12

Emne: Udmøntning af midler til anskaffelse af medicoteknisk apparatur

1 bilag

## Bilag

Oversigt over apparaturindkøb fordelt på type for rammebevillingerne vedr. udmøntningen af midler fra medicoteknisk pulje marts 2010

<b>Virksomhed</b>	<b>Apparatur type</b>	<b>Anskf. pris (1.000 kr.)</b>	<b>Anl. udg (1.000 kr.)</b>	<b>2010 omk. i alt (1.000 kr.)</b>
<b>Amager Hospital</b>	Skopi- & Røntgen apparatur	1.420		1.420
<i>I alt</i>		<b>1.420</b>	-	<b>1.420</b>
<b>Bispebjerg Hospital</b>	Ultralyd	2.600		2.600
	Øvrigt udstyr	2.700	200	2.900
	Intensivudstyr	2.300		2.300
<i>I alt</i>		<b>7.600</b>	<b>200</b>	<b>7.800</b>
<b>Bornholms Hospital</b>	Analyseudstyr	1.600	100	1.700
<i>I alt</i>		<b>1.600</b>	<b>100</b>	<b>1.700</b>
<b>Frederiksberg Hospital</b>	Ultralyd	4.200	1.900	5.200
<i>I alt</i>		<b>4.200</b>	<b>1.900</b>	<b>6.100</b>
<b>Frederikssund Hospital</b>	Øvrigt udstyr	795		795
<i>I alt</i>		<b>795</b>	-	<b>795</b>
<b>Gentofte Hospital</b>	Røntgenudstyr	4.600	100	4.700
	Anæstesi & Intensiv	2.200		2.200
<i>I alt</i>		<b>6.800</b>	<b>100</b>	<b>6.900</b>
<b>Glostrup Hospital</b>	Nuklearmedicin	6.000	100	6.100
	Intensiv apparatur	2.800		2.800
<i>I alt</i>		<b>8.800</b>	<b>100</b>	<b>8.900</b>
<b>Herlev Hospital</b>	Nuklearmedicin	6.000	3.000	9.000
	Analyseudstyr	1.400		1.400
	Ultralyd	2.800		2.800
	Anæstesi & Intensiv	9.000		12.000
<i>I alt</i>		<b>13.200</b>	<b>3.000</b>	<b>16.200</b>
<b>Helsingør Hospital</b>	Ultralyd	1.300	50	1.350
<i>I alt</i>				

<b>Virksomhed</b>	<b>Apparatur type</b>	<b>Anskf. pris (1.000 kr.)</b>	<b>Anl. udg (1.000 kr.)</b>	<b>2010 omk. i alt (1.000 kr.)</b>
		<b>1.300</b>	<b>50</b>	<b>1.350</b>
<b>Hillerød Hospital</b>	Anæstesi & Intensiv	2.320	50	2.370
	Ultralyd	2.149		2.149
	Operationsudstyr	2.350		2.350
	Røntgen udstyr	3.000	250	3.250
	Øvrigt	1.880		1.880
<i>I alt</i>		<b>11.699</b>	<b>300</b>	<b>11.999</b>
<b>Hvidovre Hospital</b>	Øvrigt udstyr	4.477		4.477
	Analyseudstyr	2.500	100	2.600
	Ultralyd	1.700		1.700
	Operationsudstyr	510		510
<i>I alt</i>		<b>9.187</b>	<b>100</b>	<b>9.287</b>
<b>Rigshospitalet</b>	Nuklearmedicin	13.860	2.000	15.860
	Operationsudstyr	10.200	2.500	12.700
	Anæstesi & Intensiv	7.600		7.600
<i>I alt</i>		<b>31.660</b>	<b>4.500</b>	<b>36.160</b>
<b>Region Hovedstadens Psykiatri</b>	Overvågningsudstyr	1.120		1.120
	Øvrigt udstyr	1.265		1.265
<i>I alt</i>		<b>2.385</b>	<b>-</b>	<b>2.385</b>
<b>Hovedtotal</b>		<b>100.646</b>	<b>10.350</b>	<b>110.996</b>

NB: Alt apparatur indkøbes efter gældende indkøbsregler i samråd med Koncern Økonomi Indkøb.

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 13

Emne: Global Excellence – i sundhed

5 bilag

Den 18. august 2009

## REGIONSRÅDET

---

Forretningsudvalget den 13. august 2009, sag nr. 13

**SAG NR. 12****INTERNATIONALE FYRTÅRNE – GLOBAL EXCELLENCE I SUNDHED I HOVEDSTADSREGIONEN**

---

**ADMINISTRATIONENS INDSTILLING**

1. at oplæg til overordnet proces for udarbejdelse af et udviklingsprogram for Global excellence i sundhed i hovedstadsregionen godkendes, og
  2. at regionsrådet godkender, at der afholdes 15 mio. kr. til implementering af programmet, idet de 15 mio. kr. kan afholdes inden for budgetrammen for regional udvikling.
- 

**RESUME**

I den politiske tillægsaftale mellem partierne bag budgetforliget for 2009 indgår et initiativ om indførelse af et udviklingsprogram for "Global excellence - i sundhed". Målet med initiativet er at fremme kompetente faglige miljøer på internationalt niveau inden for sundhedsområdet på både vores universiteter og hospitaler i regionen.

Udviklingsprogrammet udpeger de enheder på universiteter og hospitaler, som bidrager med en indsats, der er i den absolutte globale første division på sundhedsområdet. Det er således et internationalt kvalitetsstempel, som gives de pågældende enheder for en tidsbegrænset periode af 5 år. Med tildelingen gives en særbevilling til den fortsatte faglige udvikling af det internationale miljø og til formidling.

I den første uddelingsrunde vil der blive udpeget 10 enheder, som efter ansøgning får kvalitetsstemplet "Global excellence", som finansieres over de regionale udviklingsmidler.

---

**SAGSFREMSTILLING****Baggrund**

Der er mellem budgetforligspartierne indgået en tillægsaftale til budgetforlig 2009, som bl.a. indebærer, at der skal iværksættes udviklingsprogrammet "Global excellence - i sundhed".

Globaliseringen betyder, at hovedstadsregionen vil komme i en stadig øget international konkurrence – også på sundhedsområdet. Det gælder i forhold til hospitalsbehandling, hvor EU's regelsæt åbner op for et stadig øget internationalt sundhedsmarked. Det

gælder inden for universiteternes sundhedsforskning og studenterundervisning, hvor højeste ekspertise kun opnås gennem en yderligere styrkelse af det internationale samarbejde og en øget international rekruttering af eliteforskere og studenter. Og det gælder i forhold til, at resultaterne i den basale forskning og udvikling på universiteterne hurtigere nyttiggøres til gavn for patienternes behandling gennem et intensiveret samarbejde mellem elitemiljøer på tværs af universiteter, hospitaler og regionens private virksomheder på området.

Den sundhedsvidenskabelige indsats er et af de områder, hvor hovedstadsregionen står stærkt. På såvel Københavns Universitet og DTU leveres forskning og undervisning i sundhedsvidenskabelige emner på højt internationalt niveau. Tilsvarende leveres på regionens hospitaler klinisk diagnostik og behandling samt forskning og undervisning af høj kvalitet, som på en række områder absolut kan konkurrere på et internationalt niveau. Samtidig er regionen begunstiget af et internationalt erhvervsliv inden for lægemidler, medikoapparater og hjælpemidler, som betyder at denne erhvervsklynge i hovedstadsregionen er blandt verdens stærkeste.

Det er med den globale udfordring vigtigt på markant måde at fremme udviklingen af spydspidsfunktioner i verdensklasse. Fyrtårne, som kan vise excellence, og som kan fremme niveauet for alle andre funktioner.

### **Global excellence i sundhed**

Udviklingsprogrammet udpeger de enheder på regionens hospitaler og universiteter, som bidrager med en indsats, der er i absolut første division på sundhedsområdet. Kriterierne for udpegning sker på grundlag af nogle på forhånd fastlagte faglige kriterier for undersøgelses- og behandlingsomfang og kvalitet, patientservice samt omfang af undervisning, udvikling og forskning. Kriterierne vil dels være fælles, dels differentierede efter universiteter og hospitaler.

Begrebet "Global excellence i sundhed" bliver således et internationalt kvalitetsstempel af den pågældende enhed. Det gives for en tidsbegrænset periode for 5 år. I forbindelse med tildelingen gives en særbevilling til enheden på 1½ mio. kr., som modtageren er forpligtiget til at anvende til yderligere at fremme sit internationale udviklingsmiljø og formidlingen heraf.

Udviklingsprogrammet vil kunne søges af hospitaler og universiteter til såvel tværfaglige/tværasektorielle enheder, som til specialiserede afdelinger og centre etc..

I første omgang afsættes en pulje på 15 mio. kr. som kan anvendes til udpegning af 10 "global excellence" - enheder, finansieret over de regionale udviklingsmidler. Dernæst kan man forestille sig, at der i de følgende år udpeges 5 enheder årligt, finansieret på normal vis over det regionale udviklingsbudget, forudsat enhederne kan leve op til de fastsatte høje kriterier.

### **Den videre proces**



Udvikling af programmet igangsættes efter vedtagelse i regionsrådet og vil ske i tæt dialog med Københavns Universitet og DTU. Initiativet har været drøftet med de to universitetsrektorer på et møde med regionsrådsformanden.

Til at udvikle programmet nedsætter koncerndirektionen en arbejdsgruppe, som får til opgave i dialog med universiteterne at udarbejde forslag til de faglige kriterier. Til gruppen knyttes en mindre international faglig rådgivningsgruppe. Forslaget vil blive forelagt forretningsudvalget til godkendelse. I forlængelse heraf vil der blive nedsat et bedømmelsesudvalg, som kan vurdere de indkomne ansøgninger og komme med en indstilling til forretningsudvalget.

---

## **ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

Udgifterne på de 15 mio. kr. til udviklingsprogrammet "Global excellence - i sundhed" kan afholdes inden for budgetrammen for regional udvikling i 2009. Det forudsættes, at de til formålet reserverede midler, som ikke nås anvendt i 2009, vil blive overført til de følgende budgetår.

---

## **SAGEN AFGØRES AF**

Regionsrådet

---

## **FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING**

Anbefales.

Birgitte Kjøller Pedersen (F) og Bente Møller (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

---

## **REGIONSRADETS BESLUTNING**

Tiltrådt.

Lene Kaspersen (C), Karin Falkenchrone (Y) og Bjarne Thyregod (Ø) deltog ikke i sagens behandling.

---

Bilagsfortegnelse:

1. Tillægsaftale til budgetforlig 2009 vedr. indsatsen for regional udvikling (FU)

Sagsnr: 09006334

Global Excellence ansøgning	
<b>ANSØGER</b>	
Navn:	Institut/afdeling/center/enhed
E-mail:	Tlf:
<b>GLOBAL EXCELLENCE</b>	
<b>TEMA/OMRÅDE</b>	
<b>BESKRIV TEMAETS/OMRÅDETS FUNKTION OG AKTIVITETER OG PLACERING I EN INTERNATIONAL SAMMENHÆNG (UDDYBENDE BESKRIVELSE MAX 4 SIDER BILAG).</b>	
<b>RESUMÉ PÅ DANSK (1/4 SIDE)</b>	
<b>REDEGØR FOR DE VIGTIGSTE RESULTATER OG PUBLIKATIONER (MAX 10) INDENFOR DE SIDSTE 5 ÅR</b>	
<b>BESKRIV DE FORVENTEDE AKTIVITETER OG RESULTATER DE KOMMENDE 3 ÅR</b>	

### 1. Omfang og kvalitet i forskning og udvikling de sidste 5 år

<b>Originalartikler i engelsksprogede tidsskrifter med peer-review</b>	<b>Artikler</b>
Antal i alt	
Antal med førsteforfatter	
Journal impact factor (ifølge Journal Citation Reports). Angiv samlet sum (JIF vil blive vurderet i forhold til forskningsfeltets normale publiceringsstandard)	
Gennemsnitlig journal impact factor	
<b>Antal af andre artikler</b>	
Oversigtsartikler i tidsskrifter med peer-review	
Andre publikationer (letters, editorials)	
Bøger (editor, forfatter)	
Andet	
<b>Højt citerede forskere</b>	
Antal forskere med > 1000 citationer	
Antal forskere med H-index > 25 (iflg. Science Citation Index)	
<b>Produktion af akademiske grader</b>	<b>Antal</b>
Dr. med.	
Ph.d.	
Andet	
<b>Indtægter fra eksterne kilder</b>	<b>DKK</b>
Største enkelte bevilling fra eksterne kilder	
Eksterne statslige kilder i alt	
Øvrige offentlige kilder i alt	
EU kilder	
Øvrige udenlandske kilder	
Forskningsfelt angiv emne	
<b>Nationale forskere i teamet</b>	
Professorer	
Lektorer	
Post docs	
Ph.d.-studerende	
Mellemlange videregående uddannelser	
<b>Internationale forskere i teamet</b>	
Professorer	
Lektorer	
Post docs	
Ph.d.-studerende	
Mellemlange videregående uddannelser	
<b>Formaliseret samarbejde med andre hospitaler/universiteter/institutioner i ind og udland (nævn de 3 vigtigste)</b>	
<b>Ved internationale kongresser (antal)</b>	<b>2009</b>
Inviterede foredrag	
Kongres arrangør	

## 2. Omfang og kvalitet i undervisning i det seneste kalenderår

<b>Prægraduat undervisning</b>	<b>Antal</b>
Lægestuderende per semester	
Timer (UAT) per semester	
Antal kapitler i lærebog indenfor temaet	
Andre studerende per semester	
Timer (UAT) per semester	
Eksamensprojekter på et hospital	
<b>Evaluering</b>	<b>Resultat (skala niveau)</b>
Ekstern faglig evaluering	
De studerendes evaluering af undervisningen	
<b>Postgraduat undervisning</b>	<b>Antal</b>
Antal læger under speciallæguddannelse	
Antal Ph.d.-studerende	
Antal Post. doc studerende	
Ph.d.-studerende kurser (ECTS) afholdt	
Efteruddannelseskurser afholdt	
<b>Evaluering</b>	<b>Resultat (skala niveau)</b>
Ekstern faglig vurdering	
Evaluering af uddannelsesstedet	
<b>MVU undervisning</b>	<b>Antal</b>
Evt. ekstern evaluering	Resultat (skala niveau)

## 3. Omfang og kvalitet i undersøgelse og behandling i det seneste kalenderår

<b>Antal Patienter diagnosticeret og behandlet</b>	<b>Antal</b>
Antal indlagte patienter	
Antal ambulante patienter	
Antal patienter diagnosticeret og behandlet indenfor for hver kategori. Angiv ICD10 koder og sygdomsnavn	<b>Antal</b>
<b>% af udenlandske patienter</b>	
<b>Ansatte fordelt på stillingskategorier</b>	<b>Antal</b>
Overlæger	
Afdelingslæger	
Andre yngre læger	
Sygeplejersker	
Bioanalytikere	
Radiografer	
Jordemødre	
Fysioterapeuter	
Sosu-assistentter	
<b>Varetagelse af specialfunktioner</b>	<b>Angiv</b>
<b>Kliniske retningslinjer – udarbejdet og implementeret (Angiv de tre væsentligste)</b>	Titel
<b>NIP data 2009</b>	<b>Resultat (tærskelværdi)</b>
<b>Landsdækkende kliniske databaser 2009</b>	<b>Resultat (indikatorværdier)</b>
<b>Seneste patienttilfredshedsundersøgelse</b>	<b>Resultat</b>
<b>Beskriv involvering i guidelines/MTV rapporter på nationalt plan inden for det sidste år (max ¼ side)</b>	

**4. Omfang og kvalitet i innovation i det seneste kalenderår**

Samarbejde med danske virksomheder	
Samarbejde med udenlandske virksomheder	
Indtægter fra forskningskontrakter med erhvervslivet	
Udstedte og ansøgte patenter indenfor de sidste 5 år	Antal

**5. Omfang og kvalitet i formidling udadtil i det seneste kalenderår**

Beskriv offentliggørelse af præstationer udadtil f.eks. præsentation af forskningsområder/-resultater og forskere, undervisningsaktiviteter mv. (max ¼ side)	
Beskriv patientinformationsmateriale i forhold til antal patientforløb	
Beskriv anvendelse af elektronisk forskningsformidling	
Antal landsdækkende indslag relateret til områdets aktiviteter f.eks. i TV, radio, dagspresse, andre medier mv.	
Andet	

Dato:

For ansøger

For rektorat/direktion

## ANSØGNINGSVEJLEDNING TIL GLOBAL EXCELLENCE I SUNDHED

### Indledning

Region Hovedstaden har i 2009 etableret udviklingsprogrammet ”Global Excellence - i sundhed”. Målet med initiativet er at fremme kompetente faglige miljøer på internationalt niveau inden for sundhedsområdet på både vores universiteter og hospitaler i regionen.

Globaliseringen betyder, at hovedstadsregionen vil komme i en stadig øget international konkurrence – også på sundhedsområdet. Det gælder i forhold til hospitalsbehandling, hvor EU’s regelsæt åbner op for et stadig øget internationalt sundhedsmarked. Det gælder inden for universiteternes sundhedsforskning og studenterundervisning, hvor højeste ekspertise kun opnås gennem en yderligere styrkelse af det internationale samarbejde og en øget international rekruttering af eliteforskere og studenter. Og det gælder i forhold til, at resultaterne i den basale forskning og udvikling på universiteterne hurtigere nyttiggøres til gavn for patienternes behandling gennem et intensiveret samarbejde mellem elitemiljøer på tværs af universiteter, hospitaler og regionens private virksomheder.

Det er med den globale udfordring vigtigt på markant måde at fremme udviklingen af spydspidsfunktioner i verdensklasse. Fyrtårne, som kan vise excellence, og som kan fremme niveauet for alle andre funktioner.

Global Excellence i sundhed udpeger de enheder på vores hospitaler og universiteter, som bidrager med en indsats, der er i absolut første division på sundhedsområdet. Udpegning sker efter ansøgning og ud fra en række på forhånd fastlagte faglige kriterier for undersøgelses- og behandlingsomfang og kvalitet, patientservice samt omfang og kvalitet af undervisning, udvikling og forskning.

Global Excellence i sundhed er således et internationalt kvalitetsstempel af den pågældende enhed. Tildelingen gives for en tidsbegrænset periode for 5 år, med mulighed for forlængelse. I forbindelse med tildelingen gives en særbevilling til enheden på 1,5 mio. kr. Midlerne kan anvendes til f.eks. udviklingsomkostninger, tiltrækning af internationale forskere og behandlere, afholdelse af internationale symposier mv. Modtageren er forpligtiget til at søge disse midler i væsentligt omfang kombineret med andre finansieringskilder mhp. at fremme enhedens internationale udviklingsmiljø, og i endnu højere grad formidle enhedens resultater nationalt og internationalt.

Der er afsat en pulje på 15 mio. kr. i 2010, som kan anvendes til udpegning af 10 enheder, finansieret over Region Hovedstadens regionale udviklingsmidler. De efterfølgende år er der afsat 7,5 mio. kr. årligt der giver mulighed for udpegning af 5 enheder om året.

### Hvem kan ansøge

Udviklingsprogrammet er rettet mod hospitaler og universiteter som er fysisk placeret i hovedstadsregionen. Både enheder/områder der beskæftiger sig med/udfører undersøgelse og behandling, uddannelse, klinisk og translationel forskning samt grundforskning kan søge. Enheden skal kunne afgrænses fagligt og organisatorisk. F.eks. kan tværfaglige/tværasektorielle projekter, virtuelle miljøer i krydsfeltet mellem hospitaler og universiteter samt forskerteam/-grupper, afdelinger/dele af afdelinger, specialistfunktioner, institutter og centre etc. inden for et fagligt tema ansøge.

Ansøger (hovedansvarlig) skal være ansat på et hospital/psykiatrisk center og/eller et universitet med fysisk hovedplacering i Region Hovedstaden og have ledelsesmæssig kompetence til at

ansøge på enhedens vegne. Ansøgningen om Global Excellence i sundhed skal være underskrevet af ansøgers hospitalsdirektion/rektorat.

### **Kriterier for tildeling af Global Excellence**

Ansøgeren skal være internationalt førende inden for et nærmere afgrænset område/tema. Det skal dokumenteres dels ved at beskrive områdets/temaets placering i en international sammenhæng dels ved at redegøre for funktion, aktiviteter og resultater, der samlet set lever op til udpegning som Global Excellence på sundhedsområdet.

Der er fastlagte faglige kriterier Global Excellence inden for følgende fem hovedområder:

1. Omfang og kvalitet i forskning og udvikling
2. Omfang og kvalitet i undervisning
3. Omfang og kvalitet i undersøgelse og behandling af patienter
4. Omfang og kvalitet i innovation
5. Omfang og kvalitet i formidling

De faglige kriterier repræsenterer de områder, som er relevante at bruge som målepunkter for opfyldelse af kravet om Global Excellence. Som nævnt kan både et snævert afgrænset fagområde/tema samt et område med et mangesidet arbejds- og forskningsfelt ansøge. Det er derfor **ikke et krav**, at ansøgeren skal varetage opgaver inden for alle fem hovedområder, men ansøgeren **skal** beskrive performance på alle de kriterier på de områder/temaer, som er relevante for enheden.

Ansøgere inden for et snævert fagområde/tema vil således skulle opfylde færre kriterier end en enhed med et mangesidet arbejds- og forskningsfelt. Til gengæld skal den snævert afgrænsede ansøger kunne dokumentere, at de er i absolut verdensklasse og internationalt førende på alle relevante kriterier inden for et nærmere afgrænset område, mens den bredere enhed ikke nødvendigvis skal ligge meget højt på alle enhedens områder, men primært på enhedens kerneområde.

#### **1. Omfang og kvalitet i forskning og udvikling**

Ansøgeren skal være internationalt førende inden for sit felt.

Det skal dokumenteres ved at beskrive forskningsvolumen og -kvalitet i de seneste 5 år samt enhedens akademiske sammensætning og omfanget af internationalt samarbejde med førende forskningscentre, udenlandske forskere etc. med udgangspunkt i bl.a. videnskabelige publikationer, citationer, akademiske grader, eksterne indtægter samt internationale kontakter.

#### **2. Omfang og kvalitet i undervisning**

Undervisningen skal være forskningsbaseret og af høj international kvalitet.

Det skal dokumenteres ved at beskrive omfang, og kvalitet i undervisningen inden for alle relevante faggrupper f.eks. med udgangspunkt i de studerendes evaluering af kvaliteten af undervisningen samt eksterne faglige bedømmelser i form af f.eks. Sundhedsstyrelsens Inspektorordning og tilsvarende for universiteterne. Samtidig skal ansøgeren beskrive graden af international orientering i form af udenlandske undervisere og studerende.

#### **3. Omfang og kvalitet i den kliniske funktion (undersøgelse og behandling af patienter)**

Diagnostik, forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering skal foregå på højt internationalt niveau, og enheden skal anvende og implementere de bedste og nyeste metoder.

Enheden skal have en betydelig patientvolumen set i forhold til den samlede patientvolumen på området. Det skal dokumenteres ved at angive antallet af diagnosticerede og behandlede patienter.



ter. Endvidere skal volumen i faggrupper dokumenteres ved at opgøre antallet af ansatte inden for området fordelt på stillingskategorier.

Ansøgeren skal endvidere dokumentere, at der er udarbejdet og implementeret kliniske retningslinjer/referenceprogrammer for patientforløb, strukturer og processer inden for særligt vigtige områder. Disse retningslinjer skal som minimum leve op til standarder i Den Danske Kvalitetsmodel. Ansøgeren skal endvidere med udgangspunkt i udvalgte nøgletal og indikatorværdier fra de landsdækkende kliniske databaser og NIP-databaser samt den seneste patienttilfredshedsundersøgelse, dokumentere, at kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling er på højeste internationale niveau.

#### **4. Omfang og kvalitet i innovation (fra idé til praksis)**

Ansøgeren skal arbejde systematisk og målrettet med anvendelsesorienteret innovation, hvor viden omsættes til nye metoder, processer, produkter etc., der sikrer koblingen mellem brugerbehov/krav og tekniske løsninger i sundhedssektoren.

Dette skal dokumenteres via indsatser på f.eks. flg. områder:

- Samarbejde med erhvervslivet inden for det pågældende område
- Indtægter fra forskningskontrakter med erhvervslivet
- Udstedte patenter
- Innovationsstrategi, der bl.a. forholder sig til, hvordan forskning og ny viden omsættes til fremdrift og innovation fx i form af nye produkter, behandlingsmetoder etc.

#### **5. Omfang og kvalitet i formidling**

Ansøgeren skal dokumentere indsatsen for information og videndeling om områdets aktiviteter (f.eks. nyheder, seminarer, konferencer, patientinformation, forskning, undervisning) til omverdenen med udgangspunkt i forskellige kanaler:

- Elektronisk formidling
- Bøger, artikler etc.
- Konferencer/seminarer

#### **Vurderingsproces**

Vurdering af ansøgningerne:

1. Ansøgninger gennemgås af et bedømmelsesudvalg bestående af 1 repræsentant fra Region Hovedstadens koncerndirektion, 2 repræsentanter fra universiteterne, 2 repræsentanter fra hospitalsdirektionerne samt 3 internationale repræsentanter fra foregangsinstitutioner i Europa.
2. Bedømmelsesudvalget får i den forbindelse på baggrund af ansøgningskriterierne forelagt sekretariatets indledende vurdering.
3. Bedømmelsesudvalget kan, om nødvendigt, indhente særlig faglig ekspertise.
4. Bedømmelsesudvalget afgiver sin indstilling til koncerndirektionen.
5. Koncerndirektionen forelægger sagen for forretningsudvalget til beslutning.

Sekretariatsfunktion varetages af Koncern Regional Udvikling.

#### **Ansøgningskema**

Ansøgninger om Global Excellence i sundhed skal indsendes på et selvstændigt ansøgningskema, der udfyldes i henhold til ovenstående vejledning vedr. de faglige kriterier inden for de fem hovedområder for Global Excellence. Ansøgningskemaet skal udfyldes på engelsk. Dog skal ansøgningen indeholde et kort resume på dansk.

Ansøgningen om Global Excellence skal være underskrevet af hospitalsdirektionen/rektoratet.

Ansøgning om nye Global Excellence enheder indkaldes hvert år.

### **Evaluering**

Det forudsættes, at ansøgere der tildeles Global Excellence årligt indsender en kortfattet afrapportering til Region Hovedstaden. Evaluering af Global Excellence enheder igangsættes efter 4 år. Resultatet vil indgå i vurderingen, såfremt der søges om forlængelse. I forbindelse med evt. forlængelse gives ikke en ny bevilling.

Region Hovedstaden vil på baggrund af enhedernes resultater og afrapporteringer arbejde aktivt for at markedsføre de udpegede Global Excellence enheder.

### **Praktiske oplysninger**

Ansøgning om tildeling af Global Excellence i sundhed sker ved at udfylde et ansøgningsskema, der skal indsendes til Sekretariatet for Global Excellence, Koncern Regional Udvikling, Region Hovedstaden, Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød. Frist for ansøgning er d.d. 2010.

## **BEDØMMELSESVEJLEDNING FOR UDPEGNING AF GLOBAL EXCELLENCE I SUNDHED**

### **Indledning**

Region Hovedstaden har i 2009 etableret udviklingsprogrammet "Global Excellence - i sundhed". Målet med initiativet er at fremme kompetente faglige miljøer på internationalt niveau inden for sundhedsområdet på universiteter og hospitaler i regionen.

Globaliseringen betyder, at hovedstadsregionen vil komme i en stadig øget international konkurrence – også på sundhedsområdet. Det gælder i forhold til hospitalsbehandling, hvor EU's regelsæt åbner op for et stadig øget internationalt sundhedsmarked. Det gælder inden for universiteternes sundhedsforskning og studenterundervisning, hvor højeste ekspertise kun opnås gennem en yderligere styrkelse af det internationale samarbejde og en øget international rekruttering af eliteforskere og studenter. Og det gælder i forhold til, at resultaterne i den basale forskning og udvikling på universiteterne hurtigere nyttiggøres til gavn for patienternes behandling gennem et intensiveret samarbejde mellem elitemiljøer på tværs af universiteter, hospitaler og regionens private virksomheder.

Det er med den globale udfordring vigtigt på markant måde at fremme udviklingen af spidsfunktioner i verdensklasse. Fyrtårne, som kan vise excellence, og som kan fremme niveauet for alle andre funktioner.

Global Excellence i sundhed udpeger de enheder på vores hospitaler og universiteter, som bidrager med en indsats, der er i absolut første division på sundhedsområdet. Udpegning sker efter ansøgning og ud fra en række på forhånd fastlagte faglige kriterier for undersøgelses- og behandlingsomfang og kvalitet, patientservice samt omfang og kvalitet af undervisning, udvikling og forskning.

Global Excellence i sundhed er således et internationalt kvalitetsstempel af den pågældende enhed. Tildelingen gives for en tidsbegrænset periode for 5 år, med mulighed for forlængelse. I forbindelse med tildelingen gives en særbevilling til enheden på 1,5 mio. kr. Midlerne kan anvendes til f.eks. udviklingsomkostninger, tiltrækning af internationale forskere og behandlere, afholdelse af internationale symposier mv. Modtageren er forpligtiget til at søge disse midler i væsentligt omfang kombineret med andre finansieringskilder mhp. at fremme enhedens internationale udviklingsmiljø, og i endnu højere grad formidle enhedens resultater nationalt og internationalt.

Der er afsat en pulje på 15 mio. kr. i 2010, som kan anvendes til udpegning af 10 enheder, finansieret over Region Hovedstadens regionale udviklingsmidler. De efterfølgende år er der afsat 7,5 mio. kr. årligt der giver mulighed for udpegning af 5 enheder om året.

### **Hvem kan ansøge**

Udviklingsprogrammet er rettet mod hospitaler og universiteter som er fysisk placeret i hovedstadsregionen. Både enheder/områder der beskæftiger sig med/udfører undersøgelse og behandling, uddannelse, klinisk og translationel forskning samt grundforskning kan søge - enten som enhed/område med et flersidet arbejds- og/eller forskningsfelt eller som "smal" forskningsenhed<sup>1</sup>. Det er **ikke** et krav, at ansøger har opgaver inden for alle 5 hovedområder ligesom det heller ikke er et krav, at ansøger forsker inden for alle områder. Forskningen kan spænde fra klinisk, teknologisk og medicinsk forskning over forskning af betydning for effektivitet og kvalitet samt sundheds-IT mv. Området for de mellemlange videregående uddannelser (MVU) kan ikke selvstændigt få tildelt Globalt excellence, men en vurdering af MVU-området indgår i bedømmelsen af ansøgningen, hvor det er relevant.

<sup>1</sup> Et mangesidet forskningsfelt kunne fx være en hospitalsafdeling eller et institut.

Det forudsættes, at enheden kan afgrænses fagligt og organisatorisk. F.eks. kan tværfaglige/tværsektorielle projekter, virtuelle miljøer i krydsfeltet mellem hospitaler og universiteter samt forsker team/-grupper, afdelinger/dele af afdelinger, specialistfunktioner, institutter og centre etc. inden for et fagligt tema ansøge.

Ansøger (hovedansvarlig) skal være ansat på et hospital/psykiatrisk center og/eller et universitet med fysisk hovedplacering i Region Hovedstaden og have ledelsesmæssig kompetence til at ansøge på enhedens vegne. Ansøgningen om Global Excellence i sundhed skal være underskrevet af ansøgers hospitalsdirektion/rektorat.

### **Vurderingsproces**

Vurdering af ansøgningerne:

1. Ansøgninger gennemgås af et bedømmelsesudvalg bestående af 1 repræsentant fra Region Hovedstadens koncerndirektion, 2 repræsentanter fra universiteterne, 2 repræsentanter fra hospitalsdirektionerne samt 3 internationale repræsentanter fra foregangsinstitutioner i Europa.
2. Bedømmelsesudvalget får i den forbindelse på baggrund af ansøgningskriterierne forelagt sekretariatets indledende vurdering.
3. Bedømmelsesudvalget kan, om nødvendigt, indhente særlig faglig ekspertise.
4. Bedømmelsesudvalget afgiver sin indstilling til koncerndirektionen.
5. Koncerndirektionen forelægger sagen for forretningsudvalget til beslutning.

Sekretariatsfunktion varetages af Koncern Regional Udvikling.

### **Kriterier for tildeling af Global Excellence**

Det overordnede kriterium er, at ansøgeren skal være internationalt førende inden for et nærmere afgrænset område/tema. Det skal dokumenteres ved dels at beskrive områdets/temaets placering i en international sammenhæng dels ved at redegøre for funktion, aktiviteter og resultater, der samlet set lever op til udpegning som Global Excellence på sundhedsområdet.

Udpegning sker på grundlag af nogle på forhånd fastlagte faglige kriterier inden for fem hovedområder:

1. Omfang og kvalitet i forskning og udvikling
2. Omfang og kvalitet i undervisning
3. Omfang og kvalitet i undersøgelse og behandling af patienter
4. Omfang og kvalitet innovation
5. Omfang og kvalitet i formidling

De faglige kriterier repræsenterer de emner, som er relevante at bruge som målepunkter for opfyldelse af kravet om Global Excellence. Som nævnt, er det **ikke et krav**, at ansøger har opgaver inden for alle 5 hovedområder ligesom det heller ikke er et krav, at ansøger forsker inden for alle områder. Det er således ikke et krav, at ansøgeren skal varetage opgaver inden for alle fem hovedområder, men ansøgeren **skal** beskrive performance på alle de kriterier på de områder/temaer, som er relevante for enheden.

Det er i den forbindelse vigtigt, at der i vurdering af data og resultater tages højde for, om der er tale om en smal enhed (der skal opfylde færre kriterier) eller en enhed med et mangesidet arbejds- og forskningsfelt (der bør opfylde kriterierne inden for alle 5 hovedområder). Det bør være et krav, at den smalle enhed er i absolut verdensklasse og internationalt førende på alle relevante kriterier, mens den mangesidede enhed ikke nødvendigvis skal ligge meget højt på alle enhedens områder, men primært på enhedens kerneområde.

#### **1. Omfang og kvalitet i forskning og udvikling**

Ansøgeren skal evalueres ud fra flg. indikatorer:

- **Forskningsvolumen og -kvalitet inden for de seneste 5 år:** Enheden skal udføre forskning på højt internationalt niveau og være internationalt førende på sit felt målt bl.a. målt på antal publikationer, impact factor og citationsindeks.

- **Enhedens akademiske sammensætning:** Enhedens forskere skal gerne bestå af hele fødekæden af forskere (professorer, lektorer, post docs, ph.d. studerende).
- **Omfang af forskningsmidler fra eksterne fonde- og forskningsmidler fra nationale og internationale kilder:** Bevillinger fra eksterne fonde er konkurrenceudsatte og opnås oftest efter peer review fra internationalt sammensatte ekspertpaneler. Tilvejebringelse af mange eksterne midler er en indikator for, at en enhed udfører forskning på højt internationalt niveau.
- **Omfang af internationalt samarbejde:** Enheden skal være i tæt samarbejde med førende private og offentlige forskningscentre. Indikatorer for dette er evnen til at tilknytte relativt mange udenlandske forskere og studerende samt deltagelse i internationale forskningssamarbejder og netværk etc.

## 2. Omfang og kvalitet i undervisning inden for det seneste kalenderår

Ansøgeren skal udføre forskningsbaseret undervisning på højt internationalt niveau. Ansøgeren skal evalueres ud fra omfang og kvalitet i undervisningen inden for alle relevante faggrupper f.eks. med udgangspunkt i de studerendes evaluering af kvaliteten af undervisningen samt eksterne faglige bedømmelser i form af f.eks. Sundhedsstyrelsens inspektorordning og tilsvarende for universiteterne. Samtidig skal ansøgerens internationale niveau evalueres med udgangspunkt i antallet af udenlandske undervisere og studerende.

På det **sundhedsvidenskabelige område** skal enheder med mangesidet forsknings- og arbejdsfelt være universitetstilknyttet og varetage omfattende undervisning af alle relevante faggrupper inden for specialet, bl.a. via prægraduat uddannelse, speciallægeuddannelse, postgraduate kurser, ph.d.-vejledning og sundhedsfaglige MVU-uddannelser. For smalle enheder kan universitetstilknytningen være af særlig karakter.

For den *prægraduate uddannelse* skal der tages udgangspunkt i de medicinstuderendes evaluering af deres kliniske kurser, hvor ansøgeren skal have en værdi over 5 på den anvendte 7-trins skala.

For den *lægelige videreuddannelse* skal der tages udgangspunkt i den uddannelsessøgende læges vurdering af kvaliteten af uddannelsesstedets uddannelsesfunktion. Kvaliteten af uddannelsesstedet vurderes med tal fra 1-9 (lav: 1, høj: 9), hvor ansøger som minimum skal ligge over 7.

Den eksterne faglige vurdering sker med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Inspektorordning, hvor alle uddannelsesgivende afdelinger evalueres, og hvor ansøgeren skal ligge over landsgennemsnittet i den seneste inspektorrapport.

For MVU-området skal enheder med et mangesidet forsknings- og arbejdsfelt varetage omfattende undervisning af MVU-gruppen, mens smalle enheder ikke nødvendigvis skal varetage MVU-undervisning. Der skal, i det omfang der foreligger evalueringer, tages udgangspunkt i den seneste evaluering af den praktiske (kliniske) undervisning.

For **universiteterne** skal enheder med et mangesidet forskningsfelt dække uddannelsens fødekæde bredt og for en smal enhed vil et Ph.d.-program være tilstrækkeligt. Enheden skal ligeledes have fokus på interaktionen mellem forskningsmiljøet og behandlingssystemet ved at have eksamensprojekter forankret på hospitaler, hvor hospitalsansatte fungerer som medvejledere. Studenterevalueringer samt eksterne faglige bedømmelser skal dokumentere, at eksisterende kvalitetskrav er opfyldt.

## 3. Omfang og kvalitet i undersøgelse og behandling af patienter

Ansøgeren skal udføre diagnostik, forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering på det højeste internationale niveau, og enheden skal anvende de bedste og nyeste metoder på området, herunder gerne indgå i udvikling af nye metoder.

Afdelingen skal have en betydelig patientvolumen i form af diagnosticerede og behandlede patienter set i forhold til den samlede patientvolumen på området, og behandlingen skal varetages af flere faggrupper.

Afdelingen skal varetage specialfunktioner, hvor dette er relevant. Det er med til at sikre, at afdelingen er helt i front inden for forskning, udvikling og etablering af nye behandlingstilbud. Dette kan indgå som ét af flere elementer i den samlede vurdering.

**Kliniske retningslinjer/referenceprogrammer:** En grundlæggende forudsætning for global excellence må være, at ansøger har udarbejdet og implementeret retningslinjer for patientforløb, strukturer og processer inden for sygdomsområdet, der som minimum lever op til standarder i Den Danske Kvalitetsmodel indenfor f.eks.:

- Kliniske retningslinjer som grundlag for behandlingsbeslutninger
- Retningslinjer for udpegning af kliniske processer med særlig risiko for patienter
- Retningslinjer for rapportering af utilsigtede hændelser
- Retningslinjer for procedurer og arbejdsgange, der er forbundet med infektionsrisiko

**Kliniske databaser og NIP:** Kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling skal være på højt internationalt niveau. De landsdækkende kliniske databaser og det Nationale Indikatorprojekt (NIP) måler kvaliteten af behandlingen inden for et nærmere afgrænset sygdomsområde. Der offentliggøres resultater om behandlingskvaliteten på afdelingsniveau. Ansøgeren skal som minimum ligge over den fastsatte standard på de 2-3 vigtigste indikatorer inden for sygdomsområdet.

**Måling af patienttilfredshed:** Patienternes samlede indtryk af deres indlæggelse er en vigtig forudsætning for global excellence inden for sundhed. Ansøgere skal ligge højt i den seneste patienttilfredshedsundersøgelse jf. spørgsmål 20 i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) "Hvad er det samlede indtryk af din indlæggelse på afdelingen" og tilsvarende undersøgelse for psykiatrien. Det angives, hvis der ikke foreligger selvstændige resultater for den ansøgende enhed. I givet fald anvendes resultater for den afdeling, som enheden organisatorisk er tilknyttet.

#### **4. Omfang og kvalitet i innovation (fra idé til praksis)**

Ansøgeren skal dokumentere evne til anvendelsesorienteret innovation, hvor viden omsættes til nye metoder, processer og produkter etc. og dermed sikrer en kobling mellem brugerbehov/krav og anvendelse af tekniske løsninger i sundhedssektoren f. eks. via:

- Samarbejde med erhvervslivet inden for medico og pharma
- Udstedte patenter
- Indtægter fra forskningskontrakter med erhvervslivet
- Innovationsstrategi, der bl.a. forholder sig til, hvordan forskning og ny viden omsættes til fremdrift og innovation fx i form af nye produkter, behandlingsmetoder etc.

Ansøger bør kunne fremvise gode resultater på flere af de nævnte kriterier. Et centralt kriterium bør være, at ansøger dokumenterer kombinationsevnen mellem forskning, brugerbehov/krav og løsninger.

#### **5. Omfang og kvalitet i formidling**

Ansøgeren skal dokumentere indsatsen for information og videndeling om områdets aktiviteter (f.eks. nyheder, seminarer, konferencer, patientinfo, forskning, undervisning) til omverdenen med udgangspunkt i forskellige kanaler:

- Elektronisk formidling
- Bøger, artikler etc.
- Konferencer/seminarer

Indsatsen på området kan vurderes på en skala fra 1-5.

**Koncern Regional  
Udvikling**Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød**NOTAT****Telefon** +45 48 20 50 00  
**Direkte** 48205522  
**Fax** +45 48 20 56 61  
**Web** www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30 11 36 83

Dato: 11. december 2009

**Opslag: Global Excellence i sundhed i hovedstadsregionen**

Regionsrådet for Region Hovedstaden har i samarbejde med hovedstadsregionens universiteter besluttet at etablere udviklingsprogrammet "Global excellence - i sundhed". Det er målet at initiativet skal fremme kompetente faglige miljøer i international særklasse inden for sundhedsområdet på regionens universiteter og hospitaler.

Udviklingsprogrammet skal give mulighed for at udpege de enheder/miljøer på regionens hospitaler og universiteter, som bidrager med en indsats, der er i absolut første division på sundhedsområdet og understøtte, at det høje internationale niveau yderligere styrkes og fremmes.

***Hvem kan ansøge***

Global Excellence kan søges af hospitaler/psykiatriske centre og universiteter i hovedstadsregionen for en periode på 5 år. I forbindelse med tildelingen gives en bevilling på 1,5 mio. kr. Global Excellence tildeles områder der beskæftiger sig med/udfører undersøgelse og behandling, uddannelse, klinisk og translationel forskning samt grundforskning. Bevillingen kan bruges til udviklingsomkostninger, tiltrækning af internationale forskere og behandlere, afholdelse af internationale symposier mv.

***Ansøgningsproces***

Ansøgning om Global Excellence i sundhed sker ved at udfylde et særligt ansøgnings-skema. Frist for ansøgninger er den x maj 2010 kl. 12.

Ansøgninger indsendes elektronisk til Koncern Regional i Region Hovedstaden (e-mail).

I ansøgningsvejledningen kan du læse om krav til ansøgningen og vurderingskriterier samt hvilke informationer ansøgningen skal indeholde.

Ansøgninger vil blive behandlet af et bedømmelsesudvalg med internationale eksperter.

Mere information om ansøgning og bedømmelse kan hentes på ([link til hjemmeside](#)).

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 14

Emne: Høring af plan om nedlæggelse af sygeplejerskeuddannelsen  
i Herlev under Professionshøjskolen Metropol

2 bilag



Regionsrådet  
Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

PROFESSIONSHØJSKOLEN

**METROPOL**

Dato 25. februar 2010

Til Regionsrådet i Region Hovedstaden

Med henvisning til professionshøjskoleloven § 29 stk. 2 der forpligter en professionshøjskoles bestyrelse til at indhente en udtalelse fra Regionsrådet, hvis det ønskes at nedlægge et uddannelsessted, skal Professionshøjskolen Metropol anmode Regionsrådet om en udtalelse vedrørende Metropols forestående flytning af aktiviteterne på sygeplejerskeuddannelsen på Turkisvej i Herlev til sygeplejerskeuddannelsen i København.

Flytningen af aktiviteterne er begrundet i følgende forhold:

- Region Hovedstaden har med henvisning til udmatrikuleringen i forbindelse med aktstykke 191 den 23. december 2009 meddelt Professionshøjskolen Metropol, at regionen ønsker at gøre sin tilbagekøbsret til bygningen Turkisvej 14 (sygeplejeskolen) gældende, således at region hovedstaden senest den 1. juli 2011 overtager bygninger. Regionen tilkendegiver desuden på møde den 12. februar 2010 interesse for en hurtigere overtagelse.
- I januar 2009 blev de to sygeplejeuddannelser på hhv. Turkisvej i Herlev og Tagensvej i København organisatorisk og ledelsesmæssigt sammenlagt samt med jordemoderuddannelsen. Som konsekvens af denne fusion er det Metropols ønske at samle sygeplejerskeuddannelsen i en ny samlet lokation i sammenhæng/nærhed af Professionshøjskolen Metropols andre uddannelser. Særligt nærheden til de øvrige sundhedsuddannelser placeret på Nørrebro i København vægtes højt, da det giver mulighed for at udvikle et stærkt, tværgående og professionelt sundhedsfagligt miljø. Fagligt er de to sygeplejerskeuddannelser lagt sammen, og fra sommeren 2010 ønskes der et fælles optag med optagelsessted i København Tagensvej. Flytningen af uddannelsesaktiviteterne til København vil ikke påvirke samarbejdet og antallet af de kliniske uddannelses- og praktiksteder negativt, i stedet er der en klar forventning om, at en styrkelse af sygeplejerskeuddannelsen organisatorisk, ledelsesmæssigt og fagligt ved en fysisk samling, også vil betyde en styrkelse og udvikling af samarbejdet med praktiksteder og aftarere i regionen.

Det er Metropols vurdering, at en samlet fysisk placering for sygeplejerskeuddannelsen Metropol tæt på Metropols øvrige sundhedsfaglige uddannelser og andre uddannelsesinstitutioner er afgørende i forhold til en fortsat styrkelse og udvikling af de faglige miljøer, men også i sig selv et betydningsfuldt og attraktivt element i både markedsføringsstrategier for og i den reelle rekruttering og fastholdelse til uddannelsen, se vedlagte bilag om søgemønstret på sygeplejerskeuddannelsen i Metropol.

Købmagergade 62, 3.  
1150 København K

Telefon +45 72 48 75 00  
info@phmetropol.dk  
www.phmetropol.dk  
cvr/se-nr. 30 89 17 32

På den baggrund imødeser Professionshøjskolen Metropol Regionsrådets udtalelse.

Med venlig hilsen



Rene Van Laer  
Bestyrelsesformand



Stefan Hermann  
Rektor

Dato 26. februar 2010

PROFESSIONSHØJSKOLEN



### Bilag 1 Søgemønster på sygeplejerskeuddannelsen i Metropol

Ledelsessekretariatet

Købmagergade 62, 3.  
1150 København KTelefon +45 72 48 75 00  
info@phmetropol.dk  
www.phmetropol.dk  
cvr/se-nr. 30 89 17 32

	Herlev			København		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Antal studerende	954	961	990	1512	1502	1558
Antal ansøgere i alt	753	454	503	1079	774	1033
Antal ansøgere med 1. prioritet			165			558
Antal studiepladser		341	369		462	460
Antal optagne	264	149	228	460	432	458
Antal dimittender	205	218	244	303	355	363
søgning om overflytning	0	2	5	3	4	19

\*Nedgangen i uddannelsessøgningen i 2008 var kendetegnet på alle mellemlange uddannelser i hele landet.

Af tabellen fremgår det, at sygeplejerskeuddannelsen på Metropol er en stor uddannelse med i alt ca. 2500 studerende.

Som det også fremgår af tabellen er der stor forskel på antallet af ansøgere til de to udbudssteder. I 2009 var der dobbelt så mange ansøgere til uddannelsen i København som i Herlev, og ca. fire gange så mange studerende, der søgte København som første prioritet. Ligesom antallet af ansøgere til uddannelsen i Herlev er markant faldende de seneste år.

De senere år har det været svært at fylde alle studiepladser i Herlev, da kun få ansøgere har haft med Herlev som første prioritet, og der ikke har været tilstrækkeligt kvalificerede ansøgere blandt de resterende, samt frafald før studiestart.

Hvert år ansøger et mindre antal studerende om at blive overflyttet fra det ene udbudssted til det andet. Tabellen viser, at der i 2009 var 19 studerende fra Herlev, som søgte om overflytning til København og 5 studerende fra København, der søgte om overflytning til Herlev.

For begge uddannelser gælder, at størstedelen af ansøgerne kommer fra Region Hovedstaden.

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 15

Emne: Uniformsdesignprojektet

2 bilag

**Koncern HR**

Enhed for personalepolitik og  
HR-analyse

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

**Telefon** 4820 51 577  
**Fax** 4820 5198

## PROJEKTGRUNDLAG

## UNIFORMS-DESIGNPROJEKTET

Rev.

Dato: **4. marts 2010**

Afsender: Administrationen/Koncern HR.

Behand: Koncerndirektionen 3. marts

Høring: Forelagt RegionH MED 3. marts UD 4. marts,

Fremlæggelse: Forretningsudvalget 16. marts

### Projektets formål

Projektet er igangsat på baggrund af en politisk aftale i forbindelse med budgetaftalen for 2009. Her er det vedtaget, at der ønskes en designkonkurrence, der gennem løbende udskiftninger kan sikre nye, tidssvarende uniformer til personale med patientkontakt på regionens hospitaler.

#### *Underformål:*

- Udvikle et tidssvarende og funktionelt design for arbejdsbeklædning
- Udvikle et design, der understøtter regionens værdier og koncernmæssige identitet.
- Styrke udtrykket i forhold til den sundhedsfaglige identitet
- Sikre en bedre faggruppeidentifikation blandt ansatte og overfor patienter
- At udskiftning af arbejdsbeklædning er økonomisk neutral for hospitalerne.

### Projektets mål

Projektet har allerede i perioden december 2009 – februar 2010 gennemført et ”inspirationsprojekt”, hvor en række designere er blevet bedt om at komme med bud på fremtidens uniformering. Endvidere har projektet gennemført en designkonkurrence på Danmarks Designskole, hvor 11 studerende har afleveret designforslag og 3 af elevbesvarelserne er blevet præmieret.

Dette projektnotat beskriver det videre forløb, der skal føre frem til designet af nye uniformer til Region Hovedstadens patientvendte personale.

De indleverede designforslag indgår som inspiration for nærværende proces, ligesom resultater fra inspirationsprojektet bruges til at supplere et udbudsmateriale vedrørende vaskeriudgifter til hospitalerne i det tidligere Frederiksborg og Københavns Amt.

Det *overordnede mål* for designprojektet er at skabe et nyt fælles uniformsprogram i Region Hovedstaden.

For at nå dette mål opdeles projektet i en række faser og delmål:

**Fase 1** – Konzeptudvikling og endelige krav til designerne udarbejdes.

**Fase 2** – Udvikling af uniformsdele i samarbejde mellem vaskerier, designere og Region Hovedstaden til læger og sygeplejersker.

**Fase 2.2.** – Videreudvikling til øvrige faggrupper, producentafklaring og forberedelse af pilot.

**Fase 3** – Pilotforsøg på afdelinger på hospital (eller hospitaler)

**Fase 4** – Implementering og udrulning af nye uniformer på de enkelte hospitaler

### **Projektets effekt (succeskriterier)**

Projektet har ikke opstillet præcise kriterier for, hvordan effekten af uniformsprogrammet skal måles. Det vil være oplagt at se på effektevaluering i forhold til faktorer som økonomi, faggruppegenkendelighed, brugeroplevet tilfredshed, patientoplevet tilfredshed m.v. samt økonomi og driftsmæssig opfølgning i øvrigt.

Det præciseres dog, at uniformsprogrammet skal gennemføres således, at den nye drift gennem løbende udskiftning kan gennemføres omkostningsneutralt for virksomhederne.

Endvidere skal uniformsprogrammet kunne understøttes teknologisk af de uniformsautomater, der forventes indført på alle regionens hospitaler i forlængelse af det igangværende udbud.

Dette konkretiseres yderligere i fase 1, hvordan projektet vil afklare rammer og betingelser for den endelige udviklingsproces.

### **Projektets egne kvalitetskriterier**

#### *Proceskvalitet:*

Projektet arbejder ud fra en gennemprøvet model for innovativ produktudvikling og samarbejder med eksterne konsulenter (Kontrapunkt A/S) som har kvalificeret og velrenommeret erfaring med uniformsdesign. Projektet indarbejder bred involvering samt integrerer i alle faser virksomhedernes hensyn.

#### *Produktkvalitet:*

Projektet entrerer med erfarne designere indenfor arbejdsbeklædning og uniformering. Projektet lægger op til, at det endelige design sker i tæt samarbejde med den eller de af regionen valgte vaskeleverandører. I den forbindelse skal også vaskeriet på Bispebjerg indgå, fordi uniformerne fra de tidligere HS Hospitaler ikke er i udbud.

Projektet vil tillige involvere ledelsen af serviceafdelinger/ linnedepoter, f.eks. ved repræsentation i projektets referencegruppe.

#### *Behovskvalitet:*

Projektet involverer brugerne direkte i form af både kvalitative og kvantitative undersøgelser, og indsamler systematisk ønsker til både design og funktionalitet fra brugere og patienter.

Disse undersøgelser er allerede påbegyndt i inspirationsprojektet, men vil nå bredere ud i denne sammenhæng for at skabe tilstrækkeligt grundlag til at ramme de bedst mulige krav til kommende uniformer. Endvidere forholder projektet sig til service og distributionsmæssige vilkår samt hygiejne- og lovgivningsmæssige krav.

#### *Brugeroplevelse kvalitet:*

Ved en række visninger af udkast til kommende designs samt gennemførelse af pilotfase på en eller flere afdelinger, testes den brugeroplevede kvalitet. Feedback fra alle sådanne høringer bearbejdes og integreres i projektet.

### **Organisering**

- Projektet er organiseret med en *referencegruppe* bestående af ledelses- og medarbejderrepræsentanter. Referencegruppens opgave er at sikre kvalificeringen af designprojektet, fastlægge et grundlag for den endelige designproces samt være ambassadører for projektet. Kvalificeringen omfatter stillingtagen til en række kommunikative, involveringsmæssige, værdimæssige, produktmæssige og økonomiske overvejelser. Referencegruppens opgave er også at være ambassadører for projektet ved f.eks. at formidle projektets budskaber og støtte forankring af projektet i virksomhederne.
- *Projektgruppens* opgave er at forholde sig til projektets overordnede rammer og proces, udvikle og udarbejde projektgrundlag for endeligt uniformsdesign samt overordnet plan for proces. Projektgruppen sikrer den koncernmæssige kobling til det politiske opdrag og kvalificerer projektets formelle afrapportering.
- Projektgruppen henter bistand fra *eksterne konsulenter*, Lars Larson, Kontrapunkt (design) og Jan Kjellerup, Kjellerup's Konsult (organisering og projektledelse).
- Det politiske niveau er opgavestillere og forventes at skulle godkende projektgrundlag og proces.
- Projektet refererer - efter kvalificering i referencegruppen - direkte til *koncerndirektionen*, der står som projektejere. Projektet er administrativt forankret i Koncern HR.
- *Den udvidede direktion, vicedirektørkredsen og RegionH MED* er vigtige høringsparter i processen. Da referencegruppen i høj grad består af repræsentanter fra disse grupper, sikres involvering igennem referencegruppen, og der sikres løbende orientering i UD og RegionH MED.

Se bilag for navneliste på referencegruppe og projektgruppe.

### **Fase 1 (marts – juni 2010)**

Målet for projektets første fase er at udvikle konceptet for regionens uniformer samt stille de endelige krav til designerne i form af et nyt designbrief (kravspecifikation).

Fase 1 har følgende delmål:

- Kommunikation og information til interessenter, web, vandrestilling mv.
- Involvering af personalegrupper via medarbejderpanel samt undersøgelse af patienters forhold til uniformer.
- Koncept for nye uniformer med detaljering af økonomi, funktion, udtryk, materialer, antal beklædningsdele, antal personaleopdelinger, beklædningsregulativer og distribution
- Valg af designer som skal medvirke i de næste faser.

### **Aktiviteter i fase 1**

- Der udarbejdes en *kommunikationsplan*, der sikrer at projektet – gennem interne og eksterne medier, webbaseret involvering, vandrestilling mv. - bliver bredt formidlet til personale, direktioner og MED-udvalg på regionens virksomheder samt til offentligheden.
- Der gennemføres systematisk afdækning af alle hospitalers nuværende sortiment.
- Der etableres et medarbejderpanel. Medarbejderpanelet skal give feedback på elementer fra de designforslag, der er udarbejdet med hensyn til funktionalitet, udtryk mv.
- Der indsamles viden om patienters ønske til bl.a. udtryk og faggruppeidentifikation via eksisterende undersøgelser.
- Der gennemføres en præsentation af projektet og dets proces til hospitalsdirektionerne (evt. til V-MED) for at sikre forankring af projektet på de enkelte virksomheder.
- Der indsamles viden om økonomiske konsekvenser /begrænsninger til designet gennem dialog med serviceorganisation, hygiejneorganisation, vaskerier mv.
- Der udarbejdes et endeligt koncept for regionens uniformsdesign, der sammenfatter krav indenfor temaerne: Økonomi, funktion, udtryk, materialer, sortiment, faggruppeidentifikation, beklædningsregulativer og distribution.
- Der vælges en eller flere designere på baggrund af feedback på de designs, inspirationsfasen har præsenteret.
- Der gennemføres en ledelsesmæssig godkendelsesproces af koncept og valg af designer.

### **Økonomi**

Der er samlet afsat 1,5 mio. kr. til projektet, hvoraf 0,5 mio. er afsat i 2009 og 1,0 mio. er afsat i budgettet for 2010.



Der forventes brugt ca. 700.000 kr. i inspirationsprojektet dvs. frem til 17. marts, heraf er udgiften til designerne på 300.000.

De resterende midler skal dække udgifter til kommunikationsindsats, endelig designudvikling samt konsulentbistand i resten af 2010.

Det nuværende budget forventes ikke at kunne dække eventuelle udgifter i forbindelse med implementeringen i 2011. Der udarbejdes senere oplæg vedr. forslag til budgetmidler i 2011 for forventeligt ca. 300.000 kr.

## **Bilag: Navneliste**

### **Referencegruppe:**

Personalepolitisk chef Sven Skovmand Eriksen, Koncern HR (formand)  
Indkøbschef, Kirsten Jensen, Koncern Økonomi  
Hospitalsdirektør Eva Zeuthen Bentsen, Gentofte Hospital  
Konst. hospitalsdirektør Bente Drachmann Jørgensen, Helsingør Hospital  
Direktør Torben Mogensen, Hvidovre Hospital  
Leder for center for sundhedsinnovation Susie A. Ruff  
Kredsformand Vibeke Westh, DSR  
Faglig Sekretær Poul Møller, FOA  
Afdelingslæge Lars Hutters (YL/AC), Frederiksberg Hospital  
Serviceleder Laila Thomassen, Glostrup Hospital  
Sygeplejerske Jytte Kronborg, Herlev Hospital  
Sekretariatschef Merete Lange, Koncern Sekretariatet

### **Udviklingsgruppe :**

Personalepolitisk konsulent Frederikke Moe, Koncern HR (Projektleder)  
Hygiejne sygeplejerske Marie Stangerup, Bispebjerg Hospital  
Kommunikationskonsulent Kasturi Mia Mårtensson, Koncern HR  
Kommunikationskonsulent Charlotte Skaaning, Koncern Kommunikation  
Grafisk konsulent Flemming Krogh, Koncern Kommunikation (ressourceperson)

### **Eksterne konsulenter**

Jan Kjellerup, Kjellerup's Konsult (Organisering og projektledelse) og Lars Larson, kontrapunkt (Design)

### **Intern projektleder**

Personalepolitisk konsulent Frederikke Moe, Koncern HR

<b>FASE 1.1</b> <b>KONCEPT-UDVIKLING</b> <b>UNIFORMER TIL LÆGER OG SYGEPLEJESKER</b>	<b>FASE 2.1</b> <b>DESIGN-UDVIKLING</b> <b>UNIFORMER TIL LÆGER OG SYGEPLEJESKER</b>	<b>FASE 2.2</b> <b>DETALJERING</b> <b>UNIFORMER TIL LÆGER OG SYGEPLEJESKER + ØVRIGE PERSONALEGRUPPER</b>	<b>FASE 3.1</b> <b>TESTS</b> <b>UNIFORMER TIL LÆGER OG SYGEPLEJESKER</b>	<b>FASE 4.1</b> <b>IMPLEMENTERING</b> <b>HOSPITAL 1 - 12</b>
(16.mar-30.jun)	Aug - Okt 2010	Nov – Dec 2010	Jan-Mar 2011	Efterår 11 – sommer 14
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation og information til interessenter web, vandrestilling m.v.</li> <li>• Involvering og høringer, brugergrupper.</li> <li>• Koncept for nye uniformer: <ul style="list-style-type: none"> <li>-økonomi</li> <li>-funktion</li> <li>-udtryk</li> <li>-materialer</li> <li>-sortiment</li> <li>-faggruppeidentifikation</li> <li>-beklædningsregulativer</li> <li>-distribution</li> </ul> </li> <li>• Godkendelse af revideret koncept</li> <li>• Valg af designer og kontrakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablering af samarbejde mellem regionen, den valgte designer(e) og vaskeriernes producenter</li> <li>• Koncepttilpasning (herunder sortimentsjusteringer) med udgangspunkt i kravene.</li> <li>• Udvikling af uniformssortimentets dele – som tilpasset standardvare eller specialdesign.</li> <li>• Præliminært materiale og farvevalg</li> <li>• Opsyning af staudmodeller/ tilskæring ved producenterne</li> <li>• Dialog og godkendelse af staudmodel</li> <li>• Endelig kravspecifikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gennemgang, tilretning, yderligere detaljering og justering af uniformssortimentet.</li> <li>• Opsyning af prototyper ved producenter</li> <li>• Specifikation af materialer, farver etc. fra producenterne.</li> <li>• Konverteringsudgift baseret på de tilbudte priser pr. hospital</li> <li>• Dialog og godkendelse af prototype – hvis godkendelse ikke er mulig gennemføres endnu en opsyning af prototype – f.eks. for prisreduktion</li> <li>• Løsninger til øvrige faggrupper implementeres i designet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graduering ved producenter</li> <li>• Produktion af repræsentativt udsnit af graduerede prototyper fra endelig production plant</li> <li>• Godkendelse af graduerede prototyper</li> <li>• Fastlæggelse af testens omfang, varighed og konkrete indhold.</li> <li>• Produktion af uniformer til test</li> <li>• Gennemførelse af test, evaluering og detaljustering af uniformsdesignet.</li> <li>• Udarbejdelse og godkendelse af implementeringsplan</li> <li>• Ordre og tillægskontrakt til vaskerier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering evt. i forbindelse med introduktion af uniforms-automaterne</li> <li>• Drift</li> </ul>

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 16

Emne: Mødeplan for de midlertidige særlige udvalg 2010

1 bilag

**UDKAST**  
**INTERN MØDEPLAN 2010**

JANUAR 2010		FEBRUAR 2010		MARTS 2010		APRIL 2010		MAJ 2010		JUNI 2010	
F1	Nytår	M 1	5	M 1	KKU 9	T 1	Skærtorsdag	L 1		T 1	Intro-seminar MIK 18 - 20
L2		T 2	RR	T 2	Intro-seminar MIK 18 - 20	F 2	Langfredag	S 2		O 2	UFO
S 3		O 3		O 3	UFO	L 3		M 3	MIK 18	T 3	RUT
M 4	FU+ Nytårskur 1	T 4		T 4	RUT	S 4	Påskedag	T 4	Intro-seminar	F 4	
T 5	RR	F 5		F 5		M 5	2. Påskedag 14	O 5	UFO studiebesøg	L 5	Grundlovsdag
O 6		L 6	DR's seminar i	L 6		T 6	Intro-seminar	T 6	RUT studiebesøg	S 6	
T 7		S 7	COKregi	S 7		O 7		F 7		M 7	23
F 8		M 8	PHU 6	M 8	10	T 8		L 8		T 8	Intro-seminar
L 9		T 9	Intro-seminar	T 9	Intro-seminar	F 9		S 9		O 9	SEU
S 10		O 10	SEU RUT	O 10		L 10		M 10	19	T 10	Intro-seminar
M 11	2	T 11	MIK UFO	T 11		S 11		T 11	Intro-seminar	F 11	
T 12		F 12		F 12		M 12	15	O 12		L 12	
O 13		L 13		L 13		T 13	Intro-seminar	T 13	Kr.Himmelfartsdag	S 13	
T 14		S 14		S 14		O 14	SEU	F 14		M 14	24
F 15		M 15	7	M 15	11	T 15	RUT	L 15		T 15	FU/Intro-seminar
L 16		T 16		T 16	FU/Intro-sem.	F 16	MIK-studiebesøg	S 16		O 16	
S 17		O 17		O 17	SEU ULI	L 17		M 17	20	T 17	ULI
M 18	3	T 18		T 18	KL's	S 18		T 18	FU/Intro-seminar	F 18	
T 19	Intro-seminar	F 19		F 19	Generalforsamling	M 19	16	O 19	SEU	L 19	
O 20		L 20		L 20		T 20	FU/ Intro-seminar	T 20	PHU 15.00	S 20	
T 21		S 21		S 21		O 21	UFO KVVU	F 21		M 21	25
F 22		M 22	ULI 8	M 22	PHU 18.00 KVVU 12	T 22		L 22		T 22	RR
L 23		T 23	KVVU	T 23	RR	F 23		S 23	Pinsedag	O 23	
S 24		O 24		O 24		L 24		M 24	2. Pinsedag 21	T 24	KVVU
M 25	4	T 25		T 25	Danske Regioners	S 25		T 25	RR /Intro-seminar	F 25	
T 26	FU	F 26		F 26	Generalforsamling	M 26	PHU 17.00 17	O 26	KVVU	L 26	
O 27		L 27		L 27		T 27	RR/Intro-seminar	T 27		S 27	
T 28		S 28		S 28		O 28	ULI	F 28		M 28	26
F 29				M 29	13	T 29		L 29		T 29	
L 30				T 30		F 30	St. Bededag	S 30		O 30	
S 31				O 31				M 31	22		

FU: Forretningsudvalget kl. 8.30

RR: Regionsrådet kl. 17

KKU: Kommunekontaktudvalg

SEU: Serviceudvalget kl. 15 – 17

KVVU: Kvalitetsudvalget kl. 16.30 – 18.30

MIK: Miljø- og klimaudvalget 17 - 19

UFO: Uddannelses- og forskningsudvalget 17 - 19

PHU: Psykiatri-og handicapudvalget

ULI: Udvalget vedr. ulighed i sundhed kl. 17 - 19

RUT: Regional udviklingsplans-og trafikudvalget kl. 17 – 19

**UDKAST  
INTERN MØDEPLAN 2010**

JULI 2010		AUGUST 2010		SEPTEMBER 2010		OKTOBER 2010		NOVEMBER 2010		DECEMBER 2010	
T 1		S 1		O 1		F 1		M 1	MIK 44	O 1	SEU
F 2		M 2	31	T 2		L 2		T 2	ULI	T 2	RUT
L 3		T 3		F 3		S 3		O 3		F 3	
S 4		O 4		L 4		M 4	40	T 4	RUT	L 4	
M 5	27	T 5		S 5		T 5		F 5	FU seminar	S 5	
T 6		F 6		M 6	36	O 6		L 6		M 6	49
O 7		L 7		T 7		T 7		S 7		T 7	FU
T 8		S 8		O 8	SEU	F 8		M 8	45	O 8	
F 9		M 9	32	TT9		L 9		T 9	FU	T 9	ULI
L 10		T 10	Budgetseminar	F 10		S 10		O 10		F 10	
S 11		O 11		L 11		M 11	41	T 11		L 11	
M 12	28	T 12	FU 1. beh.	S 12		T 12	FU	F 12		S 12	
T 13		F 13		M 13	37	O 13	SEU	L 13		M 13	50
O 14		L 14		T 14	FU 2. beh.	T 14		S 14		T 14	RR
T 15		S 15		O 15	.	F 15		M 15	46	O 15	KVU
F 16		M 16	33	T 16	PHU 16.00	L 16		T 16	RR	T 16	
L 17		T 17	RR 1. beh.	F 17		S 17		O 17	KVU	F 17	
S 18		O 18		L 18		M 18	42	T 18		L 18	
M 19	29	T 19		S 19		T 19		F 19		S 19	
T 20		F 20		M 20	38	O 20		L 20		M 20	51
O 21		L 21		T 21	RR 2. beh.	T 21		S 21		T 21	
T 22		S 22		O 22	KVU	F 22		M 22	PHU 16.00 47	O 22	
F 23		M 23	MIK 34	T 23		L 23		T 23		T 23	
L 24		T 24		F 24		S 24		O 24	UFO	F 24	
S 25		O 25	UFO KVU	L 25		M 25	PHU 16.00 43	T 25		L 25	Juledag
M 26	30	T 26	PHU 15.00. RUT	S 26		T 26	RR	F 26		S 26	2. Juledag
T 27		F 27		M 27	MIK 39	O 27	UFO KVU	L 27		M 27	52
O 28		L 28		T 28	ULI	T 28		S 28		T 28	
T 29		S 29		O 29	UFO	F 29		M 29	MIK 48	O 29	
F 30		M 30	35	T 30	RUT	L 30		T 30		T 30	
L 31		T 31	ULI			S 31				F 31	

FU: Forretningsudvalget kl. 8.30  
RR: Regionsrådet kl. 17  
KKU: Kommunekontaktudvalget

SEU: Serviceudvalget kl. 15 – 17  
KVU: Kvalitetsudvalget kl. 16.30 – 18.30  
MIK: Miljø- og klimaudvalget 17 - 19  
UFO: Uddannelses- og forskningsudvalget 17 - 19

PHU: Psykiatri-og handicapudvalget  
ULI: Udvalget vedr. ulighed i sundhed kl. 17 - 19  
RUT: Regional udviklingsplans-og trafikudvalget kl. 17 – 19

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 18

Emne: Benedikte Kiærs udtræden af regionsrådet - fordeling af poster

1 bilag

MODTAGE

- 2 MRS. 2010

Region Hovedstaden



Region Hovedstaden  
Att.: Vicedirektør Helle Mathiasen  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

**Ministeren**

Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300

Fax. 3393 2518

E-mail [ism@ism.dk](mailto:ism@ism.dk)

[www.ism.dk](http://www.ism.dk)

**Til regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen**

**Meddelelse om udtrædelse af regionsrådet for Region Hovedstaden**

Dato: 26. februar 2010

På baggrund af min udnævnelse til socialminister den 23. februar 2010 anmoder jeg herved om permanent at udtræde af regionsrådet for Region Hovedstaden og blive løst fra mine opgaver forbundet hermed.

De poster jeg derforuden varetager i Region Hovedstaden fratræder jeg i konsekvens af min udtrædelse af regionsrådet.

Med venlig hilsen

Benedikte Kiær



Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 19

Emne: Udpegning af medlemmer og observatører til Vækstforum Hovedstaden

1 bilag

## NOTAT

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

CVR/SE-nr: 30 11 36 83  
Journal nr.: 10000944

Dato: 3. marts 2010

### Bilag 1: CV'er for personer indstillet til Vækstforum Hovedstaden

#### Personer indstillet af DI – Organisationen for erhvervslivet:

- Administrerende direktør Anette Saust Estø, Fleye ApS: Anette Saust Estø er uddannet optometrist og har haft egen optikerforretning. I perioden 1996 til 2001 var hun direktør i design- og produktionsvirksomheden Copenhagen Eyes. Hun er nu direktør i designvirksomheden Fleye ApS, som hun har været med til at etablere. (Medlem af Vækstforum for DI i den forgangne periode).
- Vice President Jørn Henrik Levy Rasmussen, Terma A/S: Er uddannet cand.oecon. og tidligere chefrådgiver og direktør i DI. Jørn Henrik Levy Rasmussen har ansvar for strategisk marketing i Terma. (Medlem af Vækstforum for DA i den forgangne periode).

#### Personer indstillet af Dansk Erhverv:

- Managing Director Allan L. Agerholm, Crowne Plaza, Copenhagen Towers: Allan L. Agerholm har bred erfaring fra hotelbranchen, herunder som General Manager fra Hilton Copenhagen Airport, Hilton Stockholm Infra City og Slussen og er formand for Horesta i region hovedstaden.
- Administrerende direktør Birgitte Hass, Forsikringens Datacenter: Birgitte Hass har langvarig erfaring fra it-branchen og som bestyrelsesmedlem i blandt andet IT-branchens hovedbestyrelse. (Observatør i Vækstforum for IT-branchen i den forgangne periode).

#### Personer indstillet af Håndværksrådet:

- Johnnie Hansen, Varmesmeden i Asserbo ApS: Johnnie Hansen har siden 2002 drevet virksomheden Varmesmeden i Asserbo. Han er formand for DS Håndværk

og Industri i region Hovedstaden samt hovedbestyrelsesmedlem i DS. Han har stor viden om små og mellemstore virksomheders vilkår.

- Afdelingschef Anne Holm Sjøberg: Anne Holm Sjøberg er afdelingschef i Håndværksrådets politiske afdeling.

Byggesektoren repræsenteret af Dansk Byggeri, Tekniq og Danske Arkitektvirksomheder indstiller:

- Administrerende direktør Allan Jørgensen, Kemp & Lauritzen A/S: Allan Jørgensen er koncernchef for Kemp & Lauritzen, som er en af de største tekniske entreprenør- og servicevirksomheder med 1.400 medarbejdere. Han besidder derudover en række tillidshverv, herunder medlemskabet af Tekniqs bestyrelse.
- (Byggesektoren indstiller ikke en kvinde, da man finder det vanskeligt at pege på en egnet kandidat, og henviser til, at ligestillingsloven giver mulighed for i særlige tilfælde at fravige lovens bestemmelser).

Personer indstillet af Finansrådet, Forsikring og Pension, Realkreditrådet og Realkreditforeningen:

- Privatdirektør i Danske Bank Lone Bille Schjødt: Lone Bille Schjødt har 30 års erfaring fra den finansielle sektor, hvor hun blandt andet har været salgschef og områdedirektør. (Observatør i Vækstforum for Finansrådet i den forgangne periode).
- Erhvervsdirektør i Dansk Bank, region Storkøbenhavn, Frank Vestergaard-Olsen: Frank Vestergaard-Olsen er erhvervsdirektør i Danske Bank, Region Storkøbenhavn, og har det overordnede ansvar for bankens regionale erhvervsaktiviteter.

Personer indstillet af Lægemiddelindustriforeningen (Lif):

- Administrerende direktør Henrik Asmussen, AstraZeneca Danmark: Henrik Asmussen er uddannet cand. scient. i kemi og inden for erhvervsøkonomi. AstraZeneca er den største leverandør af lægemidler på det danske marked.
- Direktør Anne-Marie Levy Rasmussen, corporate affairs i GlaxoSmithKline: Anne-Marie Levy Rasmussen er uddannet cand.scient. i fysik. Hun har mange års erfaring med forskning og innovation, herunder som forskningspolitisk chef på Det Naturvidenskabelige Fakultet på Københavns Universitet. (Medlem af Vækstforum for Lif i den forgangne periode).

Personer indstillet af LO:

- Arbejdsmarkeds- og uddannelseschef Niels-Jørgen Holm, HK Hovedstaden: Niels-Jørgen Holm er ansvarlig for arbejdsmarkeds- og uddannelsesområdet i HK Hovedstaden. Han er medlem af en række lokale beskæftigelsesråd, medlem af Det

Regionale Beskæftigelsesråd for Hovedstaden og politisk valgt til LO Nordsjællands Daglige Ledelse og hovedbestyrelse.

- Konsulent Aino Birk Vedel, LO Storkøbenhavn: Aino Birk Vedel har i en længere årrække beskæftiget sig med arbejdsmarkedspolitik og erhvervsudvikling i LO Storkøbenhavn.

Personer indstillet af DA:

- Vice President Jørn Henrik Levy Rasmussen, Terma A/S: Er uddannet cand.oecon. og tidligere chefrådgiver og direktør i DI. Jørn Henrik Levy Rasmussen har ansvar for strategisk marketing i Terma. (Medlem af Vækstforum for DA i den forgangne periode).
- Administrerende direktør Anette Saust Estø, Fleye ApS: Anette Saust Estø er uddannet optometrist og har haft egen optikerforretning. I perioden 1996 til 2001 var hun direktør i design- og produktionsvirksomheden Copenhagen Eyes. Hun er nu direktør i designvirksomheden Fleye ApS, som hun har været med til at etablere. (Medlem af Vækstforum for DI i den forgangne periode).

Personer indstillet af IT-branchen:

- Administrerende direktør Birgitte Hass, Forsikringens Datacenter: Birgitte Hass har langvarig erfaring fra it-branchen og som bestyrelsesmedlem i blandt andet IT-branchens hovedbestyrelse. (Observatør for IT-branchen i Vækstforum Hovedstaden i den forgangne periode).
- Administrerende direktør Martin Rahbek, KonicaMinolta A/S: Martin Rahbek er ingeniør og uddannet inden for Business Administration. Han har længere erfaring inden for it og elektronikbranchen.

Personer indstillet af Producentforeningen:

- Producent Nina Crone, Crone Film A/S. Nina Crone er en af dansk spillefilms mest erfarne personer, aktiv i det branchepolitiske arbejde i Producentforeningen og bekendt med foreningens branchepolitiske aktiviteter, både hvad angår film og foreningens andre områder, herunder computerspil. (Observatør for Producentforeningen i den forgangne periode).
- Direktør i Kongo Interactive Per Rosendal. Kongo Interactive udvikler og producerer danske computerspil med særligt fokus på interaktiv kommunikation til børn og unge.

Personer indstillet af Landbrug og Fødevarer:

- Administrerende direktør Torben Nielsen, Kopenhagen Fur: Torben Nielsen er tidligere direktør i Lannung Bank og Kreditforeningen Danmark samt fondsbørsvek-

selerervirksomheden Aage Philip. (Kopenhagen Fur varetager pelsdyravlernes interesser samt pelsdyrauktion)

- Chefkonsulent Pernille Schack, Kopenhagen Fur: Pernille Schack har ansvar for politisk kommunikation og er tidligere erhvervspolitisk og juridisk konsulent. (Kopenhagen Fur varetager pelsdyravlernes interesser samt pelsdyrauktion)

Personer indstillet af FTF og AC i fællesskab:

- Chefkonsulent i AC Käthe Munk Ryom: Har varetaget det internationale område i AC og har indsigt i EU-spørgsmål, herunder EU's strukturfonde. Hun har beskæftiget sig indgående med temaer som innovation, iværksætteri og erhvervspolitik.
- Arbejdspolitisk chef i DJØF Lars Munck: Lars Munck har stor indsigt i det akademiske arbejdsmarked.

Personer indstillet af Professionshøjskolerne Metropol, Professionshøjskolen UCC, Ingeniørhøjskolen i København, Handelsskolen København Nord og Erhvervsskolen Nordsjælland i fællesskab:

- Nikolaj Lubanski, direktør for Læring, Ledelse og socialt arbejde på Professionshøjskolen Metropol. Nikolaj Lubanski er Ph.d. og tidligere direktør for Danmarks Forvaltningshøjskole.
- Randi Brinckmann Weinke, direktør for Teknologi, Ernæring og Sundhed på Professionshøjskolen Metropol. Hun er uddannet radiograf og medlem af bestyrelsen for Ingeniørhøjskolen i København.

Det Regionale Beskæftigelsesråd for Hovedstaden & Sjælland (RBR) indstiller:

- at Afdelingsformand John Westhausen, 3F, fortsætter i Vækstforum Hovedstaden, indtil RBR påbegynder ny funktionsperiode pr. 1. juni 2010 og kan foretage nyudpegninger af repræsentanter til eksterne fora.

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 20

Emne: Medlemskab af Serviceudvalg

1 bilag

---

**Fra:** Jannie Hjerpe  
**Sendt:** 5. marts 2010 08:39  
**Til:** Vibeke Storm Rasmussen  
**Cc:** Helle Mathiasen  
**Emne:** Anmodning om udtrædelse af serviceudvalget

Kære Vibeke Storm

Jeg skal hermed anmode om at blive fritaget for posten i Serviceudvalget på grund af varetagelsen af de øvrige hverv, jeg er udpeget til.

Venlig hilsen

**Jannie Hjerpe**  
Regionsrådsmedlem  
Socialistisk Folkeparti  
Region Hovedstaden  
mobil 4013 1746  
e-mail jannie.hjerpe@regionh.dk

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 106

Emne: ~~Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010~~

1 bilag



---

**Fra:** Bent Larsen  
**Sendt:** 4. marts 2010 12:11  
**Til:** Helle Ulrichsen  
**Cc:** Helle Mathiasen  
**Emne:** dagsordenspunkt

Kære Helle

Jeg skal bede om følgende punkt på dagsordenen for det kommende regionsrådsmøde:

Regionsrådet bedes forholde sig til oplysningerne i vedhæftede svar om, at regionens hospitaler i 2009 i alt har fået 2.449 flere medarbejdere.

Mvh  
Bent Larsen (V)

## Koncern HR

Enhed for Personalepolitik,  
arbejdsmiljø og HR-data

Kongens Vænge 2  
DK - 3400 Hillerød

## POLITIKERSPØRGSMÅL

**Telefon** 48 20 50 00  
**Direkte** 48 20 55 94  
**Fax** 48 20 51 98

EAN-nr: 5798001685146

Dato: 3. marts 2010

Spørgsmål nr.: 018

Dato: via mail 7. februar

Stillet af: Bent Larsen (V)

Besvarelse udsendt den: 3. marts 2010

### Spørgsmål:

Ifølge Frederiksberg Hospitals hjemmeside har man ansat 369 i de sidste 12 måneder.  
Jeg vil gerne have oplyst tallene for de øvrige hospitaler.

### Svar:

Der er i perioden ansat 384 medarbejdere på Frederiksberg Hospital og fratrukket 270 medarbejdere.

Tabel 1.1

	Antal nyansættelser uden interne skift i virksomheden	Antal fratrukkede uden interne skift i virksomheden	Nettotilgang virksomhedsniveau
Frederiksberg Hospital	384	270	114

For de øvrige hospitaler i regionen ser opgørelsen således ud:

Tabel 1.2.

	Antal nyansættelser uden interne skift i virksomheden	Antal fratrukkede uden interne skift i virksomheden	Nettotilgang virksomhedsniveau
Amager Hospital	205	184	21
Bispebjerg Hospital	965	663	302
Bornholms Hospital	131	105	26
Frederiksberg Hospital	384	270	114
Frederikssund Hospital	153	98	55
Gentofte Hospital	652	498	154
Glostrup Hospital	618	514	104

	Antal nyansættelser uden interne skift i virksomheden	Antal fratrådte uden interne skift i virksomheden	Nettotilgang virksomhedsniveau
Helsingør Hospital	111	73	38
Herlev Hospital	1.255	799	456
Hillerød Hospital	897	575	322
Hvidovre Hospital	1.086	875	211
Rigshospitalet	2.077	1.431	646

Note til tabel:

Tabellen viser personaleflowet pr. 31/12 2009 for de sidste 12 måneder på Region Hovedstadens hospitaler (data stammer fra Silkeborg data). Interne skift dækker både over reelle skift i ansættelsesforhold på den enkelte virksomhed, samt organisatoriske ændringer. I opgørelsen indgår overenskomstansatte og tjenestemænd, mens timelønnede, aktiveringsordninger, elever og fondsaflønnede ikke indgår. Efter etableringen af regionens egne vikarcentre i juli 2009, indgår vikarerne i ordinært ansatte.

Data er leveret af Koncern HR (HR-statistik og analyse).

Forretningsudvalgets møde den 16. marts 2010

Sag nr. 28

Emne: Henvendelse fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C)  
om tilbud om hjælp til rygestop

1 bilag

---

**Fra:** Nina Berrig  
**Sendt:** 11. marts 2010 22:59  
**Til:** Helle Ulrichsen; Svend Hartling; Vibeke Storm Rasmussen  
**Cc:** Kirsten Andersen  
**Emne:** SV: Svar 012 på spml. om rygestop på vore hospitaler

Kære Vibeke, Helle og Svend,

På baggrund af det modtagne svar vedr. rygestoptilbud, skal jeg anmode om at få en sag på dagsordenen på næste regionsmøde, hvor der foreslås, at der på samtlige regionens hospitaler indføres en bestemmelse om, at alle patienter, som skal gennemgå en operation, bliver tilbudt hjælp til rygestop.

**Med venlig hilsen**  
**Nina B.**