



Dagsorden til møde i Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

**Mødetidspunkt 06-02-2019 17:00
Mødeafholdelse Jægersborghave, Jægersborg Alle 150, 2820 Gentofte**

Indholdsfortegnelse

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

06-02-2019 17:00

1 (Åben) Temapunkt om plejeboliger til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget	3
2 (Åben) Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 4. kvartal 2018	3
3 (Åben) Udkast til høringssvar vedr. Sundhedsaftale 2019-2023	4
4 (Åben) Hospitalsplan 2025.....	6
5 (Åben) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne	7
6 (Lukket) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne	7

1 (Åben) Temapunkt om plejeboliger til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

Sags ID: EMN-2018-05866

Resumé

Temapunktet har til formål at orientere Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget om plejeboligområdet. Notatet indeholder nøgleinformationer om plejeboliger med fast personale (plejehjem) og plejeboliger med hjemmehjælp.

Baggrund

I Gentofte Kommune er der både plejehjem og plejeboliger med hjemmehjælp – i alt 825 boliger. Boligerne tilgodeser forskellige behov hos borgerne, ligesom fysisk indretning og aktiviteter varierer afhængigt af målgruppen.

På mødet vil forstanderen på Jægersborghave fortælle om, hvordan hverdagen i en plejebolig er for beboerne, herunder hvilke aktiviteter og sociale arrangementer beboerne kan deltage i samt, hvordan personalet tager hånd om den enkelte beboers behov.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At orienteringen tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Notat - Temapunkt om plejeboliger til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget (2651104 - EMN-2018-05866)

2 (Åben) Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 4. kvartal 2018

Sags ID: EMN-2019-00328

Resumé

Det er med den nye politiske arbejdsform besluttet, at de stående udvalg hvert kvartal forelægges en rapportering som supplement til den økonomiske kvartalsrapportering.

Denne kvartalsrapport omfatter to målområder i Gentofteplanen: 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Kvartalsrapporteringen forelægges til drøftelse.

Baggrund

Kvartalsrapporten viser en række nøgletal for udviklingen inden for udvalgte ydelsesområder for de to målområder 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Endvidere gives en økonomisk status for de to målområder.

Som en del af de stående udvalgs opgave med at følge udviklingen på udvalgets ressortområde vil der fra og med denne kvartalsrapportering blive givet statusopfølgning på realisering af de politikker, strategier m.v., som Kommunalbestyrelsen har vedtaget på baggrund af anbefalinger fra opgaveudvalg. Opfølgningerne vil være en del af kvartalsrapporteringerne i de udvalg, opgaveudvalget oprindeligt var nedsat under. Efter udvalgsbehandlingen sendes opfølgningerne til borgermedlemmerne af de oprindelige opgaveudvalg. I denne kvartalsrapport følges op på følgende opgaveudvalg:

- Værdighedspolitik
- Sundheds i Gentofte – borgerrettet forebyggelse
- Sundhed i Gentofte – borgerrettet behandling
- Boligsocial indsats

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At kvartalsrapporten tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Kvartalsrapportering til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 4. kvartal 2018 (2656441 - EMN-2019-00328)
2. Værdighedspolitik (2659947 - SAM-2019-00029)
3. Borgerrettet forebyggelse (2660178 - SAM-2019-00029)
4. Borgerrettet behandling (2659081 - SAM-2019-00029)
5. Boligsocial indsats (2659074 - SAM-2019-00029)
6. SU budgetændringer 4 kv 2018 (2659354 - EMN-2019-00328)
7. Bilag - Årshjul for kvartalsrapporter til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget (2637181 - EMN-2019-00328)
8. Bilag - Lovbestemte ydelser (2637182 - EMN-2019-00328)

3 (Åben) Udkast til høringssvar vedr. Sundhedsaftale 2019-2023

Sags ID: EMN-2019-00289

Resumé

Gentofte Kommune har modtaget høringsudkast vedr. Sundhedsaftale 2019-23 mellem Region Hovedstaden, kommunerne i regionen og almen praksis til høring med frist den 28. februar 2019.

Forvaltningen har udarbejdet et udkast til høringssvar, som forelægges til godkendelse med henblik på indsendelse til Sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden.

Baggrund

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis skal inden d. 1. juli 2019 have indgået en ny sundhedsaftale for perioden 2019-2023, hvorfor Sundhedskoordinationsudvalget har sendt udkast til en ny aftale i høring.

Den kommende sundhedsaftale har fokus på de områder, hvor det vurderes, at der er et særligt stort behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Aftalen har fokus på 3 områder og i alt 5 mål.

De 3 fokusområder er:

- Sammen om ældre borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed

Fokusområderne og målene er udvalgt med afsæt i resultaterne af en bred dialog mellem politikere, patienter/borgere, praktiserende læger og fagfolk fra kommuner og regioner, som Sundhedskoordinationsudvalget har haft undervejs i processen. Gentofte Kommune har deltaget i dialogen – både på administrativt og politisk niveau.

Af Gentofte Kommunes budgetforlig 2018 fremgår det, at forligspartierne ønsker, at der skal være fokus på at sikre gode sektorovergange for borgerne, så skiftet fra region til kommune bliver trygt. Det skal blandt andet være i fokus i forbindelse med indgåelse af den nye 4-årige sundhedsaftale med Region Hovedstaden.

Det er forvaltningens vurdering, at udkastet til den nye sundhedsaftale i høj grad har det relevante fokus på forbedring af borgerens sektorovergange mellem region og kommune.

Fristen for indsendelse af høringssvar er d. 28. februar 2019. I marts 2019 tilrettes udkastet til Sundhedsaftale 2019-23 med afsæt i de indkomne høringssvar. Den 23. april 2019 forventes Sundhedskoordinationsudvalget at godkende forslag til sundhedsaftalen. Herefter sendes den endelige version af aftalen til godkendelse i Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i de 29 kommuner i regionen med henblik på godkendelse inden d. 1. juli 2019.

Udkastet forelægges Handicaprådet og Seniorrådet med henblik på rådernes bemærkninger, der vil foreligge til Kommunalbestyrelsens behandling.

Indstilling

Social & Sundhed og Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid indstiller

Til Børneudvalget, Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At udkast til høringssvar fra Gentofte Kommune godkendes.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Bilag 1 Høringsbrev (2646485 - EMN-2019-00289)
2. Bilag 2 Høringsparter (2646486 - EMN-2019-00289)
3. Bilag 3 Høringsudkast Sundhedsaftale 2019 - 2023 (2646487 - EMN-2019-00289)
4. Bilag 4 Udkast til høringssvar fra Gentofte Kommune (2647091 - EMN-2019-00289)

4 (Åben) Hospitalsplan 2025

Sags ID: EMN-2019-00555

Resumé

Region Hovedstaden har sendt Hospitalsplan 2025 i høring med frist for afgivelse af høringssvar den 11. marts 2019.

Der er udarbejdet et udkast til høringssvar, som forelægges til godkendelse.

Baggrund

Regionerne skal, i henhold til sundhedslovens §206, udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelse af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Som en del af denne sundhedsplan udarbejdes der i Region Hovedstaden en hospitalsplan, og Regionsrådet har sendt Hospitalsplan 2025 i høring med henblik på vedtagelse af planen i Regionsrådet primo 2019. Hospitalsplan 2025 er den 5. i rækken, siden den første hospitalsplan for Region Hovedstaden blev vedtaget af Regionsrådet i 2007.

Med Hospitalsplan 2025 foretages en række ændringer i organiseringen af hospitalerne. Ændringerne er foretaget med udgangspunkt i fire politisk vedtagne principper for hospitalsplanen, som i prioriteret rækkefølge er:

- Kvalitet
- Sammenhængende patientforløb
- Nærhed
- Effektivitet

Regionsrådet har besluttet, at der sammen med Hospitalsplanen udsendes en skematisk oversigt over ændringerne i Hospitalsplan 2025. Den skematiske oversigt er vedlagt sammen med høringsudkastet, høringsbrev og udkast til høringssvar fra Gentofte Kommune.

Udkastes forelægges Handicaprådet og Seniorrådet med henblik på rådernes bemærkninger, der vil forelægges til Kommunalbestyrelsens behandling.

Indstilling

Social & Sundhed, Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid indstiller

Til Børneudvalget, Social-, Ældre- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At udkast til høringssvar fra Gentofte Kommune godkendes.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Udkast til høringssvar Hospitalsplan (2662527 - EMN-2019-00555)
2. Hospitalsplan 2025 - DEC 2018 - Høring (2655327 - EMN-2019-00555)
3. Forslag til ændringer, analyser og præciseringer (2655326 - EMN-2019-00555)
4. Høringsbrev (2655328 - EMN-2019-00555)

5 (Åben) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne

Sags ID: EMN-2019-00239

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

6 (Lukket) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne

Dokument Navn:	Notat - Temapunkt om plejeboliger til Ældre-Social- og Sundhedsudvalget .docx
Dokument Titel:	Notat - Temapunkt om plejeboliger til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget
Dokument ID:	2651104
Placering:	Emnesager/Temapunkt om plejeboliger /Dokumenter
Dagsordens titel	Temapunkt om plejeboliger til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget
Dagsordenspunkt nr	1
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint®

Notat – temapunkt om plejeboliger til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

Notatet indledes med en gennemgang af Gentofte Kommunes ældreboliger og to plejeboligtyper; plejebolig med fast personale og plejeboliger med hjemmehjælp. Derefter giver notatet et overblik over antallet af pleje- og ældreboliger i Gentofte Kommune og præsenteres enkelte fakta om beboerne i pleje- og ældreboligerne.

Kommunerne skal, jf. lov om social service, tilbyde pleje- eller ældreboliger til borgere, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling - og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Plejeboligtyper

I dette afsnit beskrives ældreboliger og de to plejeboligtyper; plejebolig med fast personale og plejebolig med hjemmehjælp.

Forskellen mellem de to plejeboligtyper består primært i disponeringen af beboerens areal. Beboere i plejebolig med fast personale har ofte behov for en overskuelig bolig med tilstødende fællesarealer samt personale tæt på, hvilket skaber tryghed for den enkelte. I plejeboliger med hjemmehjælp er privat boligen større og fællesarealerne mindre. Her får beboerne som regel hjælp på faste tidspunkter af døgnet.

Plejebolig med fast personale (plejehjem)

Boligerne er handicapvenlige, og de har alle separat bad og toilet. På plejehjem er der sundhedsfagligt personale hele døgnet. I boligen er der installeret nødkald, og boligen er en del af et byggeri med flere fællesfaciliteter, som medvirker til at styrke fællesskabet og trygheden blandt beboerne. Disse faciliteter består typisk af spise- og opholdsstuer som blandt andet benyttes til aktivitetstilbud fx spil, håndarbejde, sang, filmvisning m.m.

I plejehjem er fællesarealerne større end i plejeboliger med hjemmehjælp, og de private boliger mindre. Der er behov for større fællesarealer, hvor beboerne kan opholde sig sammen med personalet. Der er personale tæt på beboerne døgnet rundt, blandt andet er personale- og medicinrum ofte placeret i nærheden af fællesarealerne. Det giver personalet mulighed for at skabe flere sociale aktiviteter og giver en tryghed for beboerne.

Borgere der flytter ind på plejehjem har typisk flere sygdomme med omfattende fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, fx som følge af demens, blodpropper og en eller flere kroniske sygdomme. De har brug for en nærhed i alle døgnets timer, som ikke er muligt, hvis man bor i eget hjem. Der skal være personale tæt på beboeren, som er tilgængelige og hurtigt kan agere og hjælpe beboeren.

Den hjælp beboeren har brug for, hvad enten der er tale om sygepleje, personlig pleje eller anden form for hjælp, tilpasses løbende af det sundhedsfaglige personale

Tabel 1 viser antallet af boliger i de enkelte plejehjem. I Gentofte Kommune kan der visiteres til 577 boliger fordelt på 10 plejehjem, hvoraf fire er selvejende.

Selvejende plejehjem er reguleret gennem driftsoverenskomster med kommunerne, og en stor del af driften er kommunalt finansieret.

Tabel 1 – oversigt over plejehjem Gentofte Kommune

Navn	Antal boliger	Bemærkninger
Adelaide	55	Selvejende
Egebjerg Særskilt visitation	70	Egebjerg er fordelt på 3 etager, hvor 1. og 2. sal kræver særskilt visitation, da disse boliger er særligt egnede til borgere en nedsat psykisk funktionsevne
Holmegårdsparken	120	Selvejende
Jægersborghave	72	Som erstatning for boligerne på Ordruplund opføres der 72 nye boliger på Jægersborghave. Det giver en netto kapacitetsforøgelse på 33 boliger med fast personale ultimo 2021.
Lindely Skt. Lukas	65	Selvejende
Ordruplund	39	I forbindelse med moderniseringen af Tranehaven, hvor naboejendommen Ordruplunds bygninger overtages, lægges der beslag på stedets nuværende 39 plejeboliger.
Nymosehave	39	
Rygårdcentret Egelunden	40	
Salem	45	Selvejende
Søndersøhave, afd. A Særskilt visitation	32	Søndersøhave har 11 boliger, hvor særligt borgere med en demenssygdom kan visiteres til
Samlet antal boliger	577	

Plejebolig med hjemmehjælp (i nogle kommuner benævnes det ”beskyttet bolig”)

Boligerne er handicapvenlige 1-2 værelses lejligheder i en bebyggelse, som har fælles opholdsstuer og fællesarealer inde og ude. Der er tilknyttet personale, som leverer den visiterede hjemmehjælp i den enkelte bebyggelse. Der er endvidere mulighed for deltagelse i klubaktiviteter og fælles spisning i cafe.

Plejeboliger med hjemmehjælp er til borgere, som har vanskeligheder ved at klare sig i en almindelig bolig grundet mere udtalte psykiske eller fysiske handicap, som kræver hjælpemidler og praktisk og personlig hjælp. Det er en forudsætning for at kunne bo i en plejebolig med hjemmehjælp, at borgeren kan fungere med hjælp på aftalte tidspunkter og benytte nødkald, hvis der opstår akut behov for hjælp.

Beboerne i plejebolig med hjemmehjælp modtager typisk praktisk hjælp og hjælp til personlig pleje fordelt på hele døgnet – det kan være hjælp til at komme ud af sengen og til personlig hygiejne. Det kan også være hjælp til indtagelse af måltider, hjælp til indkøb eller hjælp til ledsagelse ud i fællesarealer. Men også sygepleje i form af eks. medicindosering, insulinalgivning, sårskift m.m.

Tabel 2 er en oversigt over antallet af boliger i den enkelte plejebolig. I Gentofte Kommune kan der visiteres til 248 boliger fordelt på fem plejeboliger med hjemmehjælp.

Tabel 2 – oversigt over plejeboliger med hjemmehjælp i Gentofte Kommune

Navn	Antal boliger	Bemærkninger
Brogårdshøj	44	
Kløckershøve	50	
Nymosehave	54	
Rygårdscenteret Akacie- og Kastanjelunden	62	Boliger er opført efter lov om social service §192.
Søndersøhave afd. B-E ¹	38	Alle plejeboliger med hjemmehjælp på Søndersøhave omdannes til plejeboliger med fast personale, når de fraflyttes, eller hvis en borger, der bor i plejebolig med hjemmehjælp på Søndersøhave omvisiteres til plejebolig med fast personale.
Samlet antal boliger	248	

Midlertidige aflastningspladser

De midlertidige aflastningspladser tilbydes fx til borgere, der er udskrevet fra hospitalet, og som har behov rehabilitering, eller en vurdering af det fremtidige plejebæhov, eller hvis borgeren er utryk ved at komme direkte hjem efter hospitalsophold.

Pladserne bliver også anvendt til borgere, som er for syge til at opholde sig i eget hjem, og venter på en bolig i et plejehjem.

Tabel 3 er en oversigt over antallet midlertidige opholdspladser i Gentofte Kommune.

Tabel 3 – oversigt over midlertidige opholdspladser i Gentofte Kommune

Navn	Antal boliger
Lindely	7
Drossellunden	32
Samlet antal pladser	39

Ældreboliger

Boligerne er handicapvenlige 1-3 værelseslejligheder, som er indrettet med brede døre, ingen dørtrin og rummelige badeværelser, hvor der fx er plads til kørestol, rollator eller badestol. Der er desuden et mindre køkken, som kan indrettes efter beboerens behov, hvis fx beboeren er kørestolsbruger.

Ældreboligerne er til borgere, som kan klare sig med hjælp på aftalte tidspunkter. Borgerne har typisk vanskeligt ved at klare sig i almindelig bolig grundet fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. Der er ikke tilknyttet sundhedsfagligt personale til selve bebyggelsen, men

¹ Konverteringen af Søndersøhave forløber planmæssigt i årene 2017-2021, hvor alle plejeboliger med hjemmehjælp omdannes til plejeboliger med fast personale. Pr. 31. 12.2018 er 21 plejeboliger med hjemmehjælp på Søndersøhave konverteret til plejebolig med fast personale.

der visiteres til hjemmehjælp fra enten kommunal eller privat leverandør. Hvis borgeren har behov for det, kan der visiteres til nødkald.

En forskel mellem en ældrebolig og plejeboligerne er, at der ikke er tilknyttede servicefunktioner og fællesarealer. Beboere i ældreboliger kan visiteres til dagcenter, med mulighed for sociale relationer.

Tabel 4 er en oversigt over antallet af boliger i den enkelte ældrebolig. I Gentofte Kommune kan der visiteres til 489 boliger fordelt på ni ældreboliger.

Tabel 4 – oversigt over ældreboliger i Gentofte Kommune

Navn	Antal boliger	Bemærkninger
Bagatelle	26	Boliger er opført efter lov om social service §192.
Bækkebo Park	24	
Charlottenlund Park	72	
Hyldegårdssvej 18-20	16	
Kildeskovpark	128	
Ordrup Vænge 28-140	49	
Ribisvej 7	6	
Strandlund	144	Kommunen har anvisningsret over lige husnumre på Strandlund. Strandlund er opført efter regler om lov om lette kollektivboliger, og Ifølge vedtægterne udlejes disse boliger kun til borgere med bopæl i Gentofte Kommune.
Vangedevej 12	24	
Samlet antal boliger	489	

Visitation til en plejebolig

Forud for flytning til en pleje- eller ældrebolig sker der en vurdering af den enkelte borgers boligmæssige, sociale, psykiske og fysiske situation. Samtidig er der sket en vurdering af, om et genoptræningsforløb kunne forbedre borgerens funktionsniveau og dermed øge muligheden for at blive i egen bolig.

Pleje- og ældreboliger tildeles altid efter behov, og anvises til den borger på ventelisten, der har det største og mest aktuelle behov.

Optagelse på venteliste

Borgere der har behov for en plads på et plejehjem eller i en plejebolig med hjemmehjælp, og som ikke har valgt et specifikt sted optages på en garantiventeliste. Borgere som er optaget på garantiventelisten skal tilbydes en plejhjemsplads senest to måneder efter optagelse på ventelisten. To-måneders fristen regnes fra det tidspunkt, hvor der er truffet afgørelse om, at borgeren har behov for en plejhjemsplads.

Ønsker borgeren derimod et eller flere specifikke plejehjem eller plejebolig med hjemmehjælp omfattes borgeren ikke af plejeboliggarantien, og optages i stedet på en fritvalgsventeliste. Ældreboliger er jf. lov om social service ikke omfattet af plejeboliggarantien. Borgerne optages, derfor kun på en fritvalgsventeliste.

Tilbud om bolig

Borgeren modtager et skriftligt boligtilbud, som indeholder oplysninger om størrelsen af indskud, den månedlige husleje samt udgifter til forbrug, og fra hvornår boligen skal overtages. Borgeren og eventuelle pårørende har mulighed for at se boligen, inden de takker ja eller nej til boligtilbuddet.

Plejeboligen skal være indflytningsklar senest 2 uger efter borgeren accepterer sit boligtilbud. Hvis borgen afslår et boligtilbud slettes borgeren ikke på garantiventelisten, men beregningen af to måneders fristen annulleres, og den nye frist løber fra det tidspunkt, hvor afslaget er modtaget.

Stort set alle kommunens plejehjem, plejeboliger med hjemmehjælp og ældreboliger er opført efter almenboligloven. Udover husleje betaler beboerne også for forbrug, mad, tøjvask og eventuelt toilet- og rengøringsartikler. Boliger på Akacie- og Kastanjelunden og Bagatelle er opført efter lov om social service §192. Her fastsættes huslejen ud fra boligens omkostninger og beboerens indkomst.

Demografiske fakta om beboerne i plejeboliger

Tabel 5 er en oversigt over udvalgte fakta om beboerne i plejehjem, plejeboliger med hjemmehjælp og ældreboliger i Gentofte Kommune og på landsplan. I Gentofte Kommune bor man i gennemsnit ca. 2 år og 9 måneder på et plejehjem. Omkring en fjerdedel bor der mindre end 1 år. I plejeboliger med hjemmehjælp bor man i gennemsnit 4 år og 8 måneder.

Generelt er der en større andel kvinder end mænd på plejehjem. Kvinderne er ældre end mænd, når de flytter på plejehjem, og bor der også længere end mænd gør.

Tabel 5 – fakta om beboere i plejeboliger

	Gentofte Kommune			Hele landet ²
	Plejehjem	Plejebolig med hjemmehjælp	Ældrebolig ³	Plejehjem
Kønsfordelingen i boligerne				
Mænd	29 %	27 %	34 %	32 %
Kvinder	71 %	73 %	66 %	68 %
Gennemsnitsalder ved indflytning	84,7 år	82 år		83,7 år
Mænd	80,7 år	77,7 år	-	81,7 år
Kvinder	86,2 år	83,6 år	-	84,9 år
Gennemsnitlig opholdstid i boligen	2,75 år	4,69 år	-	2,67 år
Mænd	2,42 år	4,02 år	-	2,25 år

² På landsplan opdeler man ikke i plejeboliger med hjemmehjælp, plejehjem og ældreboliger, da plejebolig med hjemmehjælp og ældreboliger ikke benyttes i de fleste andre kommuner.

³ Der findes ikke data til at beregne beboernes alder ved indflytning og opholdstids i ældreboliger i Gentofte Kommune.

Kvinder	2,89 år	4,95 år	-	2,89 år
Andel borgere over 65 år, der i boligen	3,6 %	1,7 %	3,1 %	3,8 %

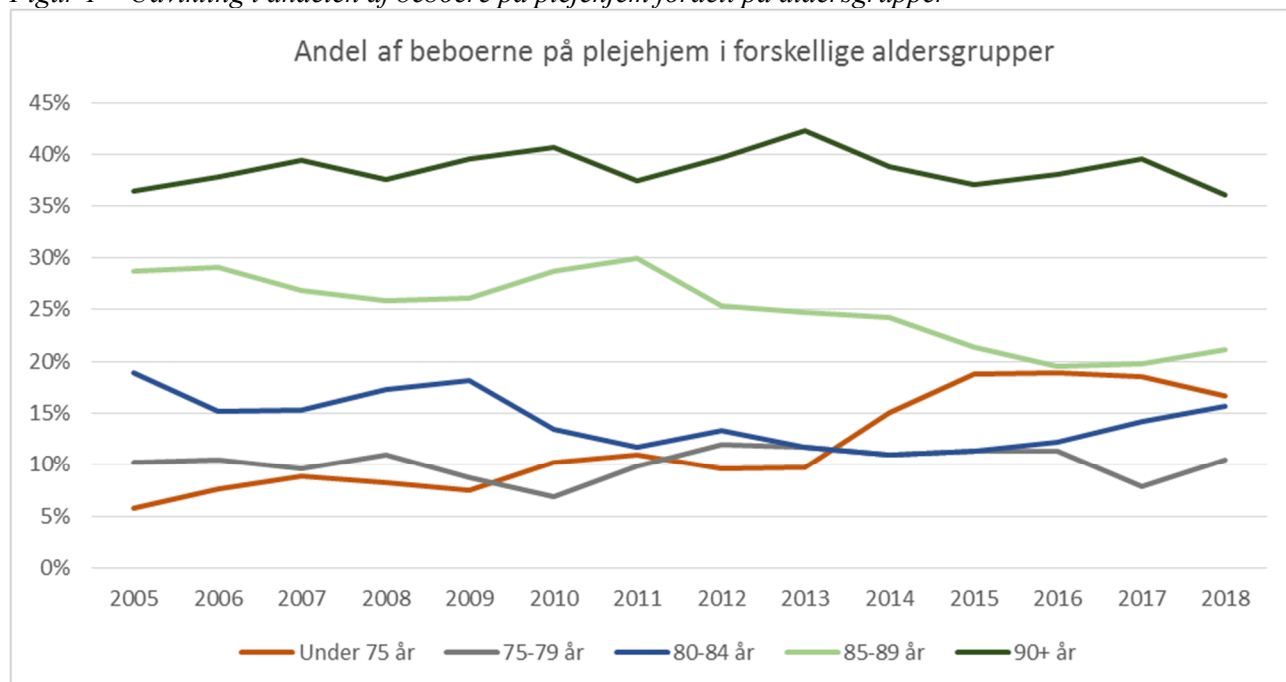
Tabel 6 viser aldersfordelingen af beboerne på plejehjem, i plejeboliger med hjemmehjælp og ældreboliger i Gentofte Kommune i 2019. Der er flest beboere i aldersgrupperne 85 – 90 år og over 90 år, som bor på plejehjem eller i plejebolig med hjemmehjælp. I ældreboligerne er omkring halvdelen af beboerne under 75 år.

Tabel 6 – andel beboere på plejehjem, i plejeboliger med hjemmehjælp og ældreboliger fordelt på aldersgrupper i Gentofte Kommune

Aldersgrupper	Andel borgere på plejehjem i aldersgruppen	Andel borgere i plejebolig med hjemmehjælp i aldersgruppen	Andel borgere i ældrebolig i aldersgruppen
Under 75 år	17 %	18 %	48 %
75 - 79 år	10 %	17 %	14 %
80 - 84 år	16 %	14 %	16 %
85 – 90 år	21 %	22 %	12 %
90+	36 %	30 %	10 %

Figur 1 viser udviklingen i andelen af beboere fordelt på aldersgrupper fra 2005 og til 2018, der bor på plejehjem. Her ses det, at den største udvikling sker for beboere under 75 år, som går fra 5,5 % i 2005 til 18 % i 2018.

Figur 1 – Udvikling i andelen af beboere på plejehjem fordelt på aldersgrupper



Dokument Navn:	Kvartalsrapportering til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 4. kvartal 2018.pdf
Dokument Titel:	Kvartalsrapportering til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 4. kvartal 2018
Dokument ID:	2656441
Placering:	Emnesager/Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 4. kvartal 2018 /Dokumenter
Dagsordens titel	Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 4. kvartal 2018
Dagsordenspunkt nr	2
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	8

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint

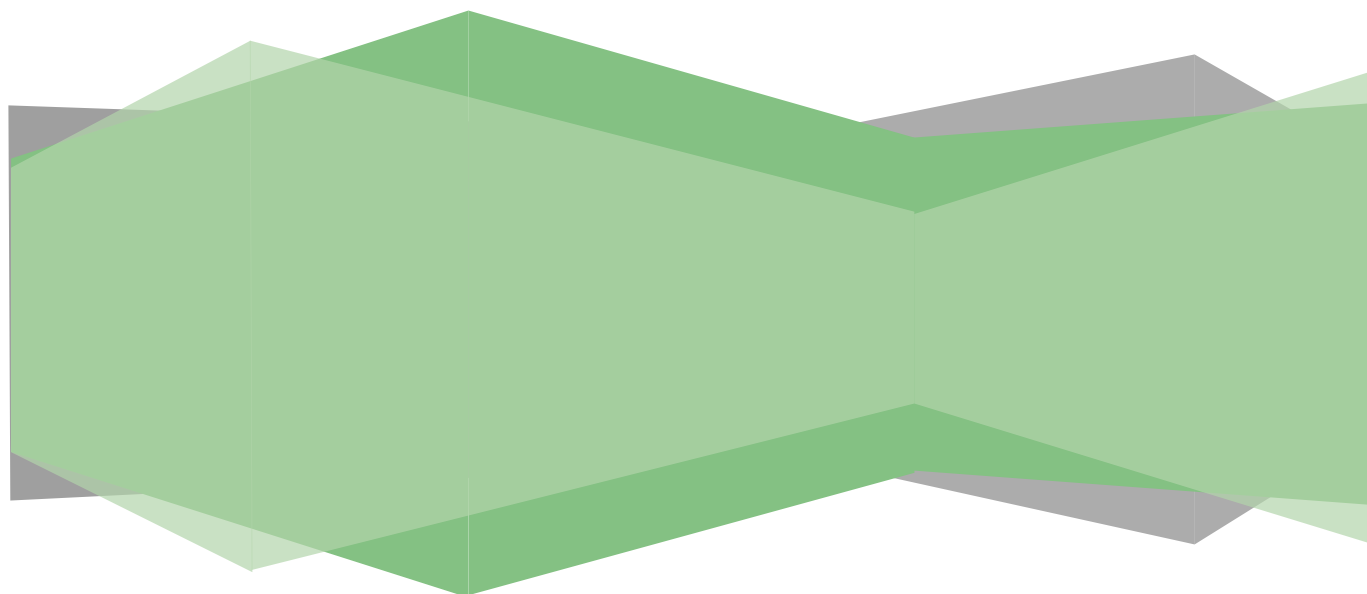
Gentofte Kommune



Kvartalsrapportering

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

Februar 2019





INDHOLDSFORTEGNELSE

UDVALGSSTATUS.....	2
BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE.....	3
DAGTILBUD	4
BOTILBUD TIL MENNESKER MED NEDSAT FYSISK ELLER PSYKISK FUNKTIONSEVNE	7
MODTAGELSE AF FLYGTNINGE	12
ØKONOMISK STATUS – BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE	13
FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE	14
PRAKTISK OG PERSONLIG HJÆLP	14
HJEMMESYGEPLEJE	17
SYGEPLEJEKLINIK.....	19
PLEJE- OG ÆLDREBOLIGER.....	20
GENOPTRÆNINGSPLEANER	23
ØKONOMISK STATUS – FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE.....	24
ANLÆGSSTATUS	25



UDVALGSSTATUS

Aktiviteter og udgifterne under Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget vedrører målområderne i Gentofteplanen 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Målområdet 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' omfatter opgaver og udgifter vedrørende borgere med kognitive udfordringer, hjerneskade, fysisk handicap, psykisk sygdom, borgere inden for autismeområdet, udsatte, hjemløse, borgere med misbrug samt flygtninge og indvandrere. Dertil kommer udgifter til boligydelse.

Et centralt fokus for målområdet 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' er fortsat rehabilitering og habilitering, hvor målet er at understøtte borgernes mulighed for at have et så selvstændigt og uafhængigt liv som muligt. For at understøtte den rehabiliterende tilgang fortsætter Social & Handicap sit arbejde med at implementere og realisere netværksstrategien, bl.a. qua satspuljeprojektet *Trivselskort i gruppelæringsforløb*, som har fokus på borgerens trivsel gennem netværk. På psykiatriområdet er der fokus på borgerinddragelse og peer-metoden i den daglige indsats og i 4K-samarbejdet i forbindelse med Recovery-skolen. På handicapområdet er der fokus på kommunikation med borgerne, og målet er, at der sker samskabelse med borgerne. Arbejdet med at modernisere Bank Mikkelsens Vej – via projektet *Det gode liv i nye rammer* – er trådt ind i sin afsluttende fase. De første 48 beboere er flyttet ind i Boligerne ved Grønningen og boligerne ved Gammelmosen den 1. februar 2019 og administrationshuset tages i brug i slutningen af februar 2019.

Målområdet 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' omfatter aktivitet og udgifter vedrørende borgere med behov for hjælp i form af hjemmepleje, hjemmesygepleje, hjælpemidler, plejeboliger, dagcentre, genoptræning og rehabilitering. Dertil kommer udgifter til kommunal medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter.

Fokusområderne for målområde 'Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje' er fortsat forebyggelse af sygdom og rehabilitering. Yderligere arbejdes der på at give en hurtig og målrettet indsats når sygdom er opstået, samt i videst muligt omfang at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. I Gentofte Kommune er der etableret et tværgående træningsteam, en akut sygeplejefunktion, en sygeplejeklinik, der samlet skal understøtte målet omkring rehabilitering og forebyggelse.

Målområdet fokuserer bl.a. på at implementere Fælles Sprog III (FS III), som er en ny fælles kommunal arbejdsmetode til både at visitere og dokumentere. FS III vil medvirke til at understøtte samarbejdet på tværs af myndighed, hjemmepleje, sygepleje, plejeboliger og Tranehaven, når den samme metode anvendes. Sammen med FS III implementeres et nyt elektronisk omsorgsjournal system, Nexus. Implementeringen af Nexus og FS III vil bl.a. lette arbejdsgangen for personalet, da data kun skal dokumenteres et sted, og borgerne vil få en aktiv funktion i vurderingen af egne evner og behov og de mål, der skal sættes op.



BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE

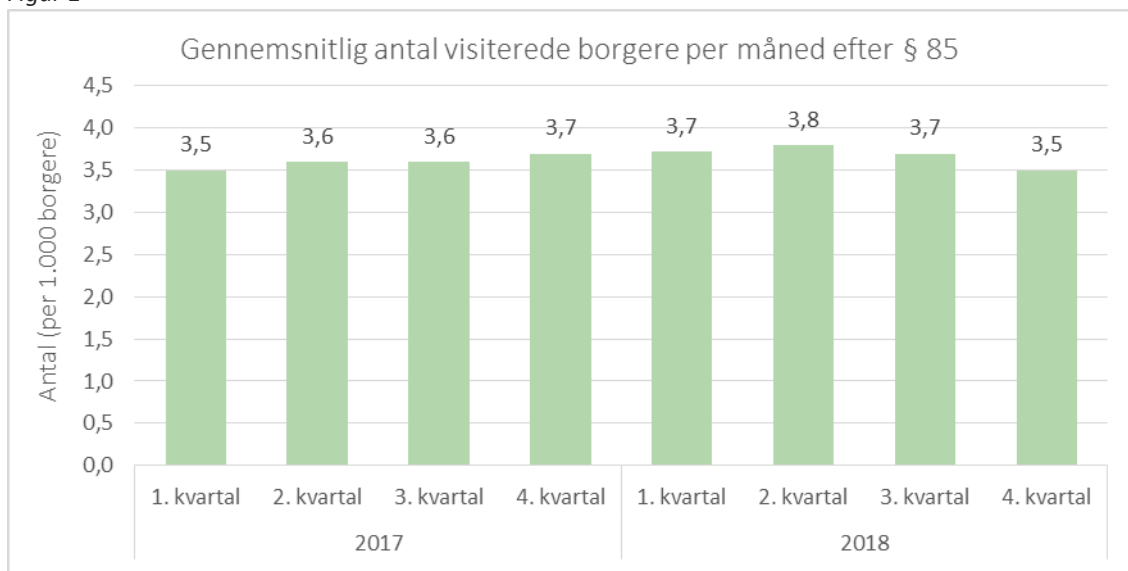
Nedenfor vises et udvalg af Social & Handicaps kerneydelser.

Støtte til selvstændigt boende borgere

Støtte til selvstændigt boende borgere består af hjælp, omsorg og støtte efter Servicelovens § 85. Det vil sige træning og hjælp til udvikling af færdigheder til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige problemer.

Figur 1 illustrerer fordelingen af det gennemsnitlige antal visiterede borgere til hjemmevejledning og bostøtte (SEL § 85) per 1.000 borgere i kommunen over de seneste 8 kvartaler. Figuren viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere over de seneste kvartaler er faldende. Dette kan være et udtryk for, at de seneste par års fokus på § 85, har båret frugt. Der har bl.a. været fokus på i højere grad at benytte uvisiterede tilbud og tilbud i civilsamfundet - alt efter borgerens behov.

Figur 1



Gentofte Kommune har to hjemmevejledning- og bostøttetilbud: Center for Netværk og Socialpsykiatrisk Center. Den typiske borger hos Center for Netværk fik i 2017 gennemsnitligt visiteret 5-10 timer om måneden. En typisk borger på Socialpsykiatrisk Center fik i 2017 gennemsnitligt visiteret ydelser til 4-5 timer om måneden, samt fri adgang til at komme i centerets café, Café Stolpen. Desuden udfører centerets støtte-kontaktpersoner lovpligtigt opsøgende arbejde i forhold til borgere med psykiske lidelser, misbrug eller særlige sociale problemer. Kun i sager, hvor der er behov for en særligt specialiseret ydelse, købes ydelsen hos en ekstern leverandør.



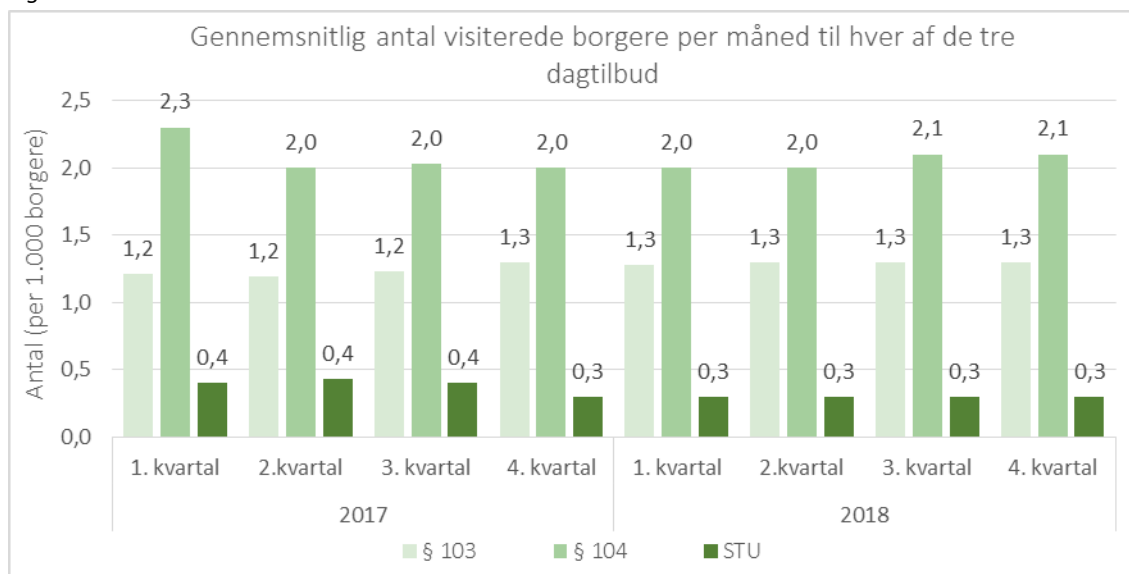
Dagtilbud

Dagtilbud omfatter aktivitets- og beskæftigelsestilbud. Området består af:

- Beskyttet beskæftigelse til personer under 65 år, som grundet betydelig nedsat fysisk- eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på almindelige vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning (SEL § 103).
- Aktivitets- og samværstilbud til at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkår til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer (SEL §104).
- Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) til unge mellem 16-25 år, der har brug for særlig støtte til at gennemføre en ungdomsuddannelse pga. fx autisme, ADHD, indlæringsvanskeligheder, en sindslidelse eller andet. STU er målrettet borgere, der selv med ekstra socialpædagogisk støtte ikke er i stand til at tage en ungdomsuddannelse på almindelige vilkår. Borgerne har et retskrav på STU, hvis de vurderes at være i målgruppen. STU er ikke kompetencegivende.

Figur 2 illustrerer udviklingen for det gennemsnitlige antal visiterede per 1.000 borgere i kommunen over de seneste otte kvartaler til hver af de tre tilbudstyper. Figuren viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere er stabilt.

Figur 2

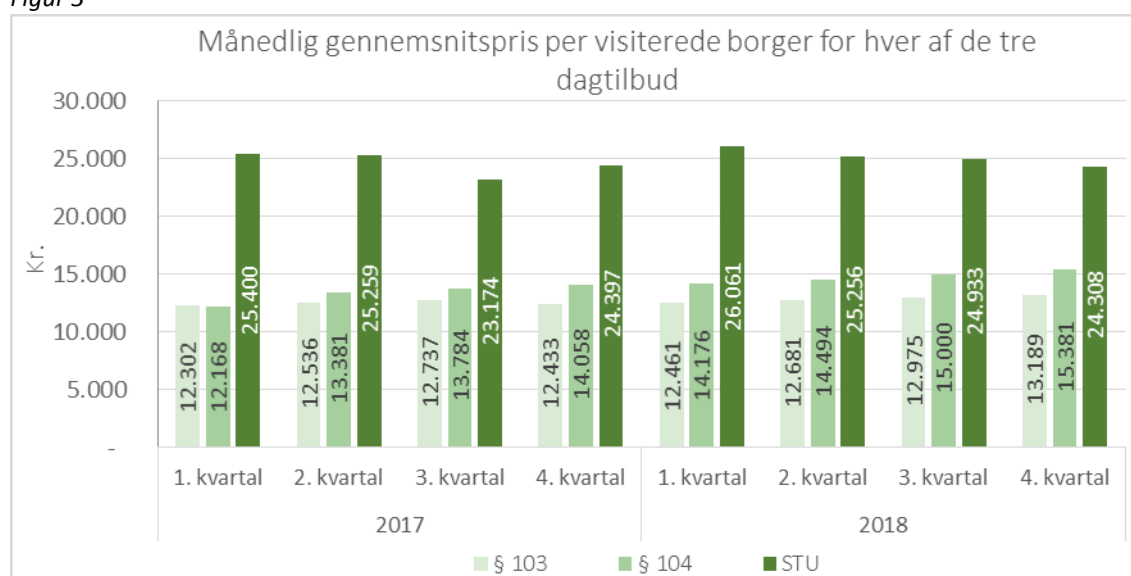




Figur 3 illustrerer udviklingen i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Med andre ord, det gennemsnitlige prisniveau, som er gældende i det aktuelle kvartal. Figuren viser, at gennemsnitsprisen for SEL § 103, 104 og STU ligger stabilt henover de sidste fire kvartaler.

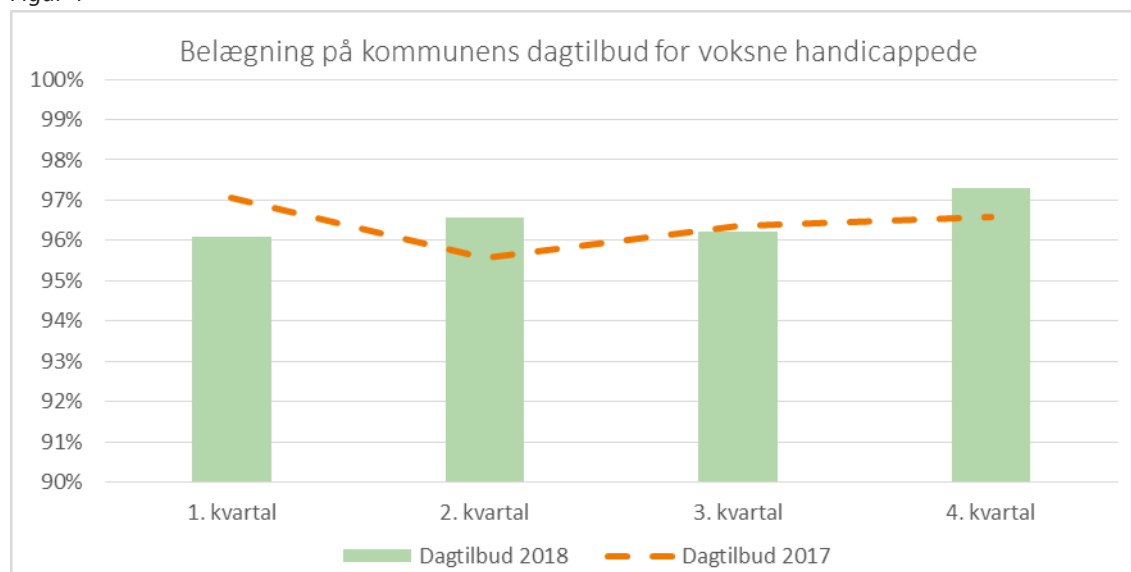
Gentofte Kommune har særligt i 2017 bevilliget aktivitetstilbud efter §104 til enkelte borgere, som har et meget omfattende støttebehov, der medfører en meget høj dagstakst.

Figur 3





Figur 4



Anm.: Omfatter antal fuldtidsbrugere (antal brugere der benytter et dagtilbud 5 dage om ugen hele året) i visiterede kommunale dagtilbud (undtaget dog tilbud under JAC NextJob) samt selvejende dagtilbud med driftsoverens-komst med Gentofte Kommune. Dagtilbud omfatter tilbud efter servicelovens §§103-104.

Kilde: Opkrævninger i opkrævningssystemet EKJ suppleret med oplysninger om forventede til- og afgang fra tilbuddene.

Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til 3,0 fuldtidspladser.

Belægningen på området for dagtilbud er skønnet til 96,8% i hele 2018, hvilket er en anelse højere end den gennemsnitlige belægning i 2017.

Afvigelsen fra fuld belægning skyldes først og fremmest, at Job- Aktivitets- og Kompetencecentret (JAC) har haft 5 færre brugere end forudsat i budgettet. Men de brugere JAC har, er til en højere takst end forudsat og der forventes derfor en væsentlig større takstomsætning end budgetteret. Den lavere belægning er med andre ord uproblematisk.

Det selvejende aktivitetstilbud Birkegården har i en længere periode haft tomgang på mere end 20%. Gentofte Kommune og Birkegårdens ledelse har været i løbende dialog om problemet. Derfor har Birkegårdens bestyrelse besluttet, at budgettet fra 2019 reduceres, svarende til den aktuelle belægning. På den måde kan taksterne holdes i nogenlunde ro, samtidigt med at kommunen ikke taber takstindtægter på grund af tomgang.



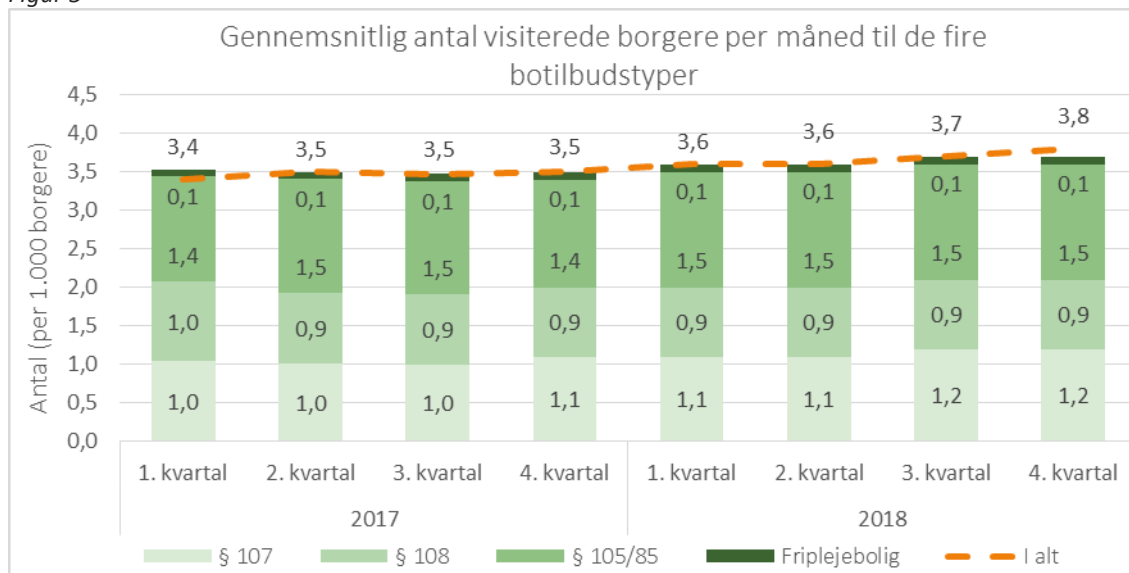
Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne

Gentofte Kommune benytter en række forskellige botilbud og bofællesskaber til personer med en nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har brug for et botilbud i kortere eller længere tid. Pladserne købes både i og uden for Gentofte Kommune. Området består af:

- Botilbud med midlertidigt ophold (SEL § 107).
- Længerevarende ophold (SEL § 108).
- Botilbud med egen lejekontrakt, men hvortil der er knyttet pædagogisk støtte (ABL § 105/SEL § 85). Disse er sammenlignelige med SEL § 108 tilbud.
- Botilbud efter Lov om friplejeboliger er ligeledes sammenlignelige med SEL § 108 tilbud.

Figur 5 viser udviklingen over de seneste 8 kvartaler for det gennemsnitlige antal visiterede borgere til botilbud per 1.000 borgere i kommunen for hvert af de fire tilbudstyper. Figuren viser, at udviklingen i det gennemsnitlige antal visiterede per 1.000 borgere i kommunen har været stigende gennem de sidste 8 kvartaler. Denne udvikling forventes at fortsætte blandt andet pga. målgruppens stigende levealder, så tilgang ikke modsvares af afgang.

Figur 5





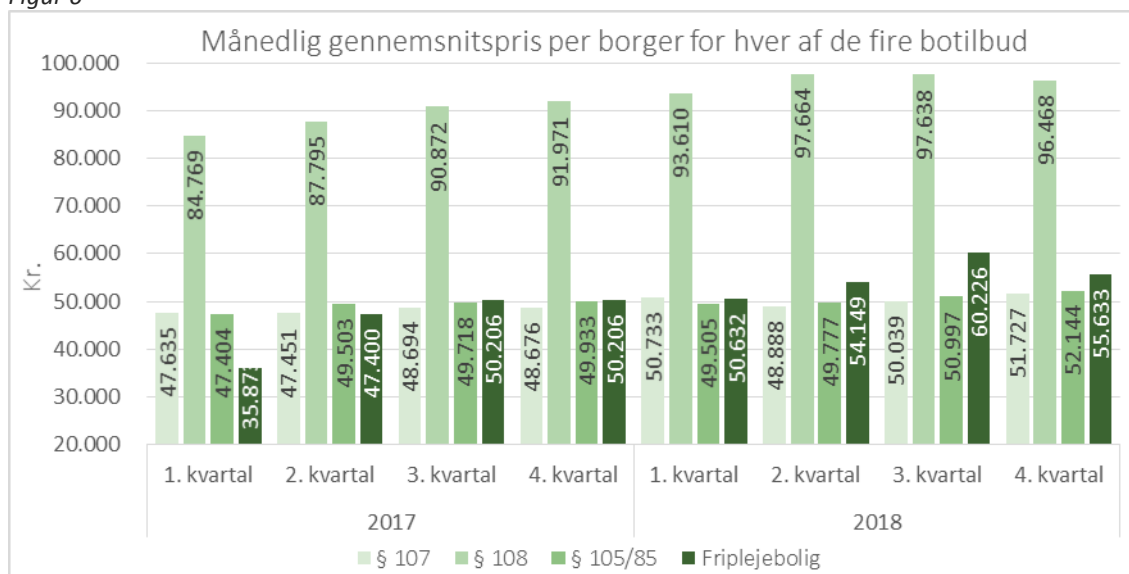
Figur 6 viser udviklingen over de seneste 8 kvartaler i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Med andre ord, det prisniveau som er gældende i det aktuelle kvartal. Den gennemsnitlige månedlige udgift per SEL § 107-forløb ligger generelt stabilt, men midlertidige særforanstaltninger på enkelte borgere giver kvartalsvis udsving.

Der ses et fald i de gennemsnitlige udgifter for borgere bevilget botilbud efter friplejeboligloven. Faldet skyldes en enkeltsag, der har fået en væsentlig takstændring.

Der forekommer en stigning for ABL § 105/SEL § 85 i de gennemsnitlige udgifter fra 3. kvartal 2018 til 4. kvartal 2018. Dette skyldes, at enkelte borgere på lave takster er stoppet i tilbuddet, og der er kommet flere borgere med højere dagstakster.

For SEL § 108 viser figuren et fald i de gennemsnitlige udgifter fra 3. kvartal 2018 til 4. kvartal 2018. Faldet skyldes, at en borger på en høj takst er skiftet til et andet botilbud.

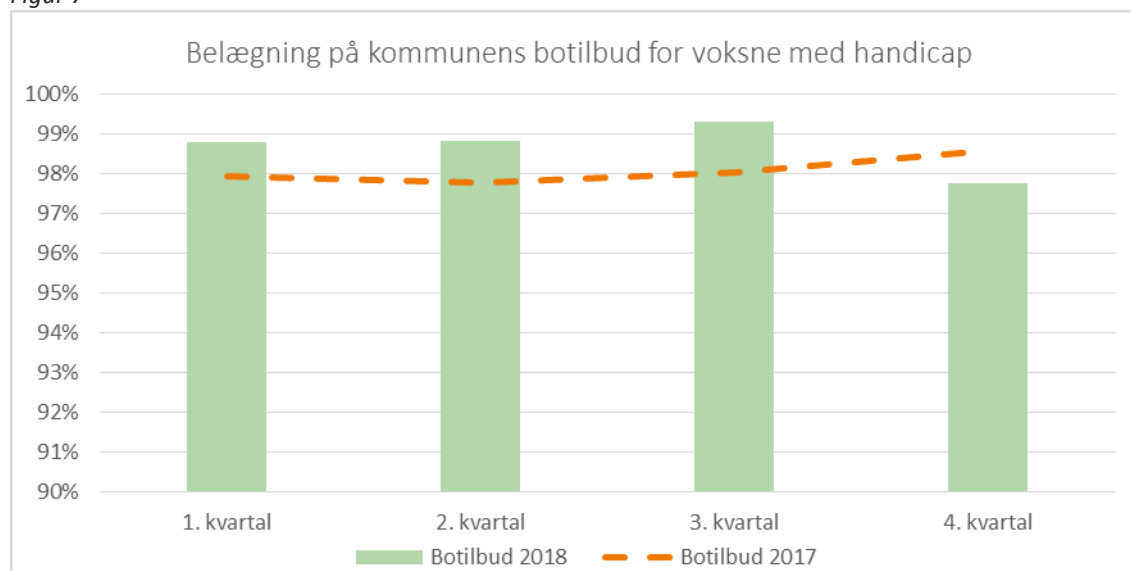
Figur 6



I forhold til SEL §109 (krisecenter) og §110 (forsorgshjem) opgøres disse to botilbud kun en gang årligt. Andelen af borgere, som benytter disse to tilbud, samt faktureringen herfor, er vekslende i løbet af året. Det siger dermed ikke noget, om hvor mange, der er i behandling i de bogførte kvartaler. Derfor leveres der kun et årligt tal til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget i forbindelse med kvartalsrapporten for 1. kvartal i et givent år.



Figur 7



Anm.: Omfatter antal fuldtidsbrugere (antal brugere der benytter botilbuddet hele året) i kommunale botilbud samt selvejende botilbud med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune. Botilbud omfatter i denne forbindelse tilbud efter servicelovens §§85,107-108 samt 110.

Kilde: Opkrævninger i opkrævningssystemet EKJ suppleret med oplysninger om forventede til- og afgang fra tilbuddene.

Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til 2,6 fuldtidspladser.

Belægningen på området for botilbud har været på 98,7% i 2018 og ligger 0,6 %point højere end den gennemsnitlige belægning i 2017.

Det høje belægningstal afspejler en generelt god udnyttelse af kapaciteten i kommunens voksenhandicaptilbud.

En målrettet indsats har nu medført, at belægningsmæssige udfordringer på de selvejende Rose Marie hjemmet og Gule og Hvide Hus er løst med forventet fuld belægning på begge tilbud.

Belægningsstigningen fra 2017 til 2018 skyldes også, at belægningen i 2017 var på et noget lavere niveau, på grund af mange dødsfald på de længerevarende botilbud på Bank-Mikkelsens Vej.

Blindenetværket har fra december 2018 to ledige pladser og har generelt problemer med at besætte ledige pladser, fordi Blindenetværket for tiden er genhuset i Nivå.



Misbrugsbehandling

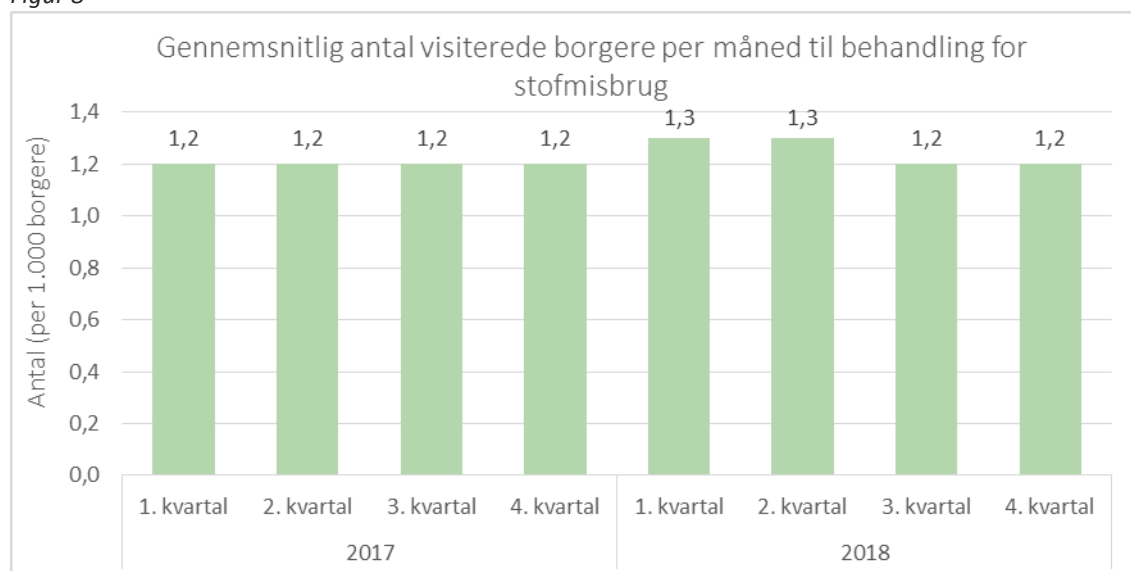
Området omfatter den hjælp Gentofte Kommune yder til borgere, der henvender sig med et problematisk forbrug af alkohol eller stoffer.

Regningerne for alkoholbehandling fra leverandørerne modtages ikke månedligt, men på et vilkårligt tidspunkt i løbet af året, og angiver dermed ikke, hvor mange borgere, der er i behandling i de bogførte kvartaler. Derfor leveres der kun årlige tal vedrørende antal visiterede borgere og gennemsnitsudgifter til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget i forbindelse med kvartalsrapporten for 1. kvartal i et givent år.

Der leveres også kun årlige tal for den intensive behandling på det samlede misbrugsområde, som vil være meget svingende både over kvartalerne og over år i forhold til pris og behandlingsslængde. Selvom andelen, der visiteres til et intensivt døgnforløb er lille, kan det betyde en stigning i udgifterne, hvis denne andel stiger hen over årene.

Figur 8 viser det gennemsnitlige antal visiterede borgere per 1.000 borgere i kommunen, der er i behandling for stofmisbrug. Det gennemsnitlige antal af borgere i behandling for et stofmisbrug er stabilt gennem de sidste 8 kvartaler.

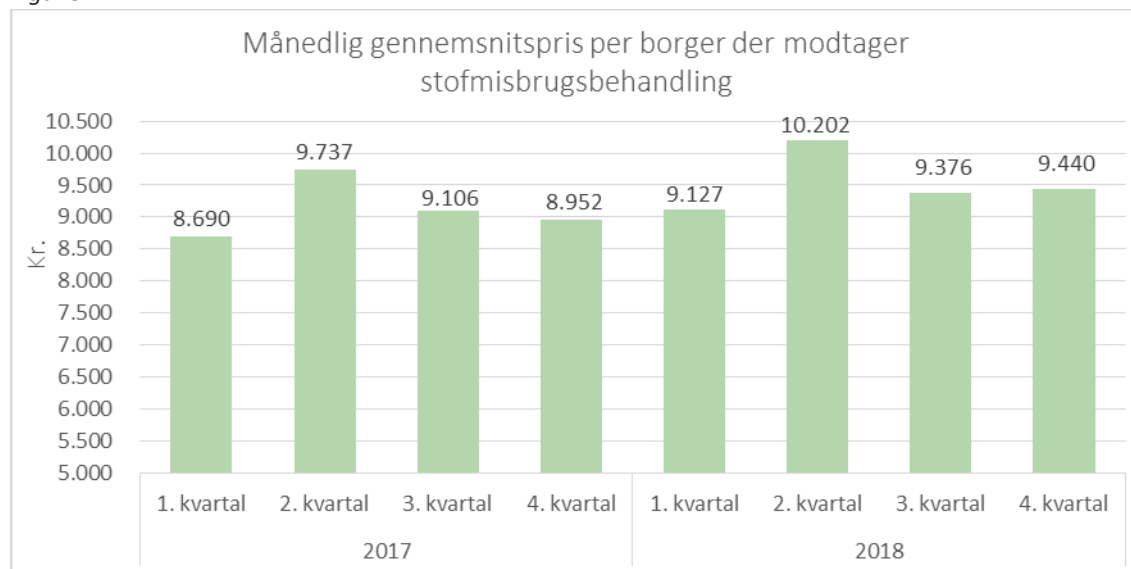
Figur 8





Figur 9 viser udviklingen over de seneste 8 kvartaler i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Med andre ord, det prisniveau som er gældende i det aktuelle kvartal. Figur 9 viser, at de gennemsnitlige udgifter på stofmisbrugsbehandling fra 3. kvartal 2018 til 4. kvartal 2018 ligger stabilt.

Figur 9

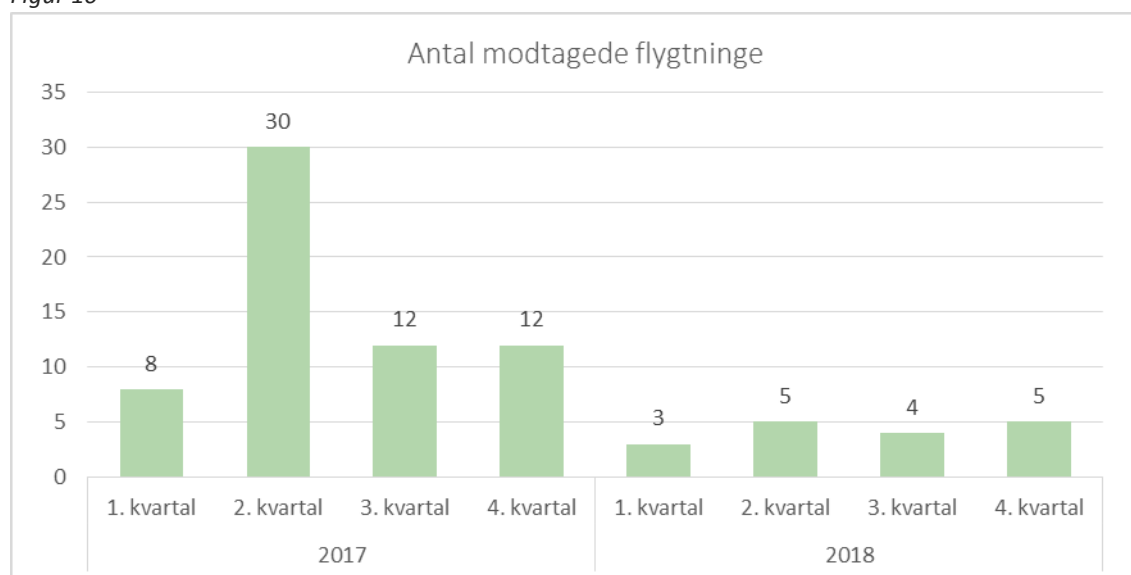




Modtagelse af flygtninge

Gentofte Kommune skal i kvoteåret¹ 2018 modtage og boligplacere 24 flygtninge. Kvoten er reduceret fra 71 flygtninge, som oprindeligt var udmeldt af Udlændingestyrelsen. Kommunerne modtager to gange årligt en regulering af flygtningekvoten, hvorfor det kan forekomme, at kvoten ændres yderligere i løbet af året.

Figur 10



¹ Kvoteåret løber fra 1. marts til 28. februar og de 4 kvartaler i kalenderåret svarer dermed ikke til kvoteåret.



ØKONOMISK STATUS – BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE

Det korrigerede budget til området 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' udgør i alt 356,4 mio. kr. Ultimo december forventes et regnskab på 353,3 mio. kr. og dermed et mindreforbrug på 3,1 mio. kr. som fordeler sig på serviceudgifterne og overførselsudgifterne.

For serviceudgifterne forventes et samlet mindreforbrug på 1,1 mio. kr. som er sammensat af flere modsatrettede bevægelser. På myndighedsområdet forventes merudgifter på 2 mio. kr. som følge af en større stigning i antallet af borgere på botilbud end indarbejdet i det korrigerede budget i 1. kvartal 2018. På driftsområdet forventes et mindreforbrug på 2,6 mio. kr. primært på fællesudgifterne. Dertil kommer et mindreforbrug på 0,5 mio. kr. på handicappuljen som følge af tidsforskydninger i gennemførelse af projekter.

For overførselsudgifterne forventes et mindreforbrug på 2 mio. kr. til enkeltydelser og medfinansiering af boligydelse til pensionister.

	<i>Oprindeligt budget</i>	<i>Korrigeret budget</i>	<i>Forbrug pr. 06.01.2019</i>	<i>Forventet regnskab</i>
Serviceudgifter	305,5	334,0	312,7	332,9
Overførselsudgifter	27,9	22,4	19,9	20,4
Samlede driftsudgifter	333,4	356,4	332,6	353,3
Afvigelse i forhold til korrigeret budget i millioner				-3,1
Afvigelse i procent i forhold til korrigeret budget				-0,9%

FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE

Nedenfor fremgår aktivitetstal for udvalgte ydelsesområder i Pleje & Sundhed.

Praktisk og personlig hjælp

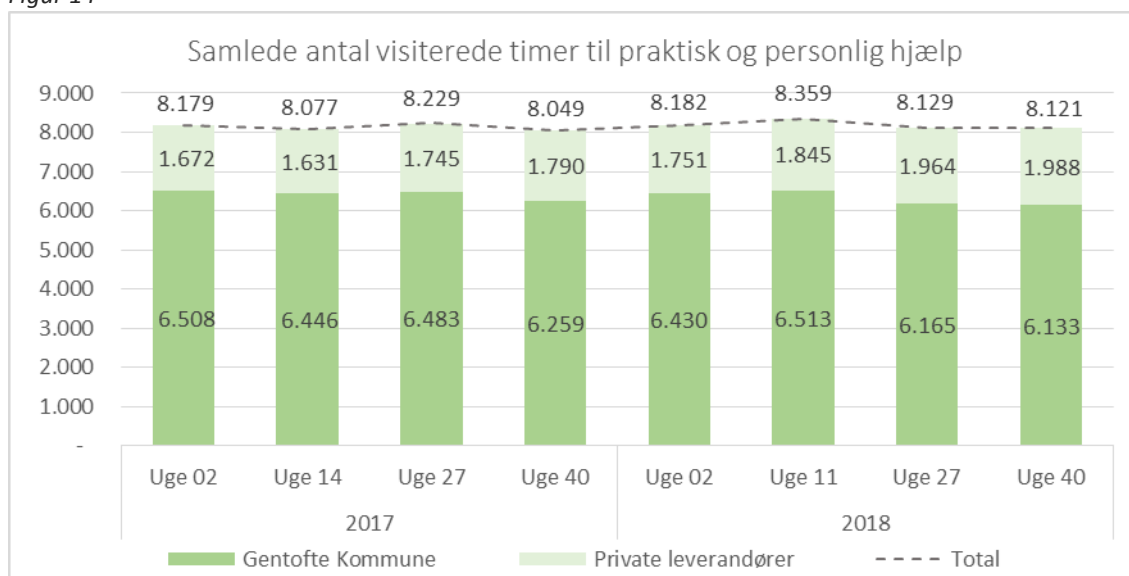
Aktivitetstallene i figur 14, 15 og 16 omfatter praktisk og personlig hjælp til borgere, der bor i eget hjem. Aktivitetstallene er vist for en udvalgt uge i hvert kvartal.

Figur 14 viser det samlede antal visiterede timer til praktisk og personlig hjælp fordelt på den kommunale leverandør (Gentofte Hjemmepleje) og de private leverandører.

Som det fremgår af figur 14 er der fra uge 2 2017 til uge 40 2018 udsving i det samlede antal visiterede timer til praktisk og personlig hjælp. Samlet set er antallet af visiterede timer stabilt henover den viste periode.

Fordelingen af visiterede timer mellem den kommunale leverandør og de private leverandører er stabilt – ca. 75 % af de visiterede timer bliver leveret af den kommunale leverandør og ca. 25 % af timerne af de private leverandører.

Figur 14

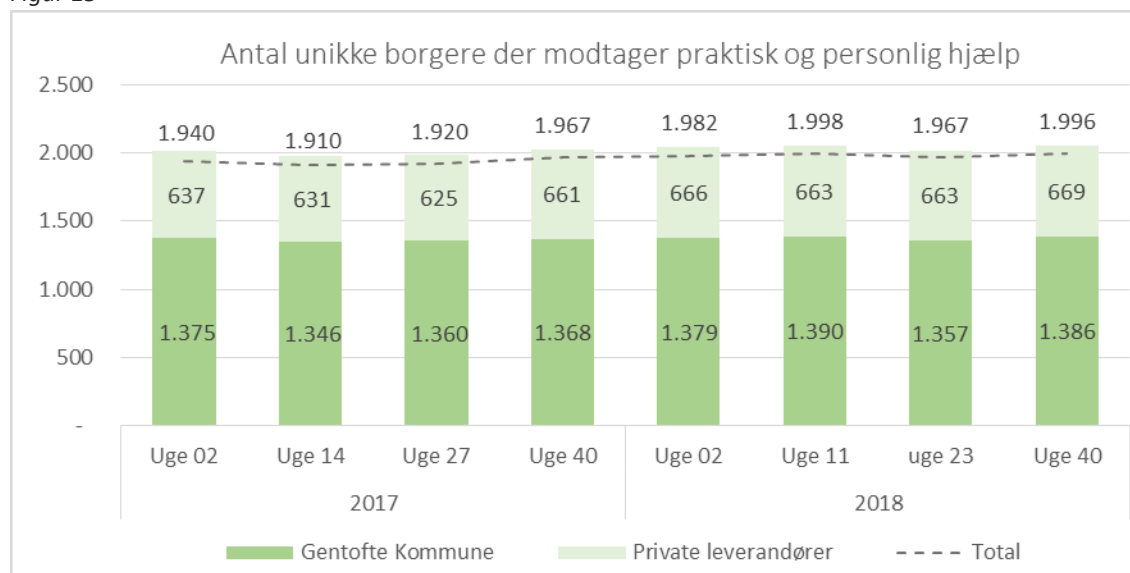




Figur 15 viser antallet af unikke borgere af praktisk og personlig hjælp, fordelt på den kommunale leverandør og de private leverandører.

Fra uge 2 2017 til uge 40 2018 er antallet af borgere, der modtager praktisk og personlig hjælp stabilt.

Figur 15

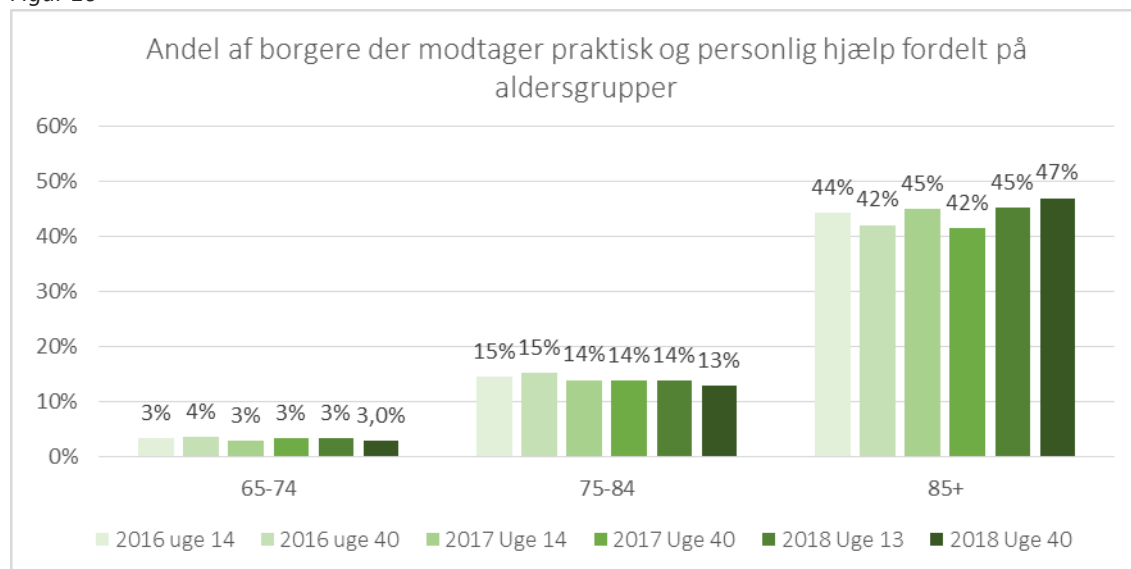


Note: En borger kan modtage praktisk hjælp fra en leverandør og personlig hjælp fra en anden leverandør. Det totale antal af unikke borgere er, derfor ikke lig med summen af unikke borgere hos den kommunale leverandør og unikke borgere hos de private leverandører.



Figur 16 viser den procentvis andel af borgere, der modtager praktisk og personlig hjælp i forhold til det samlede antal borgere i samme aldersgruppe. Andelen af borgere der modtager praktisk og personlig hjælp fra 2016 til 2018 er stabil for henholdsvis 65-74 år og 75-84 år. For borgere i aldersgruppen +85 år er andelen af borgere, der modtager praktisk og personlig hjælp i perioden fra 2016 til 2018 mellem 42 % og 47 %.

Figur 16

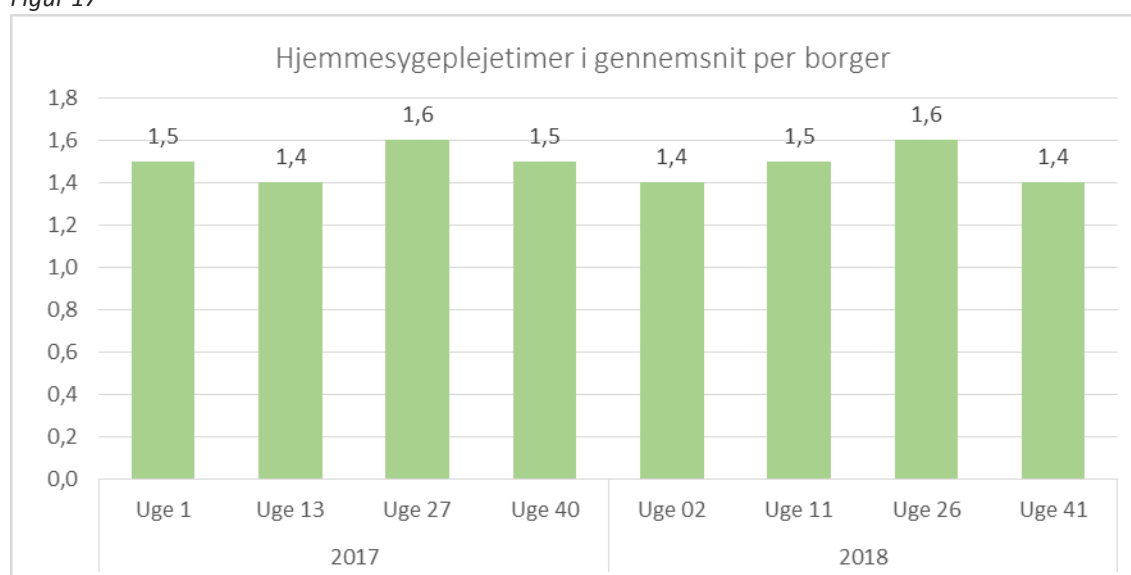


Hjemmesygepleje

Hjemmesygepleje omfatter bl.a. sygdomsforebyggende pleje og rådgivning, koordinering, sårpleje, medicindosering og smertebehandling. Den sygepleje, som leveres af AKUTteamet, er ikke inkluderet i opgørelsen. Hjemmesygepleje omfatter også forløb som f.eks. palliativ pleje til alvorligt syge og døende.

Figur 17 viser det gennemsnitlige antal timer, som borgere af hjemmesygepleje modtager i udvalgte uger i 2017 og 2018. Figuren viser, at det gennemsnitlige antal timer er stabilt henover perioden. Nogle indsatser gives på ugebasis og andre hver anden uge, hvilket giver udsving i den viste periode.

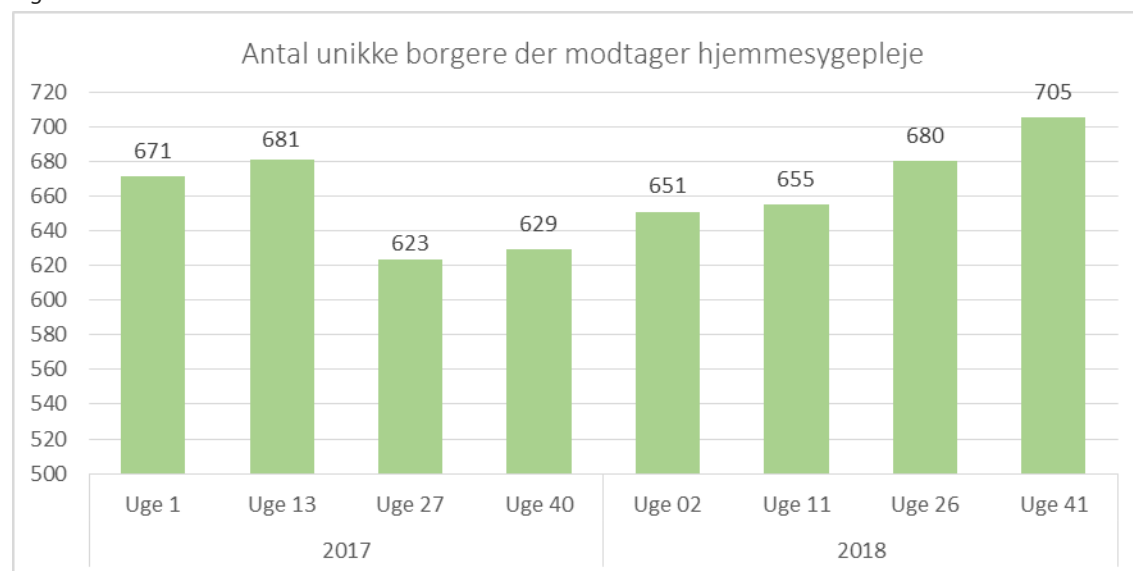
Figur 17





Figur 18 viser antal unikke borgere der modtager sygepleje fra hjemmesygepleje. Indsatserne er forskellige og forløbene er af forskellig varighed. Der sker en stigning i antallet af unikke borgere, der modtager hjemmesygepleje hen over den viste periode, og udviklingen følges tæt.

Figur 18



Sygeplejeklinik

Sygeplejeklinikken åbnede den 15. september 2017. Borgere, som er visiteret til sygepleje, kan henvises af hjemmesygeplejen til klinikken, hvis borgeren selv kan komme hen på klinikken, evt. med hjælp fra pårørende. Borgeren kan f.eks. få hjælp til sår behandling, øje- og øredrypning, medicindosering, oplæring i insulingivning, kompressionsforbinding, lægeordnede indsprøjtninger, antabusbehandling og skift af blærekateter.

Klinikken har kapacitet til at modtage 10 – 12 besøg om dagen. Nogle borgere får flere sygeplejeindsatser per besøg. Sygeplejersken, som betjener klinikken varetager også andre sygeplejeopgaver, hvis der ikke er booket besøg i klinikken.

Tabel 4 - antal borgere og besøg i Sygeplejeklinikken

Oversigt over antal borgere og besøg i Sygeplejeklinikken		Antal unikke brugere	Antal besøg	Antal besøg i gennemsnit per dag
1. kvartal 2018	Januar	19	95	4,3
	Februar	22	116	5,8
	Marts	28	123	6,2
2. kvartal 2018	April	28	136	7,2
	Maj	30	174	8,3
	Juni	27	148	7,0
3. kvartal 2018	Juli	34	138	6,3
	August	32	141	6,1
	September	30	174	8,7
4. kvartal 2018	Oktober	24	176	7,7
	November	36	176	8,1
	December	38	135	7,9

Note: Klinikken har kun åbent i hverdage, så antal besøg i gennemsnit per dag, er opgjort ud fra, hvor mange arbejdsdage, der har været i en måned.

Pleje- og ældreboliger

Når en borger er visiteret til en plejebolig med fast personale eller plejebolig med hjemmehjælp, skal kommunen tilbyde en bolig senest 2 måneder efter, at borgeren er visiteret, såfremt borgeren ikke ønsker en specifik plejeboligbebyggelse. Det kaldes ventelistegaranti. Ældreboliger er ikke omfattet af ventelistegarantien.

Tallene i figur 20, 21 og 22 viser det aktuelle antal visiterede borgere, der venter på en bolig på det pågældende tidspunkt - fordelt på boligkategorierne: plejeboliger med fast personale, plejeboliger med hjemmehjælp og ældreboliger.

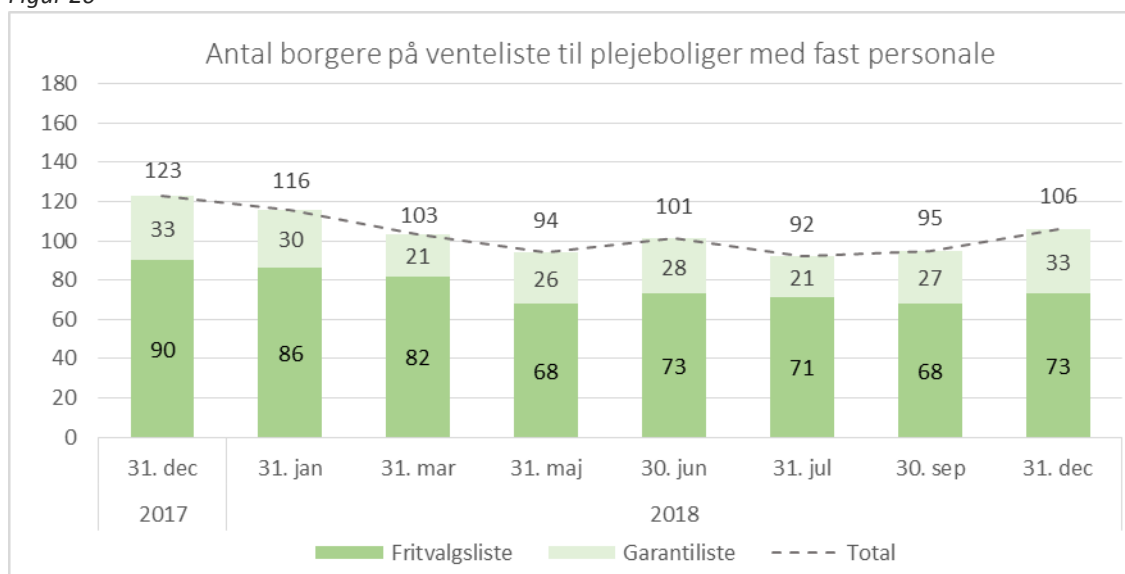
Ventelisten til plejeboliger er delt op i:

- 1) Fritvalgslisten: Borgere, som ønsker at bo i en specifik plejeboligbebyggelse
- 2) Garantilisten: Borgere, som ikke ønsker en specifik plejeboligbebyggelse og som ifølge lovgivningen, har krav på at få tilbudt en plejebolig senest 2 måneder fra den dato, hvor borgeren er visiteret.

Hvis en borger på garantilisten siger nej til et boligtilbud, påbegyndes en ny 2 måneders garantiperiode. Hvis en borger på fritvalgslisten siger nej til en bolig i en af de ønskede bebyggelser påbegyndes en ny anciennitetsperiode.

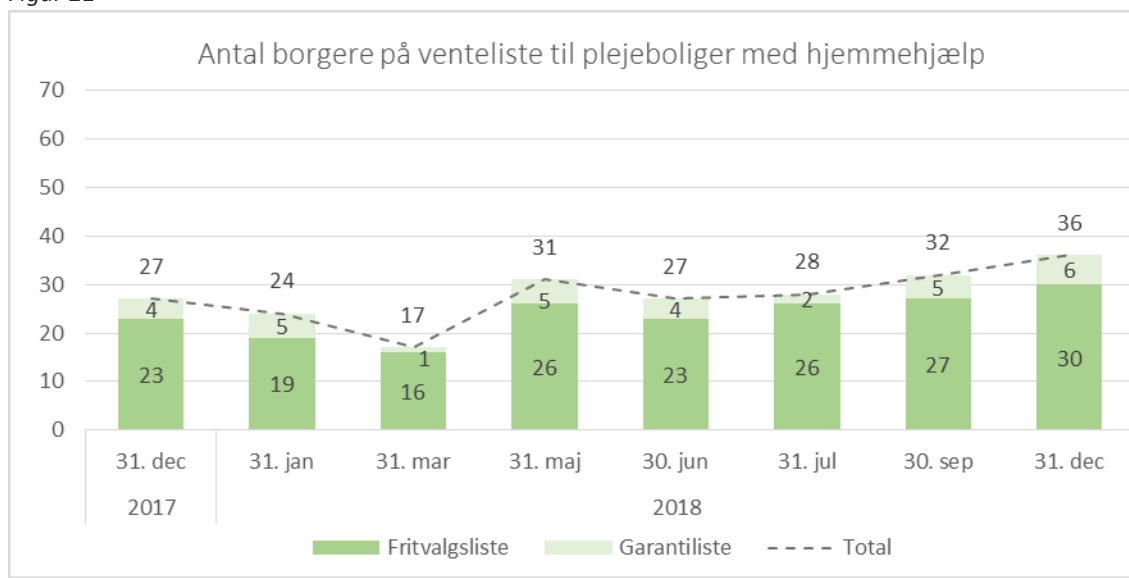
Figur 20 viser udviklingen i antallet af borgere på fritvalgs- og garantiventelisten til en plejebolig med fast personale. Per 1. juli 2017 blev 18 nye plejeboliger med fast personale taget i brug. Dette medvirkede bl.a. til et fald i antallet af borgere på ventelisten i den efterfølgende periode.

Figur 20



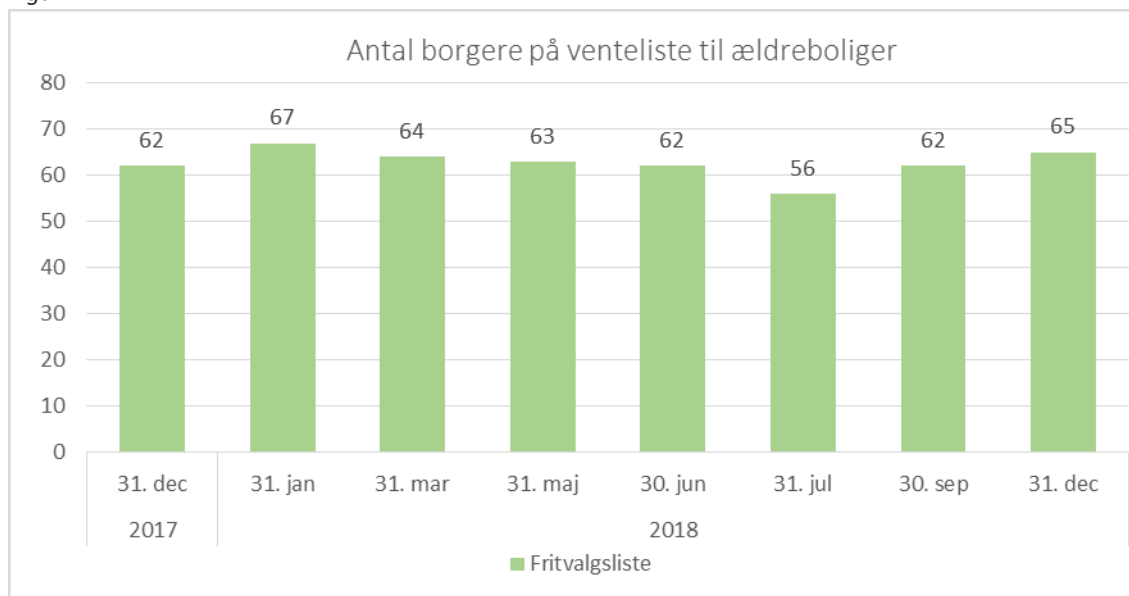
Figur 21 viser udviklingen i antallet af borgere på fritvalgs- og garantiventelisten til en plejebolig med hjemmehjælp. Fra september 2017 til marts 2018 har antallet af borgere på venteliste til en plejebolig med hjemmehjælp været faldende. Stigningen fra marts til maj 2018 skyldes blandt andet, at flere borgere har takket nej til et boligtilbud end i marts 2018, og bliver derfor stående på ventelisten.

Figur 21



Figur 22 viser antal borgere på venteliste til ældrebolig. For ældreboliger er der ifølge lovgivningen ingen garantiforpligtelse, hvorfor der kun er en fritvalgsventeliste. Antallet af borgere på venteliste til en ældrebolig er stabilt henover den viste periode.

Figur 22



Tabel 5 viser antallet af borgere på garantlisten, som har modtaget et boligtilbud, hvor garantiforpligtelsen var hhv. opfyldt og ikke opfyldt. I 4. kvartal 2018 fik 53 borgere fra garantlisten for begge boligtyper et boligtilbud. Alle 53 borgere fik et boligtilbud inden for garantiperioden på 2 måneder.

I 1. kvartal 2018 blev en plejebolig med hjemmehjælp på Rygårdcentret konverteret til plejebolig med fast personale. På Søndersøhave er 21 plejeboliger med hjemmehjælp konverteret til plejebolig med fast personale per den 31. december 2018.

Gentofte Kommune kan nu visitere til 577 plejeboliger med fast personale, 248 plejeboliger med hjemmehjælp og 489 ældreboliger.

Når konvertering af 59 plejeboliger med hjemmehjælp til plejeboliger med fast personale på Søndersøhave er tilendebragt, kan Gentofte Kommune i alt visitere til i alt 615 plejeboliger med fast personale. Konverteringen sker gradvist når boligerne bliver ledige.

Tabel 5 - Opfyldelse af garantiforpligtelsen for plejeboligområdet

Antal borgere fra garantlisten, som er tilbudt bolig i løbet af 01.09. - 31.12.2018	Opfyldt garanti	Ikke opfyldt garanti
Plejebolig med fast personale	43	0
Plejebolig med hjemmehjælp	10	0
I alt	53	0



Genoptræningsplaner

Ifølge Sundhedsloven §140 skal regionen tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

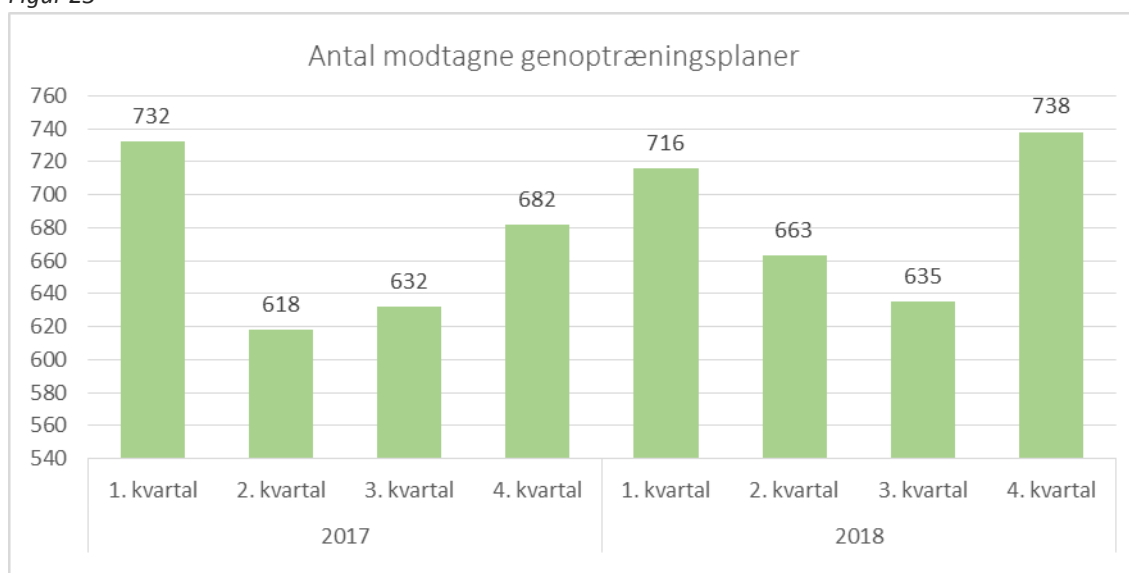
Formålet med genoptræningsplanerne er at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen er en henvisning af den enkelte patient til genoptræning efter udskrivning fra sygehuset og skal sikre, at de sundhedspersoner, som har ansvaret for genoptræningsindsatsen efter udskrivning fra sygehus, har den nødvendige og tilstrækkelige information til at varetage en faglig relevant og tilstrækkelig genoptræningsindsats.

Genoptræningsplanen skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Almen genoptræning varetages af Tranehaven og kan foregå under indlæggelse eller som ambulant forløb.

Tranehaven varetager yderligere genoptræning og vedligeholdende træning efter Lov om Social Service samt vederlagsfri fysioterapi efter Sundhedsloven for borgere, som har valgt at få dette i Tranehavens regi.

Figur 23 viser antallet af modtagne genoptræningsplaner. Hen over perioden ses udsving i antallet af modtagne genoptræningsplaner. Stigningen fra 3. kvartal 2018 til 4. kvartal 2018 skyldes, at genoptræningsplanerne følger hospitalernes operations- og udskrivningsmønster.

Figur 23



ØKONOMISK STATUS – FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE

Det korrigerede budget til området 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' udgør i alt 1.107,48 mio. kr. Ultimo december forventes et regnskab på 1.097,6 mio. kr. og dermed et mindreforbrug på 9,8 mio. kr. som fordeler sig på serviceudgifterne og overførselsudgifterne.

For serviceudgifterne forventes et samlet mindreforbrug på 9,2 mio. kr. Mindreforbruget vedrører primært værdighedspuljen og puljen til bedre bemanning i hjemmeplejen og plejeboliger m.v. Der har i 2018 været et aktivitetsniveau på indsatserne under værdighedspuljen svarende til det årlige tilskud på 14,3 mio. kr. fra ministeriet. Mindreforbruget, som skyldes forskydninger i indsatserne og dermed lavere udgiftsniveau i 2016-17, overføres til anvendelse i de kommende år. Baggrunden for mindreforbrug på puljen til bedre bemanning er, at tilsagnet for hele året er modtaget i maj 2018.

Derudover forventes mindreudgifter på sundhedsydelserne primært som følge af lave udgifter til færdigbehandlede patienter på hospitalerne. Endelige har der været et lavere udgiftsniveau til social- og sundhedselever som følge af mindre holdstørrelser og større frafald.

For overførselsudgifterne forventes et mindreforbrug på 0,6 mio. kr. som følge af lavere udgifter vedrørende lejetab i ældreboliger.

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug pr. 06.01.2019	Forventet regnskab
Serviceudgifter	803,7	792,7	807,3	783,5
Overførselsudgifter	296,6	314,6	261,9	314,0
Samlede driftsudgifter	1.100,3	1.107,4	1.069,2	1.097,6
Afgivelse i forhold til korrigeret budget i millioner				-9,8
Afgivelse i procent i forhold til korrigeret budget				-0,9%



ANLÆGSSTATUS

Det korrigerede budget udgør 95,5 mio. kr. og består af oprindeligt budget inkl. genbevillinger og tillægsbevillinger. Der er primo januar 2019 forbrugt 100 mio. kr. og forventes et forbrug på 101,3 mio. kr., hvilket er lidt højere end det korrigerede budget.

I forbindelse med Økonomisk rapportering 2. kvartal 2018 blev investeringsprofilen revurderet og en del af budgettet blev reduceret i 2018 og overført til 2019. Det korrigerede budget forventes ikke fuldt ud at kunne overholdes i 2018 og der kan forventes en negativ genbevilling til 2019.

Socialudvalget - anlægsudgifterne

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug pr. 06.01.2019	Forventet regnskab
Samlede anlægsudgifter	92,8	95,5	100,0	101,3

Relateret document 2/8

Dokument Navn:	Værdighedspolitik.pdf
Dokument Titel:	Værdighedspolitik
Dokument ID:	2659947



Opfølgning på opgaveudvalget Værdighedspolitik

Vedtaget af Kommunalbestyrelsen: 20/6 2016 og 27/8 2018

Reference til stående udvalg: Ældre, Social og Sundhedsudvalget

Opgaveudvalgets opgave: at lave et udkast til værdighedspolitik i Gentofte Kommune på baggrund af retningslinjerne vedtaget med Finansloven 2016.

Opfølgning pr. februar 2019.

Opgaveudvalget skrev på baggrund af omfattende inddragelse af borgere, pårørende og medarbejdere den første Værdighedspolitik, som blev vedtaget sommer 2016.

Den har dannet baggrund for mange gode og udbytterige drøftelser lokalt i ældreplejen. Især har Beboer Pårørende-Rådene i plejeboligerne taget den til sig som et redskab til at drøfte det gode og værdige ældreliv.

Med Finansloven 2016 blev der oprettet en øremærket pulje til "mere værdig ældrepleje" i kommunerne. Her har Gentofte søgt og fået mange forskellige initiativer gennemført, blandt andet: flere nye busser til plejeboligerne, der er anlagt byhaver i plejeboligerne, træningsområder ude og inde i plejeboligerne og på Tranehaven, mere pleje i ydertimerne og forebyggelse af ufrivillig ensomhed.

2018: nyt tema om pårørende

Fra 2018 skulle værdighedspolitikken indeholde et ekstra tema: pårørende. Igen blev forskellige interessenter hørt, fx Seniorrådet og Læge Kontakt Udvalget udover MED-grupperne. Alle de forskellige input om, hvad der er vigtigt i relation til pårørende og den rolle de spiller i ældrelivet blev sammenfattet, og den nye opdaterede værdighedspolitik blev godkendt af Kommunalbestyrelsen i august 2018.

Inddragelsen i det nye emne har affødt mange drøftelser i personale-grupperne på ældreområdet, såvel som Beboer-Pårørende-Rådene. Der er eksempelvis blevet sat fokus på det svære i at være pårørende når rollerne skifter, når man måske er den nærmeste, men ikke blodsbeslægtet, og på hvordan personale og pårørende kan "spille hinanden gode". Nogle pårørende fortæller om, hvordan politikken har bidraget til at få en åben dialog om det allersværeste: døden og den sidste tid.

Pårørende-rollen indgår i forbindelse med undervisningen i demens på pårørende-skolerne og til forskellige arrangementer i plejeboligerne.

Det nye fokus på pårørende kommer også til at afspejle sig på den kommende hjemmeside, der arbejdes på pt., så det bliver lettere at finde ud af, hvordan man kan agere som pårørende: hvad skal jeg have fuldmagt til, hvor kan jeg søge hjælp for min mor osv.

Det har givet fælles opmærksomhed på begrebet værdighed, at der er lavet en politik. Den sætter en overordnet retning i hverdagen, definerer rammen og understøtter den løbende dialog.

Relateret document 3/8

Dokument Navn:	Borgerrettet forebyggelse.pdf
Dokument Titel:	Borgerrettet forebyggelse
Dokument ID:	2660178



Opfølgning på opgaveudvalget

Sundhed i Gentofte – Borgerrettet forebyggelse 2017-2024

Vedtaget af Kommunalbestyrelsen den 28. november 2016

Reference til Socialudvalget

Opgaveudvalgets opgave var, at a) indhente erfaringer - faglig og praktisk - om Gentofte Kommunes handlemuligheder i forhold til at fremme sundheden for kommunens borgere og b) udarbejde et samlet og gennemarbejdet forslag til en ny sundhedspolitik for Gentofte Kommune for perioden 2017-2024.

Opfølgning pr. februar 2019.

Opgaveudvalget "Sundhed i Gentofte – Borgerrettet forebyggelse" udarbejdede en "sundhedspolitik", der tog udgangspunkt i den aktuelt bedst foreliggende viden – evidens for at skabe en systematisk og effektiv forebyggelsesindsats i Gentofte Kommune. Opgaveudvalget definerede seks strategiske målsætninger for den kommunale indsats og Kommunalbestyrelsen udvælger, hvilke strategiske målsætninger, der særligt skal arbejdes efter i to-års perioder af den otte-årige politik. På baggrund af de udvalgte målsætninger besluttet det administrativt, hvilke handleplaner der skal igangsættes.

I perioden 2017-2018 har der været gennemført otte projekter fordelt på fire målsætninger. Du kan læse mere om de enkelte projekter i de evalueringer, der er samlet på kommunens hjemmeside via dette link <https://www.gentofte.dk/da/Indflydelse,-a-,politik/Politikker/Sundhedspolitik>. De otte projekter er:

Bevægelse hele livet: 1) *Sund Start*, der er et livsstilsprojekt for prædiabetikere; 2) *Robuste ældre med skarpe hjerner*, som handler om at øge mental, fysisk og social sundhed for + 55 årige; 3) *Gentofte i bevægelse* – flere idrætsaktive borgere.

Sund livsstil: 4) *Piger er cool uden røg*, som er en undersøgelse af unge pigers rygevaner; 5) *Borgerrettet alkohol- og rusmiddelindsats*, som er en styrket udadgående og opbyggende indsats.

Borgere med særlige sundhedsudfordringer: 6) *Flere gode leveår med sund kost*, som handler om sundere kost for borgere med særlige sundhedsudfordringer; 7) *Fastholdelse af funktionsevnen for udsatte borgere*, hvor sociale fællesskaber medvirker til at fastholde funktionsevne bla. via den kulturelle byhave.

Nye veje til borgerrettet forebyggelse: 8) *Sunde Fællesskaber*, hvor målet er, at skabe mere overskud i hverdagen for børnefamilierne i Hellerup.

I perioden 2019-2020 gennemføres der syv projekter fordelt på fire målsætninger.

Bevægelse hele livet: 1) *ung i Bevægelse*, hvor der skal samskabes og afprøves måder at få flere unge i bevægelse.

Sund livsstil/Bedre trivsel: 2) *Par i bevægelse i naturen*, hvor målet er styrket mental sundhed og at forebygge skilsmisser og 3) *Gratis psykologhjælp til unge*, hvor der til 15-25 årige unge i psykisk mistrivsel tilbydes op til 5 rådgivende psykologsamtaler.

Sund ungekultur: 4) *Forældresamarbejde i overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse*, hvor der arbejdes særligt med forældrenes rolle for at øge unges trivsel og forebygge og nedsætte unges rusmiddelforbrug.

5) *Prøvehandling*, ifm. Det kommende opgaveudvalg om Unges sundhed og trivsel; 6) Sund ungekultur, hvor der sættes fokus på unges seksuelle sundhed.

Borgere med særlige udfordringer: 7) *Motion og fællesskaber for unge ledige borgere*, hvor fokus er på fysisk træning samtidig med, at de unge skaber relationer og sociale fællesskaber.

Relateret document 4/8

Dokument Navn: **Borgerettet behandling.pdf**
Dokument Titel: **Borgerettet behandling**
Dokument ID: **2659081**



Opfølgning på opgaveudvalget Sundhed i Gentofte – Borgerrettet behandling

Vedtaget af Kommunalbestyrelsen: 25. september 2017.

Reference til stående udvalg: Ældre, Social og Sundhedsudvalget

Opgaveudvalgets opgave: beskrive vision og målsætninger for kommunens fremtidige rolle i det nære sundhedsvæsen.

Opfølgning pr. februar 2019.

Opgaveudvalget "Sundhed i Gentofte – Borgerrettet behandling" udarbejdede en "sundhedspolitik", der tog udgangspunkt i patienternes udfordringer og de tendenser, der påvirker det nære sundhedsvæsen. Opgaveudvalget definerede seks strategiske målsætninger for den kommunale indsats. Politikken er 8-årig.

Eksempler på indsatser

- Nye it-systemer og metoder (Nexus og FSIII), der understøtter borgerinddragelse, fokus på borgernes motivation og tværgående samarbejde mellem faggrupper.
- Indsatsen "Den gode udskrivelse" skaber sammenhæng i sundhedsvæsenet for borgerne. Antallet af koordinerende sygeplejersker er øget fra 3 til 5. De tager hver dag ud på hospitalerne og deltager i udskrivningsforløb og koordinerer med borgere og pårørende og Hjemmepleje-/Tranehaven/plejeboliger.
- Færdigbehandlede patienter på hospitalerne, der venter på at blive udskrevet til et kommunalt tilbud (fx aflastningsophold), koster penge for kommunen hvert døgn. Dette er nu nedbragt markant. I 2018 betalte Gentofte Kommune således for under 20 dage. I 2016 var tallet 385 dage.
- Gentofte blev i efteråret 2018 "Demensvenlig Kommune" under Demensalliancen. Det gjorde vi på baggrund af en bred indsats for demensramte: demenscafeer, pårørende-skole, demensrådgivning, kompetenceudvikling til medarbejdere, oplysnings-aftner, samarbejde med lokalområdet, Handelsstandsforeningen og idrætsforeninger.
- Sygeplejeklinikken på Mitchells Stræde på Gentoftegade giver borgere, der er visiteret til sygepleje, mulighed for bedre at planlægge deres dag, så de ikke skal vente hjemme på sygeplejersken, men fx kan indpasse et besøg på Sygeplejeklinikken med arbejde eller indkøb. Visiterede borgere kan eksempelvis på hjælp til behandling af sår, insulin eller anden medicingivning og øjendrypning. Der undervises også i, hvordan man måler blodsukker, passer en stomi og lignende.
- "Familien i Centrum" er en indsats på tværs af opgaveområder med fokus på, at familier med mange problematikker ikke kommer i klemme imellem de forskellige fagligheder og afdelinger, der varetager sagsbehandlingen af de mange forskellige sager i familien.
- Pleje & Sundhed arbejder med at afdække muligheder for at digitalisere og finde selvbetjeningsmuligheder for de borgere som kan og vil selv. Lige nu arbejdes der på digitalisering af hjælpemiddelansøgninger som det første område.
- Kommunikationsprojekt – fokus på selvbetjening og klar kommunikation.
- Pleje & Sundhed er tovholder og drøfter løbende borgernes sundhed og behandling med andre opgaveområder.

Relateret document 5/8

Dokument Navn:	Boligsocial indsats.pdf
Dokument Titel:	Boligsocial indsats
Dokument ID:	2659074



Opfølgning på opgaveudvalget Boligsocial indsats

Vedtaget af Kommunalbestyrelsen: Principper for boligsocial indsats vedtaget 18. juni 2018.

Reference til stående udvalg: Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Beskæftigelses- & Integrationsudvalget, Børneudvalget og Skoleudvalget

Opgaveudvalgets opgave: Skabe overblik over udfordringer og behov. Opstille principper for boligsocial indsats. Anbefale tiltag, som kan være en drivkraft i boligsocial indsats.

Opfølgning pr. januar 2019

Siden opgaveudvalgets afslutning i juni 2018 har der været arbejdet med at definere og forankre den fremadrettede opgave med fokus på borgerinddragelse og samskabelse. Indsatsen kobler sig på det arbejde, som allerede virker og fungerer i boligområderne. Der skal arbejdes med et fælles ”boligsocialt mindset” for både kommune og borgere.

Organisering af indsatsen

Indsatsen kræver samarbejde, koordinering og ledelse på tværs. Der nedsættes derfor et tværgående forum – en styregruppe - med de relevante chefer i kommunen - Jura, Gentofte Ejendomme, børneområdet (SSP og Stolpegårdsvej) samt voksenområdet.

Der er afsat 1 mio. kr. om året hvert af de næste 4 år til bl.a. ansættelse af to boligsociale medarbejdere. De boligsociale medarbejdere skal bl.a. stå for igangsætning af initiativer i samskabelse med aktørerne i og omkring boligområderne. De boligsociale medarbejdere placeres organisatorisk sammen med det udvidede SSP-arbejde og forebyggende ungearbejde – i samarbejde med den allerede eksisterende boligsociale indsats.

For at sikre at opgaveudvalgets principper er kendt og følges i organisationen er der etableret en sparringsgruppe bestående af lederen af SSP-arbejdet og en medarbejder fra hhv. voksen- og børneområdet.

Den kommende indsats

- Helt aktuelt er de to boligsociale medarbejdere ved at blive ansat.
- I juli måned gennemførte medarbejdere en intensiv afklaringsproces i Ved Ungdomsboligerne med henblik på at komme nærmere på boligområdets behov og udfordringer. Der blev udarbejdet afdækning og datamateriale om området, som har indgået som grundlag for at arbejde med stedets mulige udvikling.
- Styregruppen skal prioritere de områder, hvor den boligsociale indsats skal starte. Det vil være naturligt at begynde i Ved Ungdomsboligerne.
- Der skal indgås dialog med de almennyttige boligorganisationer om nyt koncept for styringsdialogerne - dvs. de lovpligtige, årlige dialoger, der skal finde sted mellem kommunen og de almennyttige boligorganisationer.

Relateret document 6/8

Dokument Navn:	SU budgetændringer 4 kv 2018.pdf
Dokument Titel:	SU budgetændringer 4 kv 2018
Dokument ID:	2659354

Budgetændringer - Social og Sundhed

Beløb angivet i millioner - Negative tal forbedrer økonomien - positive forværrer den.

Budgetudvikling

Oversigten herunder angiver årets vedtagne og eventuelle ansøgte ændringer til det oprindelige budget under det enkelte bevillingsområde. Datoangivelsen for tillægsbevillinger er fastsat efter den kvartalsrapportering, som ændringen er behandlet i, mens datoerne for genbevillinger, pris- og lønregulering og tekniske omplaceringer er fastsat efter behandlingsdatoen. Beløb under 50.000 kr. angives som 0,0 mio. kr.

Borgere med Handicap**Oprindeligt budget****333,4**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
03-04-2018	Genbevilling	Service	Genbevilling fra 2017 til 2018	1,1
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Færre udgifter til specialundervisning	-0,5
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Færre borgere på STU-uddannelse	-1,7
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Højere udgifter til friplejebolig	0,6
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Højere udgifter til BPA-ordninger	3,8
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Botilbud §109 & §110	1,0
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Flere borgere modtager intensiv alkoholbeh.	0,5
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Flere borgere modtager stofmisbrugsbeh.	1,2
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Botilbud §108	7,3
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Botilbud ABL	3,2
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Botilbud §107	7,2
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Beskyttet beskæftigelse §103	1,1
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Aktivitetstilbud §104	3,3
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Serviceovens §100	-0,2
31-03-2018	Teknisk omplacering	Service	Opsigelse af serviceaftale med Gladsaxe Kommune	0,6
31-03-2018	Teknisk omplacering	Service	Moderniserings og effektiviseringsprogram samt digitalisering	-0,3
31-03-2018	Tillægsbevilling	Overførsler	Højere indtægter via særlig dyre enkeltsager	-5,3
30-06-2018	Tillægsbevilling	Service	Konsekvenser af KL's ændrede pris- og lønskøn for 2017 og 2018	0,0

Korrigeret budget**356,4****Forventede afvigelser**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
31-12-2018	Afvigelse	Service	Mindreforbrug på drift og handicappolitikpuljen	-3,1
31-12-2018	Afvigelse	Service	Merforbrug på myndighedsområdet til flere borgere i botilbud	2,0
31-12-2018	Afvigelse	Overførsler	Færre udgifter til enkeltydelser og boligstøtte	-2,0

Forventet regnskab**353,3**

Budgetændringer - Social og Sundhed

Beløb angivet i millioner - Negative tal forbedrer økonomien - positive forværrer den.

Budgetudvikling

Oversigten herunder angiver årets vedtagne og eventuelle ansøgte ændringer til det oprindelige budget under det enkelte bevillingsområde. Datoangivelsen for tillægsbevillinger er fastsat efter den kvartalsrapportering, som ændringen er behandlet i, mens datoerne for genbevillinger, pris- og lønregulering og tekniske omplaceringer er fastsat efter behandlingsdatoen. Beløb under 50.000 kr. angives som 0,0 mio. kr.

Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje**Oprindeligt budget****1.100,3**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
03-04-2018	Genbevilling	Service	Genbevilling fra 2017 til 2018	11,583
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Indtægter fra salg af plejehjemspladser inkl. hjemmehjælp fra 2017,	-10,000
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Mindreudgifter vedr. vaskeriordning - ny aftale	-0,500
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Merudgifter vedrørende indkøbsordning - ny aftale	0,100
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Budgetjustering vedr. omdannelse af aflastningspladser på Lindely	-1,872
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Budgetjustering vedr. aflastningspladser - færre indtægter	1,300
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Daghjem - justering af transportudgifter og indtægter	-0,514
31-03-2018	Tillægsbevilling	Service	Omdannelse af plejeboliger på Søndersøhave, jf KB 26/2-2018 pkt 7	3,690
31-03-2018	Teknisk omplacering	Service	Moderniserings og effektiviseringsprogram samt digitalisering	-0,697
31-03-2018	Tillægsbevilling	Overførsler	Mindreudgifter vedrørende ydelsesstøtte til ældreboliger - lån	-1,250
30-06-2018	Tillægsbevilling	Service	Konsekvenser af KL's ændrede pris- og lønskøn for 2017 og 2018	-1,094
30-06-2018	Tillægsbevilling	Service	Ekstra indtægter ved salg af plejeboligpladser	-5,000
30-06-2018	Tillægsbevilling	Service	Tilsagn fra pulje til Bedre bemanning (indtægter og udgifter på 6,9)	0,000
30-06-2018	Tillægsbevilling	Service	Mindreudgifter på centrale udgifter (SOSU-elever og arbejdsskade)	-8,120
30-06-2018	Tillægsbevilling	Service	Mindreudgifter til ejendomsdrift på selvejende plejebolig Salem	-0,100
30-06-2018	Teknisk omplacering	Service	Udgift til pension i den lønfri del af barslen	0,222
30-06-2018	Teknisk omplacering	Service	Omplacering af budget til IT vedr. drift af nyt fagsystem	-0,457
30-06-2018	Teknisk omplacering	Service	Udgifter til flygtninge - frivillig socialt arbejde	0,075
30-06-2018	Tillægsbevilling	Overførsler	Øget kommunal medfinansiering af sundhedsudgifter i 2018	4,000
30-06-2018	Tillægsbevilling	Overførsler	Efterregulering af kommunal medfinansiering af sundhedsudg. i 2017	15,299
30-09-2018	Tillægsbevilling	Service	Merudgifter til borgere med behov for hjælpemidler	2,600
30-09-2018	Tillægsbevilling	Service	Mindreudgifter til køb af plejeboligpladser i andre kommuner	-2,600
30-09-2018	Tillægsbevilling	Service	Merudgifter til specialiseret genoptræning m.v.	1,000
30-09-2018	Teknisk omplacering	Service	Merudgifter til private leverandører af hjemmehjælp	3,600
30-09-2018	Teknisk omplacering	Service	Mindreudgifter på budgetreguleringskonto vedr. hjemmehjælp	-4,600
30-09-2018	Tillægsbevilling	Service	Budgettilpasning Lindely vedr. omdannelse af aflastningspladser	0,500
30-09-2018	Tillægsbevilling	Service	Budgettilpasning - Søndersøhave ægteparboliger	1,000
30-09-2018	Tillægsbevilling	Service	Mindreudgifter vedr. sosu-elever	-1,500
30-09-2018	Teknisk omplacering	Service	Udgift til pension i den lønfri del af barslen	0,275
30-09-2018	Teknisk omplacering	Service	Udgifter til flygtninge - frivillig socialt arbejde	0,075

Korrigeret budget**1.107,4****Forventede afvigelser**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
31-12-2018	Genbevilling	Service	Mindreudgifter på puljer m.v. (Værdighedspuljen m.v.)	-9,2
31-12-2018	Genbevilling	Overførsler	Mindreudgifter til lejetab i ældreboliger	-0,6

Forventet regnskab**1.097,6**

Relateret document 7/8

Dokument Navn:	Bilag - Årshjul for kvartalsrapporter til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget.docx
Dokument Titel:	Bilag - Årshjul for kvartalsrapporter til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget
Dokument ID:	2637181

Bilag: Kvartalsrapporter til Socialudvalget - Årshjul

Kvartalsrapporterne til Socialudvalget vedrører de to målområder 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Nedenfor gives et overblik over hvilke data, der forelægges ved hver kvartalsrapport og hvilke data, der forelægges årligt. Ved hver kvartalsrapport afgives økonomisk status.

Målområde: Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte		
Hver kvartalsrapport		
Støtte til selvstændigt boende borgere (§85)	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere	
Dagtilbud; aktivitets- og beskæftigelsestilbud (§104, 104, STU)	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere for hvert tilbud • Gennemsnitspriser for hvert tilbud • Belægningsprocent for dagtilbudspladser	
Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (§105, 107, 108)	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere for hvert tilbud • Gennemsnitspriser for hvert tilbud • Belægningsproces for botilbudspladser	
Stofmisbrugsbehandling	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere i behandling for stofmisbrug • Gennemsnitspris for stofmisbrugsbehandling	
Flygtninge	• Antal modtagne flygtninge	
Årligt		
Dagtilbud	• Køb/salg	Rapport vedr. 1. kvartal (på møde i maj måned).
Botilbud	• Køb/salg	Rapport vedr. 1. kvartal (På møde i maj måned).
Stofmisbrugsbehandling	• Antal borgere visiteret til intensiv stofmisbrug døgnbehandling	Rapport vedr. 1. kvartal (På møde i maj måned).
Alkoholbehandling	• Antal borgere per 1000 borgere • Gennemsnitspriser	Rapport vedr. 1. kvartal (På møde i maj måned).
Tilsyn	• Antal opmærksomhedspunkter til botilbud • Antal anbefalinger til dagtilbud	Rapport vedr. 3. kvartal (På møde i november måned).



Magtanvendelser	• Antal	Rapport vedr. 3. kvartal (På møde i november måned).
------------------------	---	---

Måloområde: Forebyggelse, rehabilitering og pleje		
Hver kvartalsrapport		
Hjemmehjælp	• Antal visiterede timer fordelt på GK hjemmepleje og de private leverandører • Antal brugere fordelt på GK hjemmepleje og de private leverandører • Andel hjemmehjælpsmodtagere ud af alle borgere i aldersgruppen i Gentofte Kommune	
Hjemmesygepleje	• Gennemsnitstid hjemmesygeplejen per unik bruger • Antal brugere af hjemmesygeplejen	
Genoptræning	• Antal modtagne genoptræningsplaner	
Pleje- og ældreboliger	• Antal borgere på venteliste på garanti- og fritvalgsliste • Opfyldelse af garantiforpligtelsen på plejeboligområdet	
Årligt		
Tilsyn	• Antal opmærksomhedspunkter til plejebolig • Antal opmærksomhedspunkter til hjemmeplejen	Rapport vedr. 3. kvartal (På møde i november måned).
Magtanvendelser	• Antal i hjemmeplejen og plejeboliger	Rapport vedr. 3. kvartal (På møde i november måned).



Relateret document 8/8

Dokument Navn:	Bilag - Lovbestemte ydelser.docx
Dokument Titel:	Bilag - Lovbestemte ydelser
Dokument ID:	2637182

Bilag - Oversigt over lovbestemte ydelser bestemt af serviceloven nævnt i Kvartalsrapporten

Vedrørende borgere med handicap, psykiske lidelser og socialt udsatte

§1 Formål med denne lov

1. Tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer.
2. Tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte.
3. Tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
4. Fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

§ 85 Socialpædagogisk bistand

Omsorg, støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder.

§ 103 Beskyttet beskæftigelse

Beskyttet beskæftigelse til personer, der ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.

§ 104 Aktivitets- og samværstilbud

Aktivitets- og samværstilbud til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder.

§105 Længerevarende ophold¹

Almene ældreboliger, der kan udlejes til ældre og personer med handicap, som har særligt behov for sådanne boliger.

§ 107 Midlertidigt botilbud

Midlertidigt ophold til personer, som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte eller pleje samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder.

§ 108 Længerevarende botilbud

Boformer egnet til længerevarende ophold til personer, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner, pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

§ 109 Midlertidigt botilbud til kvinder udsat for vold (kvindekrisecentre)

Midlertidigt ophold i boformer til kvinder, som har været udsat for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold. Kvinderne kan være ledsaget af børn, og de modtager under opholdet omsorg og støtte.

§ 110 Midlertidigt botilbud til personer med særlige sociale problemer (forsorgshjem)

Midlertidigt ophold i boformer til personer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp.

¹ Almenboligloven

Dokument Navn:	Bilag 1 Høringsbrev.pdf
Dokument Titel:	Bilag 1 Høringsbrev
Dokument ID:	2646485
Placering:	Emnesager/Udkast til høringssvar vedr. sundhedsaftale 2019-23/Dokumenter
Dagsordens titel	Udkast til høringssvar vedr. Sundhedsaftale 2019-2023
Dagsordenspunkt nr	3
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	4



Den 20. december 2019

Til Høringsparterne, jf. vedlagte bilag

Høring af Sundhedskordinationsudvalgets udkast til Sundhedsaftale 2019-2023

Der skal inden 1. juli 2019 være indgået en ny sundhedsaftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen for 2019-2023.

I Sundhedskordinationsudvalget har vi ønsket at lave en enkel og fokuseret sundhedsaftale, med fokus på de områder, hvor der er et særligt stort behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed. I aftaleudkastet indgår der derfor 3 fokusområder og i alt 5 mål.

Fokusområderne og målene er udvalgt med afsæt i den brede dialog med politikere, patienter/borgere, praktiserende læger, fagfolk fra kommuner og regioner, som vi har haft undervejs i processen med at udarbejde udkastet til den kommende sundhedsaftale.

Vi har i Sundhedskordinationsudvalget godkendt, at vedlagte udkast til sundhedsaftale sendes i høring fra 20. december 2018 til 28. februar 2019.

Sundhedskordinationsudvalget vil gerne takke for de mange gode input som vi allerede har fået, og vi ser frem til at få jeres bemærkninger til høringsudkastet!

I bedes indsende jeres høringssvar senest d. 28. februar 2019 til mailadressen:

stb-sundhedsaftalen@regionh.dk

Den videre proces

I marts 2019 tilrettes udkastet til Sundhedsaftale 2019 - 2023 med afsæt i de indkomne høringssvar.

Den 23. april 2019 forventes Sundhedskordinationsudvalget at godkende forslaget til sundhedsaftalen.

Herefter skal sundhedsaftalen godkendes i Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i alle 29 kommuner i Regionen. Dette skal ske inden 1. juli 2019, hvor aftalen skal indsendes til godkendelse i Sundhedsministeriet.

Med venlig hilsen

På vegne af Sundhedskordinationsudvalget

Flemming Pless
Formand

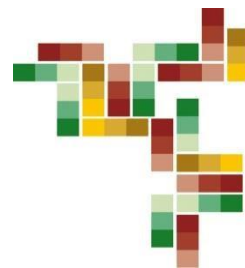
/

Sisse Marie Welling
Næstformand



Relateret document 2/4

Dokument Navn:	Bilag 2 Høringsparter.pdf
Dokument Titel:	Bilag 2 Høringsparter
Dokument ID:	2646486



Høring af udkast til Sundhedsaftalen for 2019 – 2023

Høringsparter:

- **Kommuner i Region Hovedstaden**

Albertslund Kommune
Allerød Kommune
Ballerup Kommune
Bornholms Regionskommune
Brøndby Kommune
Københavns Kommune
Dragør Kommune
Egedal Kommune
Fredensborg Kommune
Frederiksberg Kommune
Frederikssund Kommune
Furesø Kommune
Gentofte Kommune
Gladsaxe Kommune
Glostrup Kommune
Gribskov Kommune
Halsnæs Kommune
Helsingør Kommune
Herlev Kommune
Hillerød Kommune
Hvidovre Kommune
Høje-Taastrup Kommune
Hørsholm Kommune
Ishøj Kommune
Lyngby-Taarbæk Kommune
Rudersdal Kommune
Rødovre Kommune
Tårnby Kommune
Vallensbæk Kommune

- **Region Hovedstaden**

Udvalget for forebyggelse og sammenhæng
Social og Psykiatriudvalget
Hospitalerne i Region Hovedstaden
Region Hovedstadens Akutberedskab

- **Andre udvalg**

Patientinddragelsesudvalget
Praksisplanudvalget



- **Patientforeninger:**

Danske Patienter
Psykiatريفoreningernes Fællesråd
Alzheimerforeningen

- **Andre organisationer**

Danske Handicaporganisationer
Ældresagen
Regionsældrerådet – Region Hovedstaden

- **Faglige organisationer:**

Danmarks Apotekerforening
Danske Fysioterapeuter
Dansk Kiropraktorforening
Dansk Psykolog Forening
Dansk Socialrådgiverforening
Dansk Sygeplejeråd
Ergoterapeutforeningen
Jordemoderforeningen
Foreningen af Yngre Læger
Foreningen af Offentligt Ansatte Fag og Arbejde
Foreningen af Speciallæger
Foreningen af Praktiserende Speciallæger
Jordemoderforeningen
Kost og Ernæringsforbundet
Landsforeningen af Socialpædagoger
Pharmadanmark
Praktiserende Lægers Organisation

Relateret document 3/4

Dokument Navn:	Bilag 3 Høringsudkast Sundhedsaftale 2019 - 2023.pdf
Dokument Titel:	Bilag 3 Høringsudkast Sundhedsaftale 2019 - 2023
Dokument ID:	2646487

Vores sundhedsaftale

Høringsudkast til Sundhedsaftale 2019 -2023 for Region
Hovedstaden, kommunerne og almen praksis.

Indholdsfortegnelse

1. Forord
2. Vores udfordringer
3. Vores fælles visioner
 - Mere sammenhæng i borgerens forløb
 - Mere lighed i sundhed
 - Mere samspil med borgeren
 - Mere sundhed for pengene
4. Vores principper for samarbejdet
5. Vores fokusområder
 - Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
 - Sammen om borgere med psykisk sygdom
 - Sammen om børn og unges sundhed
6. Fra aftale til handling: Vores fremgangsmåde og organisering
 - Sundhedskoordinationsudvalget
 - Samordningsudvalg
 - Regionale temagrupper og temamøder
 - Den Administrative Styregruppe
7. Opfølgning
8. Bilagsoversigt

Forord

Vi har i Sundhedskoordinationsudvalget set frem til at præsentere Sundhedsaftalen for 2019 – 2023.

Det er hele Sundhedskoordinationsudvalget, der står bag denne aftale. Det er et udgangspunkt som vi forventer os meget af, for det betyder at parterne bag vores Sundhedsaftale er de 29 kommuner i regionen, Region Hovedstaden og almen praksis i Region Hovedstaden.

Aftalen er den fjerde sundhedsaftale mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner. Vi bygger naturligvis videre på de erfaringer, som vi har fået gennem de foregående aftaler, men samtidig har vi også ønsket at lave en ny form for aftale.

Vores udgangspunkt har været et fælles ønske om at lave en klar og fokuseret aftale, der lægger nye spor for et meget dynamisk og tæt samarbejde om sundhed, til gavn for de mange borgere, der har brug for indsatser på tværs af sektorgrænserne.

Aftalen er derfor båret af vores værdier og beskriver vores fælles politiske visioner, mål og principper for hvordan vi vil udvikle samarbejdet inden for de tre områder, som vi har valgt at sætte særligt fokus på i denne sundhedsaftale.

Vi har i kommunerne, regionen og i almen praksis hver vores roller og opgaver på sundhedsområdet. Afsættet for vores samarbejde er en anerkendelse heraf, men samtidig har vi også et stort fælles ønske om at handle proaktivt i forhold til borgernes sundhed. Tidlig indsats og udvikling af flere effektive forebyggelsestilbud vil derfor være vigtige pejlemærker, når vi går i gang med at udfolde og konkretisere de fem mål som vi har udvalgt under vores tre fokusområder.

Vi ved, at Sundhedsaftalen først vil gøre en reel forskel, når aftalens ord omsættes i handling. Det er en krævende opgave. Men, vi er allerede godt på vej!

I forberedelsen af aftalen er vi blevet mødt af et stort engagement og ønske om tage ejerskab for denne Sundhedsaftale fra politikere, foreningsrepræsentanter, borgere, pårørende og medarbejdere.

Vi skylder alle en stor tak for de mange gode input, som Sundhedskoordinationsudvalget har fået undervejs i processen og som har gjort os klogere på, hvilke udfordringer, som det er særligt vigtigt at Sundhedsaftalen sætter fokus på.

Det er vores ønske at dialogen ikke stopper her. Dialogen skal fortsætte og udvikles gennem hele aftaleperioden. Vi byder derfor alle parter - og ikke mindst borgere og pårørende - ind i samarbejdet om Vores Sundhedsaftale!

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Flemming Pless
Formand

/

Sisse Marie Welling
Næstformand

Vores udfordringer

Baggrundstæppet og overliggeren for denne Sundhedsaftale er de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.

De otte nationale mål sætter en klar retning for, hvordan vi i kommunerne, regionen og praksissektoren sammen med borgere og pårørende skal samarbejde for et bedre sundhedsvæsen: Mere sammenhængende forløb, styrket indsats for borgere med kroniske sygdomme og ældre borgere, ulighed i sundhed og patientsikkerhed er blandt de vigtigste områder at sætte ind i det lokale samarbejde.

Målene er nationale, men det er lokalt, vi kan gøre en forskel ved at tage et fælles ansvar for borgernes sundhed.

Sundhedsvæsenets vej mod de nationale mål følges med forskellige indikatorer og i vores region er vi udfordret på væsentlige områder.

Udfordringerne er desværre velkendte – vi har stået overfor dem i mange år. Til trods for, at der er gjort et stort stykke arbejde er der stadig alt for mange borgere, der oplever u hensigtsmæssige akutte indlæggelser og genindlæggelser. Vi har stadig en social skæv fordeling af sygdomme, og alt for mange borgere, der falder mellem systemerne.

Samtidig betyder udviklingen i samfundet og inden for sundhedsvæsenet, at der hele tiden kommer nye aspekter til, som vi må forholde os til. Frem mod 2030 kan vi forvente at blive 200.000 flere borgere i regionen - næsten halvdelen vil være over 60 år, hvoraf flere vil leve i mange år med én eller flere kroniske sygdomme.

Vi ser også en udvikling hvor nye behandlingsformer, ny teknologi og omlægning af opgaver betyder, at sundhedsvæsenet rykker tættere på borgerens hjem. Det er i sig selv en positiv udvikling, men det stiller helt nye krav til den måde, som kommunerne, praksissektoren og regionen skal samarbejde på.

Vi skal derfor tænke nyt, og vi skal gøre det bedre sammen – til gavn for borgeren!

Vores fælles vision

Sundhedsaftalen skal skabe en ny ramme for flere og bedre fælles løsninger på de udfordringer, som borgere/pårørende, kommuner, region og praksissektor står overfor på sundhedsområdet.

Med denne sundhedsaftale vil vi gå nye veje. Vi vil nedbryde barrierer, som begrænser vores muligheder for at løfte vores fælles ansvar for sundhed og for at tilbyde alle borgere sammenhængende forløb med høj kvalitet.

Sundhedsaftalen skal være en stærk katalysator for et samarbejdende sundhedsvæsen med en fælles vision om:

- Mere sammenhæng i borgerens forløb
- Mere lighed i sundhed
- Mere samspil med borgeren
- Mere sundhed for pengene.

Mere sammenhæng i borgerens forløb

Sundhedsvæsenet er en kompleks størrelse og borgerne har gennem deres sygdomsforløb ofte kontakt med mange forskellige fagpersoner fra flere sektorer, der handler ud fra forskellige regler, økonomi og kultur. Det kan gøre det svært for både borgere, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over forløbet.

Men, kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke komme borgeren til last og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom. Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstænkning og mindre silotænkning.

Mere lighed i sundhed

Der skal være let og lige adgang til sundhed for alle borgere i regionen. Men, vi ved også, at det desværre ikke er tilfældet i dag. Mange borgere oplever på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold, store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Det har både store konsekvenser for samfundsøkonomien og for de grupper i vores befolkning, der mister sunde leveår.

Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar. Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed.

Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi borgenes sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser.

Og vi vil forsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for flere fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer.

Vi mener, at det er vejen til at skabe mest mulig sundhed for alle borgerne i regionen.

Mere samspil med borgerne

Borgere, der rammes af sygdom, har en naturlig forventning om at blive mødt af et sundhedsvæsen, der tager afsæt i den enkeltes behov, ønsker og ressourcer. Tilsvarende er der mange pårørende, som også kan have behov for støtte.

Vi ved også, at et afsæt i borgerens og de pårørendes behov og ønsker giver bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Vi vil derfor skabe det nødvendige rum til et aktivt samspil med borgerne. Borgere og pårørende er helt centrale, når vi udvikler nye indsatser og sundhedstiltag.

I de individuelle forløb vil vi møde borgeren og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter, anerkender og handler ud fra deres viden og ønsker.

Mere sundhed for pengene

Hele sundhedsvæsenet er under stigende pres og ressourcerne er knappe. Opgaverne skal derfor løses, hvor det er mest effektivt for samfundsøkonomien og giver mest værdi for borgerne.

Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem klare snitfladebeskrivelse, ved kompetenceudvikling eller ved, at vi fletter vores indsatser endnu mere sammen.

Vores principper for samarbejdet

Vores visioner skal afspejles i vores handlinger. Det kræver fælles forståelse for den måde, som vi vil samarbejde på inden for det samlede sundhedsvæsen.

Med afsæt i de erfaringer, som vi har fået gennem mere end 10 års samarbejde om sundhedsaftaler, har vi derfor udviklet nedenstående principper for, hvordan vi vil arbejde sammen omkring de dele af borgernes liv, som vi er fælles om.

Vi er enige om, at vi tager afsæt i disse principper, når vi udfolder og konkretiserer de fokusområder, som vi vælger at arbejde med i Sundhedsaftalen.

Borgerne med fra start

Vi inviterer borgerne med fra start, når vi udvikler og udfolder vores fokusområder og aftaler konkrete indsatser. Deres unikke viden og perspektiv skal bidrage til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi for borgeren. De kan udfordre vores sprog, kultur og rammer, så vi bliver bedre til at inddrage og tilrettelægge forløb på borgernes præmisser.

Helhedssyn

Når vi udvikler modeller for vores samarbejde, er omdrejningspunktet borgernes – og især sårbare borgers – samlede behov og livssituation. Vi vil udvikle og udbrede nye organisatoriske tilgange og samarbejdsformer, når vi kan se at det vil skabe mest værdi for borgerne og fremmer lighed i sundhed.

Samme høje kvalitet

Vi vil arbejde for, at alle borgere i hele regionen møder et sundhedsvæsen med ensartet og høj kvalitet i sundhedstilbuddene. Samtidig skal der være rum til udvikling af lokale løsninger, fordi der er forskelle i de udfordringer og muligheder, der er i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor inden for de enkelte planområder. Vi vil derfor aftale fælles kvalitetsmål og standarder, og vi åbner for, at der kan være forskel i valg af metoder og hvor hurtigt implementering kan ske.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi skal tilrettelægge opgaverne, så de placeres efter princippet om laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau til gavn for borgerne fremfor traditionelle sektor- og faggrænser. Ved ændring af opgavevaretagelsen mellem kommuner, region og praksissektor, skal de økonomiske konsekvenser være klarlagt. Det skal give gennemsigtighed og over tid en rimelig balance i økonomien mellem kommuner, region og praksissektor.

Fælles kompetenceudvikling

Udviklingen i sundhedsvæsenet og de aftaler vi indgår i Sundhedsaftalen stiller nye og store krav til vores medarbejderes faglige og relationelle kompetencer, men også til rekrutteringen af kommende medarbejdere. Når vi udfolder vores indsatser, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Og vi skal have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

Vi skal sikre, at det sundhedsfaglige personale ved, hvem der skal gøre hvad, og hvornår. Det gælder både den organisering vi har i dag og ved nye løsninger, der nedbryder de eksisterende organisatoriske skel. Ved overdragelse af opgaver laver vi samarbejdsaftaler, der blandt andet tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordelingen og økonomi.

Sammenhængskraft

Vi skal have fokus på, at vi ved at øge kendskab til hinandens opgaver, handlemuligheder, sprog og kultur kan styrke samarbejdskultur og sammenhængskraft. Det vil være en løftestang for det fortsatte arbejde med den gode kommunikation og sikre sammenhængende patientforløb, og ikke mindst en forudsætning for at lykkes med at nedbryde siloerne.

Fælles ansvar for borgernes sundhed

Vi skal både have fokus på at løfte den samlede befolknings sundhed og at tilgodese særlige målgrupper, når vi udfolder fokusområder. Volumen og mulige effekter skal indgå i vores overvejelser.

Rammen for vores fokusområder

Vi ser de otte nationale mål for sundhed som tydelige pejlemærke for den retning, som vi ønsker at sætte for vores samarbejde om sundhed. Vores fælles fokusområder skal derfor bidrage til at realisere de nationale målsætninger. Regeringen følger udviklingen nøje indenfor målene gennem en række udvalgte indikatorer på regionalt og kommunalt niveau.

Vi vil - hvor det er muligt - følge resultaterne af vores arbejde ud fra de indikatorer, der er fastlagt for de otte nationale mål.

Nationale mål for sundhed



Vores fokusområder

Vi er ambitiøse på borgernes vegne. Men, vi ved, at vi ikke kan arbejde med alle udfordringer og nationale mål på én gang. Vi vil derfor samle kræfterne om få og udvalgte fokusområder, hvor vi ser et særligt stort behov for at udvikle det regionale tværsektorielle samarbejde om sundhed.

Med få udvalgte fokusområder sikrer vi også en dynamisk sundhedsaftale. Vi kan undervejs i perioden udpege nye fokusområder eller vælge at justere de indsatser, som vi arbejder med inden for de enkelte fokusområder. Dermed kan vores indsats gennem hele aftaleperioden koncentreres om de områder, hvor vi ser de største behov for at videreudvikle samarbejdet om kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Samtidig skaber vi plads til at arbejde med de nationale tiltag indenfor det tværsektorielle område, som løbende gives til regioner og kommuner.

I forberedelsen af Sundhedsaftalen har politikere, patientforeninger og interesseorganisationer samt fagpersoner været inviteret ind til dialog om, hvor de ser de største udfordringer i det tværsektorielle samarbejde om sundhed.

På baggrund af den dialog er vores højst prioriterede fokusområder:

Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

For borgere med en eller flere kroniske sygdomme er sammenhæng i indsatsen en særlig udfordring.

Samtidig ved vi, at den ældre borger er i stor risiko for at blive indlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem en tidligere og mere koordineret indsats, eller fordi der i den akutte situation ikke findes gode alternativer til indlæggelse.

For den ældre borger skaber mange indlæggelser utryghed og er en stor indgriben i deres hverdagsliv med risiko for tab af funktionsevne.

Vi skal derfor sikre, at alle borgere oplever en tryk behandling og pleje af høj kvalitet, og når det er muligt sætte ind med en hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem.

Det er vores mål, at:

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.

Sammen om borgere med psykisk sygdom

Borgere med svær psykisk sygdom har en større dødelighed end befolkningen generelt. Det er der mange årsager til, men manglende behandling af somatiske sygdomme spiller en stor rolle. Dødeligheden er størst for de borgere, som også er særligt udsatte, såsom hjemløse. Deres situation er ofte så kompleks, at der er behov for særligt koordinerede indsatser, hvis et behandlingsforløb skal blive succesfuldt.

Også hverdagslivet er for mange af borgerne med psykisk sygdom, præget af mange og komplekse udfordringer, og de har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis. Og alt for mange oplever et forløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for den enkeltes behov.

I den nuværende sundhedsaftale har vi udarbejdet samarbejdsaftaler, som beskriver opgaver og snitflader mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne. Samarbejdsaftalerne er et vigtigt redskab, som videreføres. Men der er brug for, at vi supplerer samarbejdsaftalerne med flere initiativer, hvor vi inddrager flere aktører i samarbejdet og sætter fokus på inddragelse af civilsamfundet. Vi skal indrette os bedre for at sikre en sammenhængende og rettidig indsats for den enkelte borger.

Det er vores mål, at:

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.

Sammen om børn og unges sundhed

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidlige forebyggelsesindsatser.

Vi ved, at den rette støtte til moderen - til forældrene - allerede under graviditeten og i barnets første leveår kan fremme barnets trivsel og udvikling. For gravide og familier med sociale problemstillinger eller psykiske udfordringer er det en særlig udfordring at få den støtte, som de har behov for. Det handler om at sikre en tidlig koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats. En forudsætning for, at vi kan nå dertil er, at vi får bedre rammer for et velfungerende tværsektorielt samarbejde.

Vi ved også, at stadig flere børn og unge mistrives i deres hverdag, og vi ser en stor stigning i børn og unge, som udredes eller behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er en udvikling vi tager meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.

Det er vores mål, at:

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Fra aftale til handling: Vores fremgangsmåde og organisering

Vi skaber først resultater sammen, når sundhedsaftalen kommer ud og lever i hverdagen hos vores medarbejdere på hospitalerne, i kommunerne og i praksissektoren.

De prioriterede fokusområder skal derfor hurtigt udfoldes og konkretiseres, så vi kan komme i gang med implementeringsarbejdet.

Vi vil arbejde med udfoldelsen af vores fokusområder på en måde, som afspejler vores bærende principper for samarbejdet. Organiseringen skal understøtte helhedstænkning, borgerinddragelse, fælles kvalitetsmål og plads til forskellighed, når vi kommer til valget af metoder.

Vores udgangspunkt er derfor, at vi vil arbejde med et fleksibelt set-up, der giver et stort rum til den lokale udvikling og de gode lokale løsninger. Men, samtidig vil vi sikre fælles udvikling på de områder, hvor der er brug for at vi finder nye løsninger, som går på tværs af kommunegrænser og hospitalernes optageområder.

Grundpillerne i vores organisering er:

Sundhedskoordinationsudvalget

Når vi igangsætter arbejdet med fokusområderne og de mål, som vi har aftalt i sundhedsaftalen, sker det gennem temadrøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget. I de drøftelser sætter vi politiske pejlemærker for den retning, som vi ønsker for arbejdet med de enkelte mål. Det skal være klart for alle, hvad vi ønsker at opnå.

I forbindelse med temadrøftelserne aftaler vi også, hvordan vi følger op på arbejdet med vores mål, og om der er brug for at vi udvikler indikatorer som supplement til de nationale indikatorer, der indgår under de 8 nationale kvalitetsmål. Herudover aftales også, hvorvidt der skal arbejdes videre med det enkelte mål lokalt i samordningsudvalgene, eller om der skal arbejdes videre med målet på regionalt niveau.

Samordningsudvalg

Vores samordningsudvalg er nedsat med udgangspunkt i planområder, det vil sige et hospital og de kommuner, der primært benytter hospitalet / det psykiatriske center. I samordningsudvalgene indgår repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne og almen praksis.

Samordningsudvalgene har et indgående kendskab til både lokale udfordringer og muligheder. Det kendskab vil vi bruge mere aktivt. Vores udgangspunkt er derfor, at en væsentlig del af arbejdet med konkretisering og implementering af sundhedsaftalens målsætninger skal ske gennem samordningsudvalgene, så der udvikles gode lokale løsninger.

Samordningsudvalgene kan derudover også varetage opgaver for hele regionen. Vi vil åbne op for en model, hvor et samordningsudvalg kan byde ind på en opgave med at konkretisere et mål inden for et af vores fokusområder med henblik på efterfølgende implementering i hele regionen.

Samordningsudvalgene får dermed en ny rolle, da de både vil arbejde i et udviklingsspor, som kan være på lokalt eller regionalt niveau, og i et driftsspor. Samtidig sikrer vi, at arbejdet i samordningsudvalgene afspejler vores principper for samarbejdet. Det betyder blandt andet, at vi understøtter brugerinddragelsen i samordningsudvalgenes arbejde.

Vi er åbne for, at samordningsstrukturen kan ændres i løbet af aftaleperioden, hvis vi vurderer, at en anden organisering i højere grad vil understøtte arbejdet med vores mål.

Temagrupper

Vi ved, at der kan være brug for at vi udfolder nogle af vores mål, inden samordningsudvalgene kan tage over. Det kan fx være tilfældet for dele af børneområdet, som kun er delvist integreret i samordningsstrukturen.

Tilsvarende er vi også opmærksomme på, at der gennem samordningsudvalgenes arbejde med sundhedsaftalens mål kan vise sig udfordringer, som kalder på løsninger på tværs af planområderne i regionen. Det kan fx handle om behov for revision i vores eksisterende kommunikationsaftaler eller om behov for nye regionsdækkende samarbejdsaftaler fx med de praktiserende læger.

I sådanne tilfælde kan vi vælge at lægge opgaven ud til et samordningsudvalg eller nedsætte en temagruppe. Temagrupperne sammensætter vi med repræsentanter fra de parter, der har særlig viden eller interesse på området. På den måde kan vi få belyst udfordringerne og finde frem til de gode løsninger. I nogle tilfælde vil et enkelt møde være tilstrækkeligt, mens der i andre tilfælde kan være brug for flere drøftelser.

Uanset hvilken model vi benytter inviteres borgere altid med.

Den Administrative Styregruppe

Vores nuværende samarbejdsstruktur er administrativt bygget op omkring Den Administrative Styregruppe, som er sammensat af repræsentanter fra kommunerne, almen praksis og regionen. Styregruppen har det overordnede administrative ansvar for arbejdet med sundhedsaftalen - herunder de praktiske opgaver med at sikre overblik over arbejdet med sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Herudover varetager Styregruppen koordinering af de opgaver, som vi i øvrigt arbejder sammen om på sundhedsområdet.

Vi vil fortsat have en administrativ styregruppe, men vi retænker - med afsæt i vores principper og fokusområder - styregruppens sammensætning og arbejdsform. Det betyder blandt andet, at vi vil have brugerrepræsentanter med i styregruppen og at vi skal finde en model, som sikrer bedre sammenhæng til børneområdet.

Opfølgning

Vi følger op på arbejdet med Sundhedsaftalen med afsæt i de indikatorer, som vi aftaler, når vi igangsætter arbejdet med de enkelte fokusområder og mål.

Vi anvender i videst muligt omfang eksisterende og landsdækkende datakilder – det vil sige data fra de 8 nationale mål om sundhed, samt data fra fx Sundhedsprofilen og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). På den måde kan vi følge udviklingen over tid, og vi får mulighed for at sammenholde vores resultater med de resultater, der opnås i de andre regioner.

Et helt centralt mål for vores opfølgning er også at sikre konkret læring og spredning af viden. Vi vil derfor supplere med andre former for opfølgning, hvor vi sætter fokus på at dele de gode lokale erfaringer fra samarbejdet. Det kan blandt andet ske gennem temamøder, hvor der inviteres bredt ind til dialog og erfaringsudveksling om arbejdet med et eller flere af sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Derudover laver vi en samlet midtvejsstatus for arbejdet med alle vores fokusområder og mål. Og i forbindelse hermed drøfter vi også på behovet for justeringer i vores aftale.

Ved udgangen af aftaleperioden følger vi op på vores erfaringer og resultater i en slutstatus.

Bilagsoversigt

Der er i forbindelse med de tidligere sundhedsaftaler udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, forløbsprogrammer og konkrete aftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne. Disse eksisterende vejledninger, aftaler mm. videreføres til denne sundhedsaftale, indtil der evt. træffes andre beslutninger herom.

Bilagene kan hentes på www.regionh.dk/sundhedsaftale.

UDKAST

Relateret document 4/4

Dokument Navn:	Bilag 4 udkast til høringssvar fra Gentofte Kommune.docx
Dokument Titel:	Bilag 4 Udkast til høringssvar fra Gentofte Kommune
Dokument ID:	2647091



24. januar 2019

Høringssvar vedr. Sundhedsaftale 2019-2023

Gentofte Kommune har d. 20. december 2018 modtaget sundhedskoordinationsudvalgets høringsudkast til Sundhedsaftale 2019-2023 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis.

Høringsmaterialet er blevet behandlet i Gentofte Kommunes Ældre-, Social- og Sundhedsudvalg, Børneudvalg, Økonomiudvalg og Kommunalbestyrelse og har været i høring i kommunens Seniorråd og Handicapråd.

Kommunen har nedenstående bemærkninger til høringsudkastet.

Bifalder en fokuseret aftale

Gentofte Kommune bifalder, at udkastet til Sundhedsaftale 2019-2023 fremstår overskueligt og struktureret og har et tydeligt fokus på de tre højst prioriterede fokusområder: ”Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom”, ”Sammen om borgere om psykisk sygdom” og ”Sammen om børn og unges sundhed”. Kommunen er enig i fokusområderne og finder det positivt, at aftalen har et snævert fokus på få relevante indsatser fremfor tidligere aftalers mange forskellige indsatser. Kommunen finder det endvidere positivt, at børneområdet i højere grad indtænkes i aftalen end, det har været tilfældet tidligere.

Bifalder samordningsudvalgets rolle

I Sundhedsaftalen 2019-2023 beskrives samordningsudvalgets organisering og det tilkendes, at udvalgets indgående kendskab til lokale udfordringer og muligheder skal bruges mere aktivt. Udvalget skal fremadrettet deltage i konkretiseringen og implementeringen af sundhedsaftalens målsætninger. Der åbnes endvidere op for, at udvalget kan byde ind på opgaven med at konkretisere mål inden for et af sundhedsaftalens fokusområder med henblik på efterfølgende implementering i hele regionen. Gentofte Kommune finder denne tilkendegivelse meget positiv, da det giver god mening at samordningsudvalget får en mere aktiv rolle.



Sammenhæng

Af Gentofte Kommunes budgetforlig 2018 fremgår det, at forligspartierne ønsker, at der skal være et stort fokus på at sikre gode sektorovergange for borgerne, så skiftet fra region til kommune bliver trygt. Det skal blandt andet være fokus i forbindelse med indgåelse af den nye 4-årige sundhedsaftale med Region Hovedstaden. Det er Gentofte Kommunes opfattelse, at udkastet til den nye sundhedsaftale i høj grad har netop dette fokus på forbedring af borgerens sektorovergang mellem region og kommune.

Bifalder en god proces

Gentofte Kommune vil gerne benytte lejligheden til at takke for den proces, som er blevet iværksat i forbindelse med udarbejdelse af udkast til en ny sundhedsaftale. Processen har været god og konstruktiv – både på det administrative og det politiske niveau. Resultatet af arbejdet afspejler, at de inddragede parter har givet hinanden plads og fokuseret på at finde fælles løsninger til gavn for den enkelte borger.

Gentofte Kommune opfordrer til, at der gives mulighed for, at aftalen kan revideres i lyset af en kommende sundhedsreform, som alt andet lige vil stille nye krav til samarbejdet mellem aktørerne på sundhedsområdet.

Gentofte Kommune ser frem til at få den endelige sundhedsaftale 2019-2023 til godkendelse og deltage i det fremadrettede arbejde med at implementere aftalen.

Dokument Navn:	Udkast til høringssvar Hospitalsplan.pdf
Dokument Titel:	Udkast til høringssvar Hospitalsplan
Dokument ID:	2662527
Placering:	Emnesager/Hospitalsplan 2025/Dokumenter
Dagsordens titel	Hospitalsplan 2025
Dagsordenspunkt nr	4
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	4



26. februar 2019

UDKAST

Høringssvar vedr. Hospitalsplan 2025

Gentofte Kommune har modtaget Hospitalsplan 2025 til høring med høringsfrist den 11. marts 2019.

Høringsmaterialet er blevet behandlet i Gentofte Kommunes Ældre-, Social- og Sundhedsudvalg, Børneudvalg, Økonomiudvalg og Kommunalbestyrelse og har været i høring i kommunens Seniorråd og Handicapråd.

Gentofte Kommune har noteret sig, at Hospitalsplan 2025 som den femte hospitalsplan i rækken af hospitalsplaner for Region Hovedstaden siden tilblivelsen i 2007 bygger videre på de tidligere hospitalsplaner, og at Regionsrådet har fastlagt og prioriteret fire bærende principper for hospitalsplan 2025: Kvalitet, sammenhængende patientforløb, nærhed og effektivitet, at principperne skal sætte retning for det regionale sundhedsvæsens udvikling frem mod 2025, og at Hospitalsplan 2025 foreslår at fastholde den nuværende hospitalsstruktur med en række tilpasninger i opgavefordelingen mellem hospitalerne og de psykiatriske centre.

Gentofte Kommune har følgende generelle bemærkninger til høringsudkastet:

Sammenhængende forløb

I Gentofte Kommunes sundhedspolitik 'Borgerrettet behandling' er der blandt andet sat fokus på at skabe sammenhængende forløb for de borgere, der har behov for pleje og behandling i det nære sundhedsvæsen. Den samme ambition skal komme til udtryk i hospitalsplanens princip om sammenhængende patientforløb for de patienter, der udredes og behandles på regionens hospitaler og psykiatriske centre. Der er i Gentofte Kommune et ønske om, at der også arbejdes kontinuerligt med at skabe større sammenhæng i forløbene for borgerne, hvor der sker overgange mellem sundhedsvæsnets sektorer - region, kommune og almen praksis. Det gælder særligt ældre medicinske patienter og borgere med én eller flere kroniske sygdomme; grupper der forventes i vækst i årene der kommer. Det er af stor betydning, at borgerne i så vidt omfang som det overhovedet er muligt, oplever trykke og velfungerende overgange. Det er vores klare forventning, at Hospitalsplan 2025 skal kunne medvirke til at understøtte bedre sammenhængende forløb på tværs af sektorer og ikke alene indenfor det regionale sundhedsvæsen.



Nærhed

Skiftende hospitalsplaner har siden 2007 bevæget sig i retning af mere specialisering og centralisering. Gentofte Kommune finder det særdeles vigtigt at sikre nærhed og tryghed for den enkelte borger, og at behandlings- og plejetilbud tilbydes så tæt på borgerens hjem som muligt. Gentofte Kommune fremhæver derfor med stor tilfredshed, at den lokale akutklinik med tilhørende medicinske afdelinger og senge på Gentofte Hospital fastholdes og bevares uændret i forhold til den eksisterende hospitalsplan. Nærhed giver tryghed for de 13.700 årlige patientkontakter fra Gentofte Kommune. Særligt for ældre patienter og deres pårørende. Patienttilfredsheden er markant større på akutklinikkerne end på de store akutmodtagelser. Og færdigbehandlingsprocenten er 97-98 %, hvilket betyder, at det er minimalt, hvor mange patienter der overføres til akutmodtagelserne.

Omvendt er det utilfredsstillende, hvis Audiologisk Afdeling på Gentofte Hospital ikke bevares. Gentofte Kommune mener, at dette speciale skal opretholdes på Gentofte Hospital som i dag i samdrift med Rigshospitalet. Dette særligt under hensyn til ældre borgeres fortsatte mulighed for at blive behandlet i nærområdet – men under respekt for at den højt specialiserede behandling fortsat sker på Rigshospitalet.

Desuden er det uhensigtsmæssigt for såvel borgere som medarbejdere i Gentoftes Kommunes botilbud, at retspsykiatrien for Gentoftes vedkommende flyttes fra Glostrup til Sct. Hans i Roskilde da samarbejdet med retspsykiatrien i Glostrup fungerer godt i dag.

I høringsudkastet er der lagt op til, at embedsmændene skal kunne flytte speciale og afdelinger mellem hospitalerne, uden at det godkendes af regionsrådet eller et af rådets udvalg, f.eks. Sundhedsudvalget og Forretningsudvalget. Dette finder Gentofte Kommune helt uacceptabelt, idet dette svækker den politiske kontrol, både for regionsrådet, men også for kommunerne når man ikke vil have mulighed for at få indflydelse på beslutningerne endsige kunne følge med og tilkendegive holdninger. Der kan være argumenter for at flytte behandlinger og afdelinger, men ændringer skal kunne drøftes og besluttet åbent og skal ikke afgøres på et lukket embedsmandskontor.

Derudover fremgår det ikke klart, hvem der har kompetencen til fysisk at flytte hospitalers udefunktioner, hvilket Audiologisk Klinik, som omtalt ovenfor, er et eksempel på. Gentofte Kommune gør opmærksom på, at der i et borgerperspektiv ikke opleves forskel på udefunktioner. Derfor bør principperne for flytning af disse være de samme som beskrevet ovenfor.

Kvinde-barn området

Initiativerne til styrkelse af kvinde-barn området hilses velkommen, og Hospitalsplanens tiltag på området vil give de fødende bedre muligheder. Dog savnes et større fokus på hele familien og særligt på fædrenes eller partnernes aktive deltagelse og tilstedeværelse i fødselsforløbet.

Relateret document 2/4

Dokument Navn:	Hospitalsplan 2025 - DEC 2018 - Høring.pdf
Dokument Titel:	Hospitalsplan 2025 - DEC 2018 - Høring
Dokument ID:	2655327

Hospitalsplan 2025

HØRINGSVERSION

Indholdsfortegnelse

1. Forord.....	4
2. Et sundhedsvæsen i udvikling	5
2.1 Principper for hospitalsplanlægning i Region Hovedstaden	5
3. Nyt i hospitalsplanen	9
3.1 Status for Hospitalsplan 2020 og årlige justeringer.....	10
3.2 Nyt i Hospitalsplan 2025	13
4. Fremtidens hospitaler	17
4.1 Nye og moderne rammer	17
4.2 Byggeprojekter i Region Hovedstaden.....	18
4.2.1 Det nye Rigshospital og BørneRiget	19
4.2.2 Nyt Hospital Glostrup.....	20
4.2.3 Nyt Hospital Bispebjerg	21
4.2.4 Nyt Hospital Herlev.....	22
4.2.5 Nyt Hospital Hvidovre	24
4.2.6 Nyt Hospital Nordsjælland	26
4.2.7 Ny Psykiatri	27
4.3 Renovering af eksisterende hospitaler.....	28
5. Tendenser i det regionale sundhedsvæsen.....	29
5.1 En attraktiv region	29
5.2 Udviklingstendenser	32
5.3 Visioner for forskning og innovation	34
6. Rammer for Hospitalsplan 2025	36
6.1 De overordnede rammer	36
6.2 Region Hovedstadens kliniske grundstruktur.....	37
6.3 Hospitalsstruktur og planområder	37
6.3.1 Optageområder for akut og planlagt behandling	41
6.4 Samarbejde med andre regioner	42
7. Hospitalsstruktur.....	44
7.1 Rigshospitalet	46
7.2 Amager og Hvidovre Hospital.....	49
7.3 Bispebjerg Hospital	51
7.4 Herlev og Gentofte Hospital.....	53
7.5 Steno Diabetes Center Copenhagen	55
7.6 Nordsjællands Hospital	56

7.7 Bornholms Hospital.....	58
7.8 Region Hovedstadens Psykiatri.....	60
7.8.1 Voksenpsykiatri.....	60
7.8.2 Børne- og ungdomspsykiatri	63
7.9 Fordeling af funktioner på hospitalerne.....	65
8. Én indgang til akut behandling.....	69
8.1 Akuttelefonen 1813	69
8.2 1-1-2 AMK-Vagtcentralen	70
8.3 Den landsdækkende akutlægehelikopterordning.....	71
8.4 Psykiatriske akutmodtagelser	71
8.5 Traumecenter, akutafdelinger og akutklinikker (somatik)	72
9. Det nære sundhedsvæsen.....	74
9.1 Opgaver i det nære sundhedsvæsen.....	74
9.2 Udvikling i retning af flere nære sundhedstilbud	75

1. Forord

Forord er ikke med i høringsudkastet

2. Et sundhedsvæsen i udvikling

Region Hovedstaden er landets største sundhedsvæsen. Udredning og behandling af borgere i regionen foregår på syv hospitaler, otte psykiatriske centre og et børne- og ungdomspsykiatrisk center. Det sker i tæt samspil med over 1.000 praktiserende læger og 29 kommuner i hovedstadsregionen. Udover udrednings- og behandlingsopgaver varetager regionen uddannelse af sundhedsprofessionelle samt udvikling og forskning i tæt samarbejde med universiteterne, professionshøjskolerne og erhvervslivet. Dette bidrager til, at patienter får den bedste behandling og de bedste vilkår for et godt liv.

Regionen leverer sundhed til ca. 1,8 mio. borgere - et antal der forventes at stige i fremtiden. Der behandles flere og flere patienter, og det er en udvikling, der forventes at fortsætte. Vi lever længere, og dermed bliver vi flere, der lever med kroniske sygdomme og får livstruende sygdomme fx hjerte- og kræftsygdomme, der ofte kræver dyr og længerevarende behandling. Samtidig kommer der nye behandlingsmuligheder og nyt teknologisk udstyr, som gør det muligt at behandle for flere sygdomme. Med stigende forventninger om kvalitet i behandlingen og sammenhæng i forløbet er det vigtigt fortsat at have et regionalt sundhedsvæsen, som inden for den økonomiske ramme kan leve op til disse krav.

Indførelse af værdibaseret styring i regionen skal medvirke til at leve op til kravene. Ambitionen med værdibaseret styring er at skabe mest mulig værdi for patienterne inden for den økonomiske ramme. Det understøtter en af regionens overordnede politiske målsætninger om, at patientens situation styrer forløbet, og at det regionale sundhedsvæsen altid skal tage udgangspunkt i det enkelte menneske, når patientens forløb tilrettelægges.

2.1 Principper for hospitalsplanlægning i Region Hovedstaden

Hospitalsplanen udstikker en langsigtet ramme for hospitalsvæsenet i Region Hovedstaden. I Hospitalsplan 2025 fastholdes den overordnede hospitalsstruktur og opgavefordeling mellem hospitalerne. Planen bygger videre på grundelementerne i de foregående hospitalsplaner og har fokus på at leve op til de krav og forventninger til sundhedsvæsenet, som stilles af regionens borgere, deres pårørende og de sundhedsprofessionelle.

Med Hospitalsplan 2025 foretages en række ændringer i organiseringen på hospitalerne, der er nærmere beskrevet i kapitel 3. Ændringerne har afsæt i anbefalinger fra hospitalerne og regionens sundhedsfaglige råd. De gennemføres ud fra en samlet betragtning om at give patienterne den bedst mulige oplevelse i mødet med sundhedsvæsenet. Samtidig understøtter ændringerne den fortsatte udvikling af stærke

faglige miljøer, der er et fundament for fortsat høj kvalitet, uddannelse, udvikling og forskning.

Ændringerne er foretaget med udgangspunkt i fire politisk vedtagne principper for hospitalsplanen, der er drøftet på dialogmøder med blandt andet politikere, borgere, kommuner og faglige organisationer. Principperne er prioriteret i følgende rækkefølge:

1. Kvalitet
2. Sammenhængende patientforløb
3. Nærhed
4. Effektivitet

Principperne sætter retning for, hvordan det regionale hospitalsvæsen skal udvikle sig de kommende år.

Med principperne er ambitionen, at patienter skal modtage en behandling af høj faglig kvalitet. Behandlingen skal være sammenhængende og samtidig ske så tæt på borgerens bopæl som muligt - under hensyntagen til, at der skal opnås mest mulig sundhed for pengene. Selvom de fire principper er prioriterede, er de tæt koblet og indbyrdes forbundne. Når principperne er benyttet som grundlag for at vurdere, om der skal foretages ændringer i strukturen, er det sket under hensyntagen til lokale forhold, fx borgernes afstand til nærmeste behandlingstilbud.

Nedenfor er principperne for hospitalsplanlægningen i regionen beskrevet. Udover de fire principper, er 'lighed i sundhed' også et grundlæggende princip, der vægtes højt og går på tværs af de øvrige principper. Alle borgere uanset baggrund og ressourcer skal tilbydes den behandling, som de har behov for. Udsatte borgere tilbydes derfor differentierede og særligt målrettede indsatser, som sikrer, at der opnås det bedst mulige resultat af behandlingen.

1. Kvalitet

Borgere, som benytter hospitalerne i Region Hovedstaden, skal modtage behandling på internationalt niveau. Derfor skal hospitalsplanen først og fremmest understøtte en fortsat høj kvalitet i patientbehandlingen. Det skal sikres, at faglig kvalitet vægtes højest, uanset hvor i forløbet borgerne møder sundhedsvæsenet - og om det er i behandlingen af almindeligt forekommende sygdomme eller højt specialiseret behandling.

Der er dokumentation for sammenhængen mellem kvalitet, erfaring og volumen, både på afdelings- og hospitalsniveau samt i forhold til den enkelte medarbejder. Et tilstrækkeligt patientvolumen er væsentligt for at sikre erfaring og kvalitet i behandlingen. Derfor skal hospitaler og afdelinger have en vis størrelse og patientvolumen, og behandlinger skal ud fra et kvalitetshensyn ikke varetages flere steder, end der er behov for.

2. Sammenhængende patientforløb

Region Hovedstadens borgere skal opleve gode og sammenhængende patientforløb, som er kendetegnet ved, at det er patientens situation, der styrer forløbet. Patienter og pårørende giver udtryk for, at det kan være svært at finde rundt i det komplekse sundhedssystem. Derfor skal behandlingen være organiseret, så det understøtter sammenhængende forløb uden unødvendige overgange mellem afdelinger, centre og hospitaler. Når det af kvalitetshensyn er nødvendigt med overgange undervejs i forløbet, fx ved specialiseret behandling, skal der sikres koordination og sammenhæng mellem behandlingstilbuddene.

Sammenhængende patientforløb har tæt kobling til patientoplevelset kvalitet i behandlingen. Undersøgelser viser, at skift mellem hospitaler, behandlere og sektorer giver større risiko for forsinkelser og fejl i behandlingen. Som patient skal man kunne føle sig tryk i overgange, og når der er brug for en samtidig indsats fra flere sektorer. Hospitalsplanen skal være med til at sikre sammenhængende forløb, både på hospitalet samt i kontakten med kommunen og den praktiserende læge. Det er derfor afgørende, at samarbejdet på tværs af hospitaler og sektorer fortsætter og videreudvikles.

3. Nærhed

Behandlingen har i en årrække bevæget sig i retning af mere specialisering og centralisering. For samtidig at sikre nærhed og tryghed for den enkelte borger er det vigtigt, at udvalgte behandlinger udføres så tæt på borgerne som muligt.

Region Hovedstaden er opdelt i fire planområder, der sikrer, at borgerne kan få behandlet størstedelen af de almindeligt forekommende sygdomme i nærheden af deres bopæl uden unødvendige overflytninger til andre hospitaler/psykiatriske centre. Af kvalitetshensyn udføres den specialiserede behandling ikke i alle planområder, hvorfor nærhed især prioriteres for sygdomme med stort patientvolumen samt for borgere med fx kroniske sygdomme og den ældre medicinske patient, som har mange årlige hospitalsbesøg.

Ud over den geografiske nærhed til regionens hospitaler kan nærhed også imødekommes ved etablering af fx udgående funktioner, hvor borgerne behandles i eget hjem, gennem digitale løsninger eller i borgernære sundhedshuse, hvor udvalgte ydelser kan varetages i samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner.

4. Effektivitet

Hospitalsplanen skal bidrage til en fortsat effektiv drift, så der kan opnås mest mulig sundhed for pengene. Regionen står overfor en demografisk udvikling med flere ældre borgere. Samtidig udvikles flere behandlingsmuligheder og der er stigende forventninger og krav til sundhedsvæsenet. Det nødvendiggør en optimal udnyttelse af ressourcerne, hvor behandlingen er omkostningseffektiv.

Ressourcemæssige besparelser kan fx opnås ved at samle afdelinger og funktioner på færre matrikler. De nye hospitalsbyggerier er med til at sikre bedre logistik og arbejdsgange og dermed en fortsat høj produktivitet og en effektiv drift. Fremadrettet er der også fokus på at omlægge flere indlæggelser til ambulante besøg, samt at flere hospitalsydelser skal varetages af praktiserende læger eller af kommuner. For patienterne vil der være fordele ved denne omlægning, fx færre unødvendige indlæggelser og mere nærhed i behandlingen.

Nye og tidssvarende rammer

Med Hospitalsplan 2020 blev den overordnede hospitalsstruktur i Region Hovedstaden fastlagt. Der er i regionen følgende hospitaler: Rigshospitalet som landets højst specialerede hospital, fire store akuthospitaler, Bornholms Hospital med geografisk særstatus og ét samlet Region Hovedstadens Psykiatri. I kapitel 7 er hospitalsstrukturen nærmere beskrevet.

I år 2025 vil nye hospitalsbyggerier og renoverede hospitaler være ibrugtaget. Det vil give nye og moderne rammer til patienter, pårørende og personale, der skal sikre rammerne for fremtidens regionale sundhedsvæsen. En væsentlig ændring frem til 2025 er etableringen af nye akutafdelinger på akuthospitalerne. Det betyder, at borgere med behov for akut behandling får én indgang til hospitalet. Hospitalsplanen skal understøtte en optimal brug af nybyggerierne. Tidshorisonten for ibrugtagelse af de nye byggerier gennemgås i kapitel 4.

Et mere menneskeligt sundhedsvæsen

Den ny hospitalsplan sikrer rammerne for, at behandlingen tager udgangspunkt i den enkelte patient og målrettes efter patientens behov og forudsætninger. Et vigtigt element er at skabe sammenhæng i behandlingen, hvilket blandt andet kræver en tæt koordination og samarbejde på tværs af hospitaler og relevante samarbejdspartnere. Borgerne vil også fremover have brug for hospitalernes ekspertise, men i nogle situationer og for nogle patientgrupper vil mere nærhed i behandlingen skabe større værdi. Frem mod 2025 arbejder Region Hovedstaden for at sikre endnu større sammenhæng og nærhed i behandlingen, hvilket er beskrevet i kapitel 9.

3. Nyt i hospitalsplanen

Formålet med hospitalsplanerne for Region Hovedstaden har været at give en langsigtet ramme for udviklingen af det regionale sundhedsvæsen. Hvert år tager regionsrådet stilling til, om det er nødvendigt at ændre i den gældende hospitalsplan, så den lever op til de krav og forventninger, der stilles af patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Hospitalsplanen er løbende blevet revideret i takt med, at ændringer har været fagligt eller økonomisk nødvendige.

De første hospitalsplaner fra 2007 satte retningen for den omstilling og udvikling, der er sket siden dannelsen af regionen. Her blev grundstenene for hospitalsstrukturen og opgavefordelingen mellem hospitalerne lagt. Regionen blev endvidere inddelt i fire planområder, der fortsat udgør grundlaget for bæredygtige akuthospitaler og psykiatriske centre.

Som det ses på nedenstående tidslinje er der ca. hver 4. år blevet vedtaget en ny hospitalsplan for regionen.



De overordnede linjer i de første hospitalsplaner blev videreført med Hospitals- og Psykiatriplan 2020 fra 2011 og senere med Hospitalsplan 2020 fra 2015. Der har i planerne været et vedvarende fokus på at sikre et regionalt sundhedsvæsen, der er kendetegnet af udvikling, høj faglig kvalitet i behandlingen samt stærke og toneangivende faglige miljøer.

Med hospitalsplanerne er der sket en række større ændringer i regionens hospitalsstruktur. Fx er nær- og områdehospitalerne blevet fusioneret til fire store akuthospitaler, der kan

behandle de almindeligt forekommende sygdomme i nærheden af borgeren. Der bygges nye akutafdelinger, der bliver akuthospitalernes samlede indgang for borgere med akut sygdom.

Der er løbende ændret i organiseringen af behandlingstilbud til borgerne, fx sammenlægning af hospitalsafdelinger og psykiatriske funktioner med henblik på at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og at give et bedre grundlag for forskning og udvikling. Samtidig er der af hensyn til nærhed i behandlingen etableret fx udgående hospitalsfunktioner og sundhedshuse tæt på borgerne.

3.1 Status for Hospitalsplan 2020 og årlige justeringer

Indeværende hospitalsplan afløser Hospitalsplan 2020, der blev vedtaget af regionsrådet i 2015. Formålet med ændringerne i Hospitalsplan 2020 var samlet set at understøtte, at regionen fortsat kunne levere behandling af høj faglig kvalitet og sammenhæng i patientforløb. Det betød, at opgavefordelingen mellem hospitalerne blev tilpasset, blandt andet for at understøtte mulighederne for effektiviseringer i årene frem.

Store dele af hospitalsplanen er blevet gennemført, men en fuld realisering af planen afventer nye hospitalsbyggerier, der ibrugtages i de kommende år. Først når byggerierne står færdige, kan den fulde effekt af nye akutafdelinger opnås.

Nedenfor er en status over de ændringer, som er gennemført på baggrund af Hospitalsplan 2020:

- *Kvinde-barn sygdomme*
Optageområder for kvinde-barn sygdomme (fødsler, kvindesygdomme og børne- og ungesygdomme) er primo 2017 ensrettet.
- *Brystkirurgi*
Regionens to brystkirurgiske afdelinger er medio 2017 fusioneret med én afdelingsledelse. Afdelingen er forankret på Herlev og Gentofte Hospital med udefunktion på Rigshospitalet. Der vil endvidere ske en fysisk sammenlægning af brystkirurgien, jf. afsnit 3.2.
- *Led- og knoglekirurgi*
Den kirurgiske behandling af led og knogler på Frederiksberg-matriklen er lukket i 2016. Behandling af borgere i planområde Byen er nu samlet på Bispebjerg Hospital og på Herlev og Gentofte Hospital.
- *Urinvejskirurgi*
Den urologiske afdeling på Frederiksberg-matriklen er i 2016 administrativt og fysisk flyttet til Herlev og Gentofte Hospital. Den urologiske aktivitet i regionen varetages nu af Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital.

- *Gigt, bindevævs- og rygsygdomme*
De fire afdelinger for gigt, bindevævs- og rygsygdomme blev primo 2016 organisatorisk samlet til én afdeling; Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme. Klinikken har primært tilhørsforhold på Rigshospitalet.
- *Psykiatri*
Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Frederiksberg er primo 2017 organisatorisk sammenlagt til ét center; Psykiatrisk Center København. For oplysninger om en fysisk samling af centret henvises til afsnit 3.2.

Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Hvidovre er organisatorisk sammenlagt primo 2016.

Det er i Hospitalsplan 2020 endvidere vedtaget, at specialiseret håndkirurgi fra hele regionen samles på Herlev og Gentofte Hospital. Det er efterfølgende i 2016 besluttet at bibeholde den eksisterende organisering, så funktionen fortsat varetages på Rigshospitalet, Nordsjællands Hospital og Herlev og Gentofte Hospital. Dette skyldes, at størstedelen af den specialiserede behandling af lægefaglige grunde kræver samarbejde med andre funktioner, som fysisk ligger på Rigshospitalet.

Med afsæt i beslutninger i Hospitalsplan 2020 er der endvidere set nærmere på følgende områder:

- *Hud-, allergi- og kønssygdomme*
Der er udarbejdet en analyse af organiseringen af området for hud-, allergi- og kønssygdomme. I analysen er forskellige modeller for organisering af området belyst, og det er i forbindelse med Hospitalsplan 2025 vurderet, at der ikke på nuværende tidspunkt er tungtvejende faglige grunde til at ændre den nuværende organisering. Der skal derfor fortsat være to afdelinger for hud- og kønssygdomme på henholdsvis Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Herlev og Gentofte Hospital, som fortsat bør styrke samarbejdet om patienterne.
- *Medicinske afdelinger*
Der er i 2016 udarbejdet et oplæg om den samlede kapacitet på det medicinske område og sammenhængen til indsatser i kommuner og praktiserende læger. Der er vedtaget en række målsætninger og løsninger for at forbedre den samlede kapacitet og nedbringe overbelægning på det medicinske område. Fx arbejdes på at sikre en tæt kobling mellem de medicinske funktioner og modtagelsen af medicinske patienter i akutafdelinger samt indsatser for at rekruttere og fastholde personale. Der er vedvarende fokus på at nedbringe overbelægningen.
- *Kræftbehandling*
Med henblik på at sikre kvaliteten i udredning, behandling og senfølger på

kræftområdet igangsættes en analyse og udarbejdes en ny regional plan for kræftområdet i Region Hovedstaden, jf. afsnit 3.2.

For nærmere oplysning om baggrund for ændringer, der blev besluttet i Hospitalsplan 2020, henvises til <https://www.regionh.dk/hospitalsplan>

Udover de organisatoriske ændringer besluttet med Hospitalsplan 2020 er hospitalsstrukturen også løbende blevet tilpasset. Der er blandt andet givet et løft på følgende områder:

- *Oprettelse af Center for Kønsidentitetsforhold*
Primo 2019 oprettes et Center for Kønsidentitetsforhold. Centret forankres i somatikken på Rigshospitalet. Etablering af et center for kønsidentitet skal være med til at give transkønnede borgere forbedrede og individualiserede udrednings- og behandlingstilbud samt skabe ny viden om langtidskonsekvenserne af behandlingen.
- *Oprettelse af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse*
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse blev oprettet primo 2018. Forskningscentret hører under Bispebjerg Hospital og er en fusion af Afdeling for Klinisk Epidemiologi og Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. Formålet med centret er blandt andet at udføre forskning i sygdomsårsager og forekomst af sygdom samt optimeringer af behandlinger samt modeller for implementering.
- *Oprettelse af Center for Komplekse Symptomer*
Center for Komplekse Symptomer oprettes primo 2019 og er beliggende under Socialmedicinsk Center på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Centret skal varetage udredning og behandling af patienter med svære fysiske symptomer, som ikke har anden påviselig fysisk eller psykisk sygdom. Centret skal sikre bedre behandling og afklaring af symptomer for de patienter, som tidligere har været tilknyttet forskellige hospitalsafdelinger.
- *Oprettelse af Steno Diabetes Center Copenhagen*
Steno Diabetes Center Copenhagen blev oprettet primo 2017, og vil være beliggende på Herlev Hospitals matrikel, når det nye diabetes center er klar til ibrugtagning. Centret varetager behandling, forskning, forebyggelse af diabetes og uddannelse af sundhedspersonale inden for diabetes. Der henvises til afsnit 7.5 for nærmere oplysninger om centrets profil.

3.2 Nyt i Hospitalsplan 2025

Med Hospitalsplan 2025 videreføres de overordnede linjer i de tidligere hospitalsplaner. Formålet med hospitalsplanen er at sikre, at regionens borgere også fremover modtager en behandling af højeste kvalitet. Desuden skal der være sammenhæng i patientforløbene og nærhed til behandlingen, under hensyntagen til at der skabes mest mulig sundhed for regionens borgere. Som det fremgår af nedenstående, skal ændringerne primært være med til at sikre fortsat høj kvalitet og mere sammenhængende patientforløb i hospitalsvæsenet.

I tidligere hospitalsplaner har organisatoriske ændringer været matrikelspecifikke i de tilfælde, hvor hospitalerne er beliggende på flere matrikler. Koblingen til matrikler ophæves i denne hospitalsplan, og dermed specificerer hospitalsplanen kun, hvilket samlet hospital der varetager funktionen.

Nogle af ændringerne forudsætter anlægs- og driftsmidler, som i givet fald skal tilvejebringes, inden ændringen kan implementeres.

- *Styrkelse af kvinde-barn området*
Oprettelse af Kvinde-Barn-Center på Bispebjerg Hospital
Der oprettes et nyt Kvinde-Barn-Center på Bispebjerg Hospital, der skal skabe plads til et forventet stigende antal fødsler i de kommende år. Oprettelsen sker i forbindelse med ibrugtagning af Nyt Hospital Bispebjerg.

Centret vil få plads til ca. 3.500 fødsler om året og vil komme til at bestå af en fødeafdeling, en børne- og ungeafdeling inkl. afsnit for behandling af nyfødte samt en afdeling for kvindesygdomme. Med etablering af centret kan Bispebjerg Hospital – i lighed med regionens ørige akuthospitaler – behandle for kvinde- samt børne- og ungesygdomme. Hermed sikres ensartethed på tværs af akuthospitalerne.

Oprettelse af fødeklinikker

Med henblik på at imødekomme borgernes ønske om mere differentierede fødetilbud oprettes i 2019 skærmede in-house fødeklinikker for forventede normale fødsler på regionens fire store fødesteder.

In-house fødeklinikkerne har til formål at imødekomme mange nybagte familiers ønske om en mindre hospitaliseret fødeoplevelse, hvor der samtidig sikres bedst mulig patientsikkerhed ved, at fødeklinikken ligger på hospitalet, hvor der ved behov for akut hjælp kan tilkaldes speciallæge eller den fødende kan flyttes til fødegang.

Etablering af hjemmefødselsordning

I 2019 etableres en fælles regional hjemmefødselsordning, der erstatter, at hvert fødested håndterer hjemmefødsler i eget opgaveområde. Der har gennem årene været en stigning i antallet af hjemmefødsler, og formålet med hjemmefødselsordningen er at sikre en god og ensartet kvalitet i

hjemmefødslerne, hvor de jordemødre, der indgår i ordningen, har særlig interesse og erfaring med hjemmefødsler. Med en regional hjemmefødselsordning sikres et særskilt vagtberedskab til hjemmefødsler, så jordemødre ikke skal forlade fødegangen for at betjene en hjemmefødende.

Oprettelse af Center for Reproduktion

Det er ultimo 2018 besluttet at etablere et murstensløst Center for Reproduktion i Region Hovedstaden. Formålet med centret er at styrke fertilitetsområdet, således at kvaliteten af behandlingen øges. Centret skal over tid udvide og udvikle samarbejdet om behandling, uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling til gavn for kvinder og par på fertilitetsområdet.

- *Varetagelse af brystkirurgi inkl. mammadiologi samles på Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte-matriklen*

Det blev i Hospitalsplan 2020 besluttet at samle brystkirurgi inklusiv mammadiologi (røntgenundersøgelse af brystet) på Herlev og Gentofte Hospital, Herlev-matriklen. Med Hospitalsplan 2025 samles området på Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte-matriklen. Dette sikrer, at hospitalets samlede kapacitet kan udnyttes optimalt.

- *Samling af funktioner i Børne- og Ungdomspsykiatri samt Psykiatri*

Samling af senge i børne- og ungdomspsykiatrien

Børne- og ungdomspsykiatriske senge samles på matriklen i Glostrup. Det betyder, at de eksisterende sengepladser på matriklen i Bispebjerg lukkes. Herudover vil ambulatorier på Vibeholmsvej (Brøndbyvester) samt enkelte ambulatorier relateret til sengeafdelingen blive samlet på Glostrup-matriklen. Ambulatorier på Bispebjerg og i Hillerød fastholdes. Forslaget indebærer, at matriklen i Glostrup skal udbygges.

Formålet med samlingen er at sikre bedre sammenhæng i forløbene, særligt mellem akutfunktion og øvrige sengeafsnit. Vurderingen er, at det vil give den bedst mulige kvalitet. Samtidig vil en samling sikre, at sengefunktionen har en bedre størrelse i forhold til at sikre en effektiv drift. En samling vil understøtte gode rammer for indlæggelse af børn og unge med psykiatiske problemstillinger gennem udendørsarealer, fælles opholdsrum og mulighed for aktiviteter.

Samling af funktioner i voksenpsykiatrien

Psykiatrisk Center København samles på Ny Psykiatri Bispebjerg, bortset fra ambulante funktioner, som ligger i de enkelte bydele. Hermed samles de funktioner, som ligger på Rigshospitalet samt Bispebjerg-, Gentofte- og Frederiksberg-matriklerne. Med Hospitalsplan 2020 blev det besluttet organisatorisk at sammenlægge Psykiatrisk Center Frederiksberg og Psykiatrisk Center København. Ændringen i Hospitalsplan 2025 indebærer, at også funktionerne på Frederiksberg-matriklen flyttes. Forslaget indebærer, at byggeriet af Ny Psykiatri Bispebjerg udvides.

Behovet for en samling øges, når de somatiske hospitalsfunktioner fraflytter Frederiksberg-matriklen i forbindelse med ibrugtagning af Nyt Hospital Bispebjerg. Det vil betyde, at fx somatisk tilsyn og eventuel anæstesiassistance skal leveres fra Bispebjerg-matriklen. En samling af funktionerne vil sikre mere sammenhængende patientforløb uden overflytninger mellem matrikler samt mere effektiv drift og dermed bedre ressourceudnyttelse.

- *Nedlæggelse af patienthoteller på akuthospitalerne*
Som konsekvens af tidligere beslutninger, blandt andet i aftaler om regionens budget, vil der ikke være patienthoteller i tilknytning til akuthospitalerne. Patienthotellet på Herlev og Gentofte Hospital nedlægges i 2019. På Rigshospitalet vil der fortsat være patienthotel fortrinsvis til gavn for patienter fra øvrige dele af landet, der modtager specialiseret behandling på Rigshospitalet.

I de senere år opleves en ændring, hvor flere patienter har et højere pleje- og behandlingsbehov, end de tilbud der findes på patienthotellerne. Det har på den baggrund ikke været muligt at sikre en tilstrækkelig høj udnyttelse af patienthotellerne. Denne udvikling forventes at fortsætte, og med lukning af patienthotellerne kan der opnås en bedre udnyttelse af ressourcerne til gavn for patienterne.

Herudover er der funktioner, som skal fremmes med Hospitalsplan 2025, samt funktioner og områder som der skal arbejdes videre med og undersøges nærmere, inden der eventuelt ændres i den nuværende organisering.

- *Regional kræftplan*
Der udarbejdes en regional kræftplan for Region Hovedstaden, som skal understøtte en fortsat høj kvalitet i kræftbehandlingen og gode sammenhængende patientforløb. Der forventes en øget subspecialisering på kræftområdet. Dette kræver, at kompetencer og viden samles med henblik på at have de nødvendige kompetencer samt et tilstrækkeligt patientgrundlag. Der vil derfor på sigt være behov for et endnu tættere samarbejde i regionen.

Kræftplanen skal indeholde en analyse og kortlægning af patientforløbene på kræftområdet. Som en del heraf skal der ses på regionens samlede kræfttilbud, herunder også diagnostik, senfølger samt behandlingen af blodsygdomme. Kræftplanen skal komme med anbefalinger til den fremtidige varetagelse og organisering af kræftområdet, herunder om der er tilstrækkelig kapacitet.

- *Ensartet tilbud på alle akutafdelinger*
Behandling af infektionssygdomme varetages på alle akuthospitaler. Der er dog behov for at styrke den infektionsmedicinske funktion på Bispebjerg Hospital i samarbejde med Rigshospitalet. Infektionstilstande udgør en væsentlig del af alle akutte indlæggelser, og en øget infektionsmedicinsk tilstedeværelse vil bidrage til

at sikre triagering (sundhedsfaglig vurdering af hvor akut en patients tilstand er) og visitering på højt fagligt grundlag.

På alle regionens akuthospitaler, undtagen Amager og Hvidovre Hospital, er der afdelinger, der kan behandle for hjerne- og nervesygdomme. For at sikre bedre og hurtigere tilsyn af patienter med symptomer på disse sygdomme på Amager og Hvidovre Hospital, styrkes den eksisterende tilsynsfunktion fra Rigshospitalet. Dette skal medvirke til at sikre en mere effektiv vurdering og overflytning af patienter til afdelinger, der behandler for hjerne- og nervesygdomme.

- *Flytning af behandling af høresygdomme til Rigshospitalet*
Der vil blive set nærmere på, om behandling af patienter med høresygdomme skal samles på Rigshospitalet. I dag har Rigshospitalet funktioner for høresygdomme på Bispebjerg Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital. Med en eventuel flytning af høresygdomme kan der frigøres plads på de berørte hospitaler.
- *Kapaciteten på Nyt Nordsjællands Hospital og udnyttelse af den samlede sengekapacitet i regionen*
Regionens fremskrivninger af hospitalsaktivitet viser, at der samlet set er tilstrækkelig antal senge på regionens hospitaler til at rumme den forventede aktivitetsudvikling frem til 2025, jf. afsnit 5.1.

Der forventes en aldrende befolkning især i planområde Nord, der indebærer, at der bliver flere ældre borgere med fx kroniske sygdomme, som typisk har større behov for hospitalsbehandling. Når Nyt Hospital Nordsjælland ibrugtages, vil der være den samme kapacitet til rådighed som på det eksisterende hospital. På den baggrund vil behovet for sengepladser blive fulgt tæt med henblik på at sikre, at den fremtidige hospitalsaktivitet kan rummes på Nyt Hospital Nordsjælland.

- *Sammenhæng mellem retspsykiatriske funktioner*
Forud for ibrugtagningen af Ny Retspsykiatri Sct. Hans er der behov for at se på sammensætningen af den samlede specialiserede retspsykiatriske sengekapacitet, herunder antallet af intensive og åbne sengepladser. Formålet er at sikre en sammenhængende indsats og gode fysiske forhold for de retspsykiatriske patienter, der i dag indlægges på regionsfunktionerne på Psykiatrisk Center Sct. Hans og Psykiatrisk Center Glostrup.

Der henvises til afsnit 7.9 for en oversigt over den fremtidige opgavefordeling mellem hospitalerne.

4. Fremtidens hospitaler

4.1 Nye og moderne rammer

Investeringer i hospitalsstrukturen og nye fysiske rammer tager afsæt i et nationalt behov for en øget specialisering, hvor behandlinger samles på færre hospitaler. Hensigten er at øge den faglige kvalitet og udnytte ressourcerne bedst muligt. En central del af at bygge nye hospitaler er at etablere nye akutafdelinger, der bygges på alle fire akuthospitaler i regionen. Akutafdelingerne er placeret centralt på hospitalerne, og patienten med akut behandlingsbehov får dermed én indgang til hospitalerne. Hovedparten af patienterne vil blive udredt i akutafdelingen og udskrevet derfra eller fortsætte i et ambulant udredningsforløb.

Implementering af tidligere hospitalsplaner har medført en samling af funktioner og etablering af større behandlingsenheder i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hospitalsstrukturen i regionen er således løbende blevet forberedt til de kommende hospitalsbyggerier, inden de ibrugtages, jf. kapitel 7.

De nye hospitalsbyggerier skal gøre det muligt at tilbyde den bedste behandling, service og kvalitet for patienterne. Dette understøttes af det strategiske indsatsområde 'Fremtidens Hospital', der har fokus på at sikre optimal udnyttelse af de nye hospitalsbyggerier.

Der er på tværs af regionerne fastlagt tre overordnede politiske visioner for byggerierne: Patienten i centrum, øget effektivitet og fleksible hospitaler. De er beskrevet nærmere nedenfor.

Patienten i centrum

Kvaliteten skal højnes ved at bygge patientsikkert, ved at bringe patienten i centrum og ved at indføre nye måder at organisere og tilrettelægge arbejdet på i hospitalsbyggerierne.

Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at der i de nye hospitalsbyggerier bygges enestuer til alle patienter og plads til, at pårørende kan overnatte, så patienterne får de bedste muligheder for en god indlæggelse og høj patientsikkerhed. Enestuer giver en række fordele for patienter og pårørende, blandt andet en reduktion i hospitalserhvervede infektioner, forbedret diskretion omkring patienten, og at mere behandling kan foregå på stuen. Jo flere funktioner, som er på enestuerne, desto mere tid bruges sammen med patienten.

I 'Det politiske grundlag for byggeri i Region Hovedstaden' fra 2011 blev det besluttet at etablere enestuer i de nye hospitalsbyggerier, men sigtet er enestuer overalt i regionen i

takt med, at det er økonomisk muligt. Det betyder også, at eksisterende sengestuer renoveres med henblik på at etablere enestuer.

Øget effektivitet

Effektiviteten skal øges ved at styrke sammenhængen i patientforløbene, ved at nytænke organisering og indføre nye måder at organisere og tilrettelægge arbejde på samt ved rationel brug af ny teknologi.

De nye hospitaler bliver bygget ud fra et princip om, at hvert skridt tæller. Placering af kliniske funktioner og støttefunktioner bliver placeret strategisk, så patienter og personale bruger kortere tid på at komme rundt. Effektiviseringen skal i sidste ende komme patienterne til gode.

Fleksible hospitaler

Fleksibilitet i byggeriet skal sikre, at det er let at ændre i indretning, udbygge eller mindske funktioner afhængig af fremtidens behov for behandling og pleje. Der bygges til fremtiden, og behandling og logistik skal i nogle tilfælde understøttes af teknologi og innovative løsninger, der endnu ikke er opfundet.

De fysiske forhold og indretningen af hospitalerne har stor betydning i forhold til den patientoplevede og faglige kvalitet. Patientens vej gennem hospitalet skal være sammenhængende, den mest naturlige og den kortest mulige. Placering af funktioner på hospitalerne skal understøtte stærke faglige miljøer, videndeling og læring.

4.2 Byggeprojekter i Region Hovedstaden

Byggeprojekterne i Region Hovedstaden frem til 2025 kan opdeles i henholdsvis større nybyggerier, fx etablering af et nyt hospital i Nordsjælland og nye akutafdelinger på akuthospitalerne, og ombygningsprojekter, fx eksisterende sengestuer, ambulatorier og servicebygninger.

Regionen har modtaget tilsagn fra statens Kvalitetsfond om medfinansiering, og regionsrådet har afsat yderligere midler til projekterne. Herudover er en række byggeprojekter finansieret af regionale midler samt tilskud fra private fondsmidler.

Nedenfor er de større bygge- og renoveringsprojekter gennemgået.

De nye hospitalsbyggerier i regionen ibrugtages i perioden 2019-2024. Den forventede ibrugtagning af de enkelte byggerier ses her:

<https://www.regionh.dk/Sundhed/Hospitaler/Hospitalsbyggerier/Faktaark-og-kort>.

4.2.1 Det nye Rigshospital og BørneRiget



På Rigshospitalet er en ny patienthotel- og administrationsbygning samt parkeringshus taget i brug i 2015. Patienthotellet rummer enkeltværelser, dobbeltværelser og handicapværelser. Patienthotellet er et attraktivt alternativ for selvhjulpne patienter, der bor langt væk og som har behov for ophold og overnatning i forbindelse med undersøgelse og behandling.

Regional Sterilcentral

Bygningen er den ene af to sterilcentraler i Region Hovedstaden, som bliver taget i brug i 2019. De nye sterilcentraler sikrer blandt andet, at der kan opnås en højere effektivitet, samt at kvaliteten i sterilisering af instrumenter og operationsudstyr forbedres.

Nordfløj

Rigshospitalet udvides med en Nordfløj, der er en ny behandlingsbygning med over 200 enestuer, intensivsenge, operationsstuer, ambulatorier, billeddiagnostisk funktion samt gode rammer til forskning. I Nordfløjen placeres HovedOrtoCenteret og Neurocentret. Nordfløjen forventes klar til ibrugtagning i 2019.

BørneRiget

Frem mod 2024 opføres BørneRiget, hvor behandling af børn, unge, fødende og deres familie samles under ét tag. BørneRiget opføres i samarbejde med Ole Kirk's Fond. Der opføres et nyt, innovativt forsknings-, udviklings- og uddannelseshospital, der tager højde for den sårbare situation, familierne er i, når et barn bliver alvorligt sygt. Byggeriet vil blandt andet indeholde senge til børn, unge og voksne, operationsstuer, fødestuer, opvågningsstuer og ambulatorier.

4.2.2 Nyt Hospital Glostrup



På Rigshospitalets matrikel i Glostrup bliver der bygget et Nyt Neurorehabiliteringshus, der skal skabe rammerne for den bedste pleje, behandling og genoptræning af patienter med skade på hjerne og i rygmarv fra Østdanmark. Byggeriet forventes ibrugtaget i 2022.

Neurorehabiliteringshuset skal skabe god plads til genoptræning af patienter, hvor blandt andet udendørs træningsarealer og forskellige værksteder give gode muligheder for at variere hverdagen. Rehabiliteringshuset skal levere en behandling, hvor patienter, pårørende og personale arbejder sammen om at bringe patienten tilbage til så normalt et liv som muligt. Samtidig skal huset være med til at udvikle og understøtte faglig ekspertise og viden inden for neurorehabilitering på højt niveau både nationalt og internationalt.

4.2.3 Nyt Hospital Bispebjerg



Frem mod 2023 bygges Nyt Hospital Bispebjerg, der omfatter etablering af Laboratorie- og Logistikbygning og Akuthuset samt renoverings- og ombygning af det eksisterende hospital. Nyt parkeringshus blev endvidere taget i brug i 2015.

Laboratorie- og Logistikbygning

Laboratorie- og logistikbygningen opføres med laboratorier, logistik- og lagerfaciliteter samt fælles forskningsfaciliteter. Formålet med den fælles Laboratorie- og Logistikbygning er blandt andet at skabe det mest effektive og fremtidssikrede flow for logistikken på Bispebjerg Hospital samt at skabe nye forbindelser imellem forskellige forskergrupper. Bygningen er taget i brug i 2018.

Akuthuset

Der bygges blandt andet en ny akutafdeling, operationsstuer, intensiv afdeling, røntgen, ensengsstuer og ambulatorier i Akuthuset. Akutafdelingen vil være centrum for størstedelen af Akuthusets aktiviteter og den eneste indgang til hospitalet for alle akutte patienter. Akuthuset forventes klar til ibrugtagning i 2023.

4.2.4 Nyt Hospital Herlev



Nyt Hospital Herlev består af opførelse af et Kvinde-Barn-Center, et nyt Akuthus, en ny sterilcentral samt udvidelse af den eksisterende servicebygning og kapel. I 2018 blev nyt parkeringshus taget i brug. På Herlev matriklen bygges desuden Steno Diabetes Center Copenhagen samt Center for fordybelse og tro.

Derudover bygger Kræftens Bekæmpelse og Realdania et nyt 'Livsrum' i tilknytning til Herlev Hospital, der skal rumme Kræftens Bekæmpelses kræftrådgivning.

Kvinde-Barn-Center og Akuthus

Opførelsen af Kvinde-barn-Center og en akutafdeling udgør ca. 56.600 m² og placeres syd for de eksisterende hospitalsbygninger. Kvinde-barn-centeret kommer til at indeholde børneafdeling, fødegang og barselsgang. Byggeriet forventes klar til ibrugtagning i 2020.

Regional Sterilcentral

Bygningen er den anden af to sterilcentraler i Region Hovedstaden, som bliver taget i brug i 2019. De nye sterilcentraler sikrer blandt andet, at kvaliteten i sterilisering af instrumenter og operationsudstyr forbedres.

Steno Diabetes Center Copenhagen

Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden besluttede i efteråret 2015 at samarbejde om et markant løft af diabetesindsatsen – et nyt Steno Diabetes Center, der etableres ved Herlev Hospital. Centret skal fungere som et behandlings-, sundhedsfremme-, forsknings- og videnscenter for borgere med diabetes og pårørende samt for kommuner og praktiserende læger. Centret skal desuden være omdrejningspunkt for et nationalt og internationalt forskningssamarbejde. Steno Diabetes Center Copenhagen forventes at blive taget i brug i 2021.

Center for Fordybelse og Tro

Region Hovedstaden har modtaget donation fra A.P. Møller og Hustru Christine McKinney Møllers Fond til almene formål til at etablere Center for Fordybelse og Tro. Projektet er planlagt som en mindre, selvstændig bygning på ca. 300 m².

4.2.5 Nyt Hospital Hvidovre



Nyt Hospital Hvidovre omfatter både ombygninger af ambulatorier og sengebygninger i det eksisterende hospital samt etablering af et nyt byggeri, der er integreret med og fungerer i sammenhæng med det eksisterende hospital. Det nye byggeri forventes klar til ibrugtagning i 2021.

Akutafdeling

Der bygges en ny hovedindgang, hvor også en ny akutafdeling vil blive placeret. Akutafdelingen bliver indrettet med blandt andet modtagelse, undersøgelses- og behandlingsrum samt sengeafsnit til de akutte patienter.

Kliniske afdelinger

Det nye byggeri vil herudover rumme en ny afdeling for børn og unge, fødsler og behandling af nyfødte samt hjertesygdomme. Afdelingerne vil blandt andet indeholde nye sengeafsnit, ambulatorier og dagafsnit, og patienterne vil opleve et markant løft af de fysiske rammer.

Ombygning af eksisterende byggeri

I det eksisterende byggeri ombygges de nuværende flersengsstuer til enten ensengs- eller tosensstuer, og efter ombygningen vil alle de ombyggede sengeafdelinger have nye patientmodtagelser ved indgangen til afdelingen.

Store dele af Hvidovre Hospitals ambulatorieetage vil blive moderniseret. Der vil blive rokeret rundt på de forskellige afdelinger, og der bygges nye modtagelser, venteområder og undersøgelses- og behandlingsrum.

Grundet størrelsen af planområde Syd og den forventede befolkningsudvikling kan der på sigt blive behov for at etablere et nyt hospital i Ørestaden. Derfor har regionen sikret mulighed for, at der kan bygges et nyt hospital på Amager gennem en option på en grund i Ørestaden.

4.2.6 Nyt Hospital Nordsjælland



Borgerne i Nordsjælland får et helt nyt hospital på ca. 118.000 m², der vil komme til at ligge på en naturgrund i den kommende bydel Favrholt i Hillerød.

Det nye hospital skal være akuthospital for borgere i planområde Nord. Det skal rumme ca. 20 kliniske funktioner, herunder medicinske og kirurgiske afdelinger med enestuer og en ny akutafdeling. Ved ibrugtagelsen af Nyt Hospital Nordsjælland sammenlægges de eksisterende hospitalsmatrikler i Hillerød og Frederikssund til et nyt moderne hospital, der forventes indflytningsklart i 2022.

4.2.7 Ny Psykiatri



I psykiatrien bygges nye fysiske rammer, der passer til nye behandlingsmetoder, og som vil sikre bedre sammenhæng på tværs af psykiatrien. Byggerierne omfatter ombygning af eksisterende byggeri og nybyggeri.

Ny Psykiatri Ballerup

På Psykiatrisk Center Ballerup er der bygget nyt, og eksisterende bygninger er blevet renoveret, hvilket har muliggjort en samling af de forskellige enheder. Nybyggeriet stod færdig i 2018.

Ny Psykiatri Bispebjerg

I det nordøstlige hjørne på Bispebjerg Hospitals område (billedet) bygges nye bygninger til psykiatrien. De skal blandt andet indeholde psykiatrisk akutafdeling og enestuer til almenpsykiatri. Nybyggeriet forventes ibrugtaget i etaper i perioden 2021 til 2023.

Ny Retspsykiatri Sct. Hans

Det nye Sct. Hans vil rumme Region Hovedstadens retspsykiatriske behandlingsfunktion. I nybyggeriet vil der blive etableret enestuer til retspsykiatriske patienter, herunder også til patienter med særlige fysiske handicap, samt ankomsthus, behandlings-, personale- og kontorfaciliteter. Nybyggeriet forventes ibrugtaget i 2021.

Ny Psykiatri Hvidovre

Fornyelsen af Psykiatrisk Center Hvidovre har både omfattet renovering af eksisterende arealer og tilbygning af nye. Projektet indbefattede blandt andet ny psykiatrisk akutafdeling og almenpsykiatriske senge, og ibrugtagning er sket løbende i perioden 2012 til 2015.

4.3 Renovering af eksisterende hospitaler

Mange af hospitalerne i Region Hovedstaden blev bygget i 1970'erne, blandt andet de tre store hospitaler: Rigshospitalet, Herlev og Hvidovre hospitaler. Alderen på hospitalerne har sat sit aftryk på bygningernes tilstand, og der er i 2016 og 2017 gennemført en tilstandsanalyse af bygningerne, der konkluderede, at de er i en generel dårlig stand.

På den baggrund har regionsrådet i august 2018 besluttet at igangsætte en omfattende renovering af alle hospitaler i regionen. Der afsættes ca. 7 mia. kr. over en 10-årig periode til renoveringen. Dette vil give bedre rammer for behandlingen til gavn for patienterne samt give medarbejderne bedre forhold, så de kan gøre deres arbejde uden at blive generet af nedslidte bygninger.

I begyndelsen af tiårsperioden fokuseres der på renovering af områder, hvor der i dag er mange akutte reparationer af nedbrud, der også generer patienterne og personalet på de kliniske afdelinger. Derefter fokuseres der på grønne renoveringer, hvor gamle energiforbrugende ventilationsanlæg, køleanlæg, varmforsyningsanlæg og belysningsanlæg udskiftes til mere energibesparende udstyr i bygningerne.

5. Tendenser i det regionale sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet har undergået en markant udvikling siden strukturreformen i 2007. Siden regionernes dannelse er behandlingen på hospitalerne blevet mere specialiseret, kvaliteten i behandlingen er steget, og de behandlingsmæssige resultater er blevet bedre. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at flere overlever kræft- og hjertesygdomme, selv om andelen af borgere som får konstateret kræft også er stigende. I samme periode har der været en målrettet indsats for at reducere ventetider. Det har resulteret i hurtigere akutbehandling, kortere ventetider til operationer og i psykiatrien. Der vil også fremover være fokus på at tilbyde regionens borgere hurtigere udredning og behandling.

Størstedelen af patienterne er tilfredse med deres behandlingsforløb på regionens hospitaler. De landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser ligger på et stabilt højt niveau både på hospitalerne og i psykiatrien. Størstedelen af patientforløbene fungerer således fint, men udfordringen ligger især i forløb, hvor patienten har mange hospitalsbesøg.

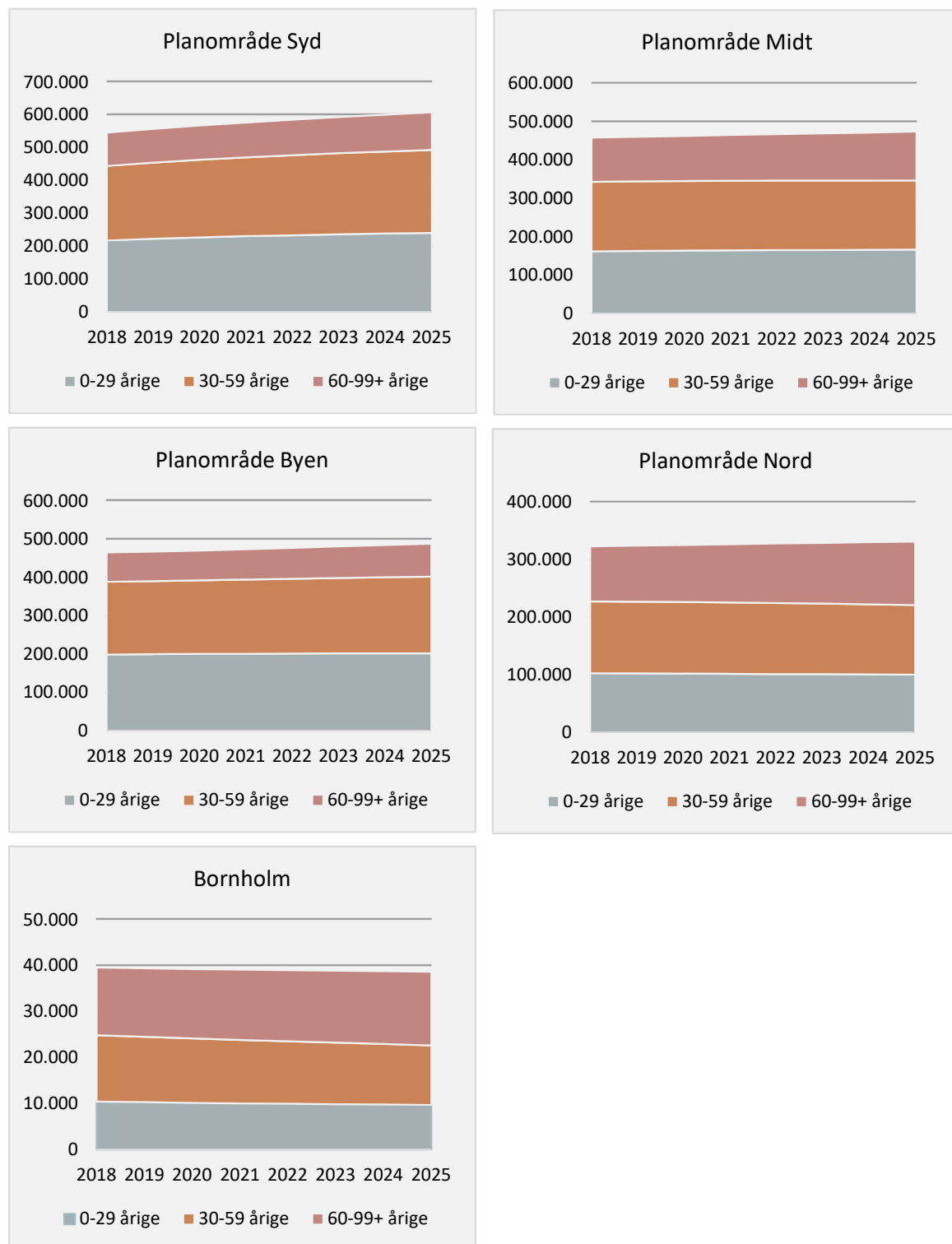
I de kommende år forventes der flere ældre borgere og borgere med en eller flere kroniske sygdomme. Patienter med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter har typisk et mere komplekst sygdomsbillede og er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet. Særligt når disse patienter har akut sygdom, er der behov for et koordineret forløb, der typisk også involverer praktiserende læge og kommunale tilbud efter udskrivelse. Samtidig forventes der også at blive flere borgere med alvorlige sygdomme, der ofte modtager en længerevarende behandling. Det kræver en særlig indsats for at skabe sammenhængende forløb, der er veltilrettelagt ud fra patientens situation. Her er der brug for et tæt samspil mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet, og hospitalsplanen sikrer rammerne herfor.

5.1 En attraktiv region

Region Hovedstaden er et attraktivt sted at bo. Befolkningsprognoser viser, at der forventes flere borgerne i regionen i de kommende år. Dette stiller krav til den fremtidige organisering og tilrettelæggelse af hospitalerne. Antallet af borgere i regionen forventes at stige fra ca. 1,8 mio. i 2019 til knap 2 mio. borgere i 2025, svarende til en stigning på ca. 5 %. Befolkningstilvæksten ses i alle aldersgrupper, men væksten er størst for borgere over 60 år, der forventes at stå for ca. halvdelen af den samlede befolkningstilvækst.

Befolkningstilvæksten er ulige fordelt mellem planområderne i regionen, jf. afsnit 6.3. Den største tilvækst forventes i planområde Syd, der frem mod 2025 forventes at stige med ca. 50.000 borgere, men også i de øvrige planområder forventes en tilvækst. I nedenstående figur 1 ses den forventede befolkningstilvækst fordelt på regionens fire planområder samt på Bornholm.

Figur 1. Forventet befolkningstilvækst frem til 2025



Kilde: Befolkningsprognoser fra hhv. Danmarks Statistik og Københavns Kommune i 2018

Især i planområde Nord og på Bornholm ses en tendens med en aldrende befolkning. Borgere over 60 år udgør i forvejen en større andel af befolkningen i disse planområder. En tendens med en aldrende befolkning indebærer, at andelen af borgere under 60 år vil falde, og andelen af borgere over 60 år vil stige yderligere i de to områder.

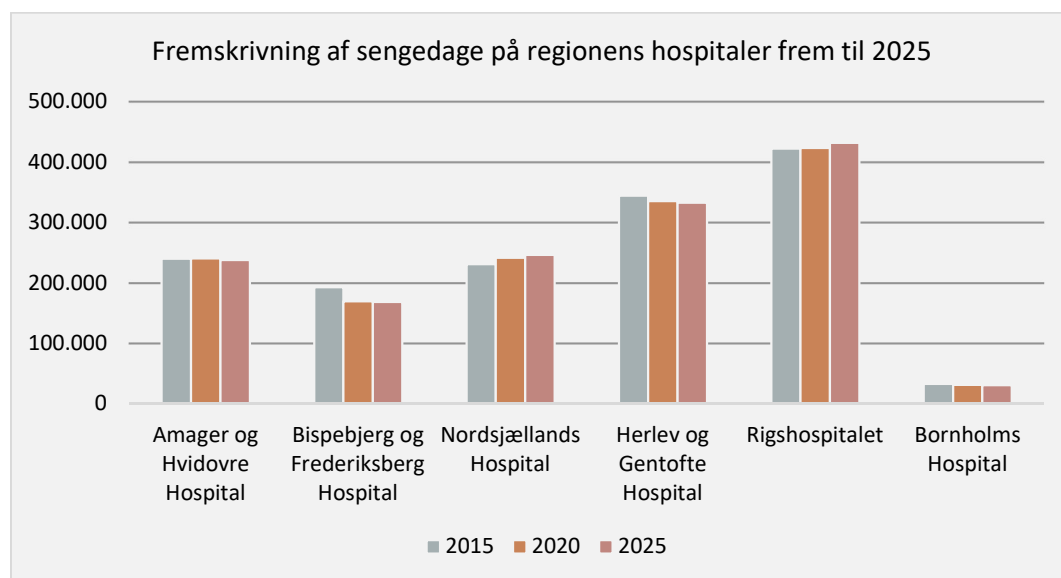
Forventet udvikling i hospitalsydelser

Der har gennem en årrække i regionen været fokus på at omlægge behandlinger og arbejdsgange for at sikre mere og bedre behandling inden for den økonomiske ramme. Det har betydet, at flere behandlinger i dag foretages ambulant, og patienter udskrives hurtigere end tidligere.

Fra 2007 til 2015 er den gennemsnitlige indlæggelsestid blev ca. én dag kortere - fra 4,3 dage i 2007 til 3,2 dage i 2015. Udviklingen i sengebehov varierer dog inden for de enkelte hospitaler og funktioner, hvor fx omlægning fra indlæggelse til ambulant behandling har været mere tydelig på det kirurgiske end det medicinske område.

Den forventede udvikling i sengeaktivitet på regionens hospitaler er vist i nedenstående figur 2. Fremskrivningen af sengeaktivitet tager hensyn til den forventede udvikling i befolkningsstørrelse og -sammensætning, og det er forudsat, at udviklingen i hospitalsydelser med blandt andet kortere liggetider fortsætter i samme takt som tidligere.

Figur 2. Forventet udvikling i sengeaktivitet på hospitaler



Kilde: Aktivitetsfremskrivning for Region Hovedstaden i 2018

I de kommende år vil efterspørgslen efter hospitalsydelser stige i takt med, at vi bliver flere borgere i regionen, og at befolkningen bliver ældre. Der forventes flere indlæggelser, men at indlæggelserne bliver kortere. Ovenstående udviklingstendenser med blandt andet omlægning til ambulant behandling og kortere liggetider er usikre, men det forventes, at tendenserne vil fortsætte, ligesom der fortsat vil være fokus på at opnå effektiviseringer.

Udviklingen understøttes af, at flere ydelser vil blive varetaget af kommunerne og almen praksis, blandt andet som følge af kommunale akutpladser. Det stiller krav til et tæt samarbejde og koordination omkring de indsatser, der går på tværs af sektorer.

Det vurderes, at der samlet set er tilstrækkelig antal senge på regionens hospitaler til at rumme den forventede aktivitetsudvikling frem til 2025. Såfremt der bliver behov for at håndtere et kapacitetspres, er det muligt at lave tilpasninger på tværs af hospitalerne, fx vil der være mulighed for ændre i optageområderne for de enkelte hospitaler og funktioner, så et fremadrettet pres på kapaciteten på et hospital kan håndteres af et andet hospital med ledig kapacitet.

5.2 Udviklingstendenser

I Region Hovedstaden er der igangsat en række tiltag for at imødekomme de tendenser og udfordringer, som forventes de kommende år. Tiltagene skal blandt andet understøtte, at man som patient bliver behandlet på højt fagligt niveau og i et sammenhængende forløb, hvor man bliver udredt og behandlet til tiden. Et væsentligt element i udviklingen af sundhedsvæsenet i disse år er nye teknologiske og digitale muligheder, der vil give nye udrednings- og behandlingsmuligheder og medvirke til at styrke kommunikationen i patientforløbene.

Behandling til tiden

Patienter i det danske sundhedsvæsen har en række rettigheder om udredning og behandling på hospitalerne, der blandt andet er fastlagt i Sundhedsloven. Det gælder retten til hurtig udredning og til at bestemme, hvilket hospital man ønsker at blive undersøgt eller behandlet på. Derudover har man for visse livstruende kræft- og hjertesygdomme ret til at blive behandlet inden for maksimale ventetider. Patientrettighederne stiller krav til, at regionen sikrer effektive forløb og prioriterer kapaciteten til nyhenviste patienter.

For i højere grad at sikre alle regionens borgere ensartede tilbud om hurtig udredning og behandling, har regionen i foråret 2018 oprettet garantiafdelinger indenfor udvalgte funktioner. En garantiafdeling er en eksisterende afdeling på et af regionens hospitaler, der får en regional garantiforpligtelse til at sikre kapacitet til hurtig udredning og behandling, hvis der opstår kapacitetsmangel på de øvrige afdelinger i regionen.

De diagnostiske funktioner har endvidere en afgørende rolle i forhold til at reducere ventetider og sikre overholdelse af udredning- og behandlingsgarantier. Det diagnostiske område har i de seneste år udviklet sig med stor hast, og den teknologiske og digitale udvikling vil betyde, at patienterne fremover vil opleve en højere kvalitet, hurtigere svartider samt diagnostik tættere på patienten. For at understøtte denne udvikling vil der i de kommende år blive igangsat en række konkrete initiativer inden for det diagnostiske område, der blandt andet skal sikre øget koordination på tværs af de diagnostiske funktioner og hospitaler.

Bedre og mere sammenhængende behandling for alle borgere

Regionsrådet har i 2016 nedsat 'Udvalget for Sammenhængende Patientforløb', der har fremsat 12 anbefalinger til mere sammenhængende udrednings- og behandlingsforløb. Målet er, at patienterne i højere grad skal inddrages i egen behandling, og at kommunikationen og koordinationen mellem hospitalsafdelinger, kommuner og praktiserende læger forbedres. Med afsæt i udvalgets anbefalinger er der fx etableret fælles medicinske ambulatorier på hospitalerne i Frederiksberg og Amager, hvor patienterne kan udredes og behandles for flere sygdomme samme sted. Med anbefalingerne er der endvidere fokus på at understøtte, at flere forløb kan foregå hos praktiserende læger.

Indførelsen af patientansvarlig læge skal ligeledes sikre bedre sammenhæng og koordination i patientforløbene samt øge patientens tryghed og tilfredshed med forløbet på hospitalet. Den patientansvarlige læge har det overordnede ansvar for patienter med eksempelvis længerevarende, kroniske og komplicerede forløb samt overblikket over patientens forløb på hospitalet. Indførelsen af patientansvarlig læge skal være fuldt implementeret inden udgangen af 2019.

Der har i de senere år været udfordringer med overbelægning på regionens hospitaler, særligt på medicinske afdelinger i vintermånederne. For at øge kapaciteten og nedbringe overbelægningen er der igangsat flere målrettede initiativer på hospitalerne. Blandt andet er bemanningen på medicinske afdelinger blevet øget, der arbejdes med at forbedre patientflow ved hjælp af hurtigere diagnostik og dermed hurtigere udskrivning af patienterne, samt ved oprettelse af 'bufferstuer' (rum der kan ændres til sengestuer). Der er endvidere igangsat indsatser, som skal forebygge infektioner og dermed undgå ekstra indlæggelsestid. Blandt andet er der opmærksomhed på at overholde de infektionshygiejniske retningslinjer på hospitalerne, ligesom anvendelse af isolationsstuer og enestuer kan reducere smitterisikoen. For at undgå at patienterne er indlagt længere end nødvendigt, er det endvidere afgørende med et tæt samarbejde mellem hospital, kommune og praktiserende læge, så der sikres gode tilbud til patienterne i overgangen efter hospitalsindlæggelse, særligt når det gælder de ældre medicinske patienter.

Nye digitale muligheder

Sundhedsplatformen blev indført i løbet af 2016-2017 på alle hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland og har erstattet 30 forældede og usammenhængende it-systemer. Et sammenhængende it-system understøtter kommunikation og viden om patienterne på tværs af hospitaler og sektorer og er med til at skabe større sammenhæng i behandlingen.

Med sundhedsplatformen samles alle patientens informationer i én elektronisk journal. Det giver personalet et fælles arbejdsredskab og betyder, at alle hospitaler i de to regioner arbejder i et samlet system, hvor data konstant opdateres, og personalet får hurtigt svar på fx blodprøver, scanninger og røntgenbilleder. Samtidig kan borgerne følge med i deres behandling på Min Sundhedsplatform. Her kan de blandt andet gå i dialog med

sundhedspersonalet, se journalnotater og prøvesvar. Samtidig kan patienter med længerevarende forløb aktivt deltage i booking af aftaler. I løbet af de kommende år arbejdes der med at opgradere funktionaliteterne og øge anvendelsesmulighederne i sundhedsplatformen.

Personlig medicin

Såvel nationalt som internationalt ses en udvikling, hvor personlig medicin i stigende grad anvendes til at sikre patienterne en bedre forebyggelse og behandling med færrest mulige bivirkninger. I personlig medicin bruges detaljeret viden om fx genmateriale, prøver og sygdomsforløb til at målrette diagnostik og behandling for den enkelte patient. Region Hovedstaden og Region Sjælland er gået sammen med Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet (DTU) om at opbygge et forpligtende samarbejde om personlig medicin.

I det østdanske samarbejde vil der blive opbygget et fælles datacenter, genomcenter og biobank. Datacentret skal gøre det muligt for forskere og hospitaler at få adgang til relevant data. Genomcentret kan analysere patienters genmasse og udgør sammen med viden fra biologiske prøver et stærkt fundament for forskning og behandling inden for personlig medicin.

5.3 Visioner for forskning og innovation

Sundhedsforskning og -innovation er afgørende for, at borgerne får adgang til den nyeste viden og til de bedste metoder og teknologier, der skal garantere den bedste patientbehandling og livskvalitet. Hospitalsplan 2025 skal understøtte mulighederne for fortsat stærke faglige miljøer, hvor fundamentet for kvalitet, forskning, innovation og uddannelse er til stede på regionens hospitaler.

Inden for sundhedsforskning står Region Hovedstaden allerede i dag stærkt i den globale konkurrence. I 2017 var der i alt cirka 3.750 aktive forskere i regionen, og der er brugt ressourcer svarende til cirka 2,2 mia. kroner på forskning, hvoraf godt halvdelen blev finansieret af eksterne parter. Opgørelser viser også, at flere faggrupper i regionen deltager aktivt i forskning.

Formålet med sundhedsforskning og -innovation er blandt andet at sikre borgerne adgang til et effektivt sundhedsvæsen, som kan tilbyde den bedst mulige behandling, pleje og omsorg på både kort og længere sigt. Aktive forsknings- og innovationsmiljøer sikrer grundlaget for forskningsbaserede uddannelser og efteruddannelser af sundhedspersonalet og medvirker til at gøre sundhedsvæsenet attraktivt i forhold til rekruttering af forskere og sundhedspersonale. Desuden bidrager det til at styrke regionens erhvervsmæssige udvikling til gavn for hele landet.

Forskning som kilde til nye løsninger til gavn for patienter og hospitaler

I Region Hovedstaden er sundhedsforskningen organiseret i tæt samspil med den kliniske behandling og med udgangspunkt i, at den nye viden skal implementeres og bidrage til

nye behandlingsmuligheder og teknologier i klinisk praksis. Patientnær og international stærk sundhedsforskning og -innovation spiller således en helt central rolle i indsatsen for at udvikle nye medicinske, kirurgiske og medicotekniske løsninger (Life Science-området). Dette sker i et tæt samspil med universiteter, professionshøjskoler, andre forskningsinstitutioner og med erhvervslivet – blandt andet for at styrke den nationale indsats for Life Science.

Politik for Sundhedsforskning 2020 skabte forbedrede rammer for sundhedsforskningen på en række områder, og den efterfølgende Forskningsstrategi for Sundhedsforskning 2018-2022 viderefører indsatsen.

Også i de kommende år er der særlig fokus på at sikre, at forskning og innovation af høj kvalitet kan fremmes yderligere, så det kan bidrage til at løse de mere langsigtede udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for. Udfordringer der blandt andet udspringer af ændret demografi, stigende krav om effektivisering og patienter med komplekse sygdomsforløb.

Regionens Forskningsstrategi for Sundhedsforskning 2018-2022 prioriterer fire forskningsområder, der skal understøtte løsninger på sundhedsvæsenets samlede udfordringer:

- Klinisk forskning
- Forskning i forebyggelse og sundhedsfremme
- Forskning i individbaseret medicin (personlig medicin)
- Sundhedstjenesteforskning

Regionens innovationsindsats har en central betydning for, at ny og relevant viden og teknologi, som udvikles gennem forskning og innovation, får optimale muligheder for at blive implementeret.

6. Rammer for Hospitalsplan 2025

Udviklingen af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden blev grundlagt med de første hospitals- og psykiatriplaner i 2007, der sidenhen er blevet revideret i flere omgange. De efterfølgende hospitalsplaner har bygget på de grundsten, der blev lagt med planerne fra 2007.

I hospitalsplanen fastlægges rammen for udviklingen af det regionale sundhedsvæsen, herunder hospitalsstrukturen og opgavefordelingen mellem regionens hospitaler. Det fremgår fx af hospitalsplanen, hvilken faglig profil de enkelte hospitaler har, samt hvilke sygdomsområder hospitalerne skal udrede og behandle for.

Regionsrådet beslutter hvert år, om der er behov at ændre i hospitalsplanen, så planen lever op til udviklingen, samt de krav og forventninger som borgerne har til sundhedsvæsenet. Den politiske forankring af ændringer i hospitalsplanen er med til at sikre løbende fokus på forbedringer - samtidig med at patienter og medarbejdere oplever en stabil retning for udviklingen af sundhedsvæsenet.

6.1 De overordnede rammer

Planlægning og tilrettelæggelse af sundhedsydelserne og hospitalsplanlægningen sker inden for rammerne af de nationale krav og anbefalinger på sundhedsområdet.

Sundhedsloven

Regionen skal i henhold til sundhedslovens § 206 udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Hospitalsplanen indgår som en del af den samlede plan for sundhedsområdet. Som det fremgår af sundhedsloven, vil der ved udarbejdelse af hospitalsplanen blive indhentet rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.

Hospitalsplanlægningen er desuden reguleret i sundhedslovens bestemmelser for specialeplanlægning, jf. sundhedsloven § 207-209. Sundhedsstyrelsen har vedtaget en specialeplan for 2017, der fastlægger, hvilke hospitaler der må varetage de specialiserede udrednings- og behandlingsfunktioner i Danmark. De specialiserede funktioner på hospitalerne varetages i overensstemmelse med deres faglige profiler i Hospitalsplan 2025.

6.2 Region Hovedstadens kliniske grundstruktur

Region Hovedstaden har fastlagt en klinisk grundstruktur for det regionale sundhedsvæsen. Den kliniske grundstruktur blev fastlagt i 2011, og er fortsat relevant og rammesættende. Med den kliniske grundstruktur forstås, hvilke organisatoriske rammer der skal være til stede for at gennemføre et fagligt og patientoplevet veltilrettelagt patientforløb. Udgangspunktet for regionens kliniske grundstruktur er, at det er patientens situation, der styrer forløbet, samt at den sundhedsfagligt ubegrundede ventetid skal reduceres mest muligt.

Den kliniske grundstruktur har afsat i, at der skal være et akuthospital med akutafdeling i hvert af regionens planområder, jf. afsnit 6.3. Etablering af akutafdelinger har medført en gennemgribende ændring i organiseringen af hospitalerne. I denne hospitalsplans tidshorisont vil alle de nybyggede akutafdelinger i regionen blive ibrugtaget. Fremover bliver akutafdelingerne den samlede indgang for borgere med akut sygdom. Borgere med akut sygdom vil møde specialisterne i akutafdelingen fremfor på de forskellige hospitalsafdelinger, hvor de på alle tider af døgnet skal opleve sammenhæng og hurtig afklaring af deres videre forløb. Hurtig og nem adgang til diagnostiske undersøgelser i den indledende udredning er afgørende for et hurtigt og godt flow. Den nye organisering betyder, at der stilles andre krav til de sundhedsfaglige kompetencer, og der vil også fremadrettet være fokus på at sikre et organisatorisk set-up, som kan understøtte denne udvikling.

Regionen som én udredende og behandlende enhed

Regionen er én udredende og behandlende enhed og skal betragtes som én hospitalsenhed. Det betyder, at behandlingen skal leveres med den samme høje kvalitet i hele regionen. Regionens borgere skal modtage behandling på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau, uanset hvor de bor, samt hvor og hvornår de kommer i kontakt med det regionale sundhedsvæsen.

Hospitalerne er afdelingsopbygget med udgangspunkt i funktioner (de lægefaglige specialer), som hospitalernes ledelsesstrukturer også tager afsæt i. Hospitalerne skal indrette sig og tilrettelægge behandlingen, så det understøtter gode patientforløb på tværs af regionens hospitalsmatrikler, afdelinger og faggrænser. Hospitalerne har delvist forskellige faglige profiler og forskellige optageområder, og de har et fælles ansvar for at samarbejde om at levere den bedst mulige hospitalsbehandling til alle regionens borgere.

Nærmere information om regionens kliniske grundstruktur kan ses i rapporten: 'Anbefalinger til fremtidens kliniske grundstruktur – Region Hovedstaden, februar 2011'.

6.3 Hospitalsstruktur og planområder

Rigshospitalet som landets højst specialiserede hospital

Rigshospitalet er regionens og landets højst specialiserede hospital, hvor eksperter og forskere er samlet for at sikre, at hospitalet i sin behandling, forskning og uddannelse kan måle sig med de bedste internationalt. På Rigshospitalet tilbydes højt specialiserede

behandlinger af borgere i Danmark, Færøerne og Grønland, og hvis behandlinger kun skal varetages ét sted i landet, bør det være på Rigshospitalet. På den måde sikres, at alle borgere i rigsfællesskabet kan få højt specialiseret behandling og ekspertise ved sjældne og fagligt komplicerede sygdomme.

Rigshospitalet har regionens traumecenter, hvor svært tilskadekomne samt kritisk syge patienter modtages. Disse patienter kræver en specialiseret indsats og samarbejde med mange diagnostiske og kliniske funktioner på højt specialiseret niveau.

Ét akuthospital i hvert planområde

Region Hovedstaden er inddelt i fire planområder med ét akuthospital og mindst ét psykiatrisk center i hvert område, jf. figur 3. Planområdet er det geografiske område, som akuthospitalets patienter hovedsageligt kommer fra.

Med Hospitalsplan 2025 sikres mere ligeværdige akuthospitaler, hvor størstedelen af funktionerne er til stede. Inddelingen i planområder sikrer, at borgerne kan få behandlet de almindeligt og hyppigt forekommende sygdomme i nærheden af deres bopæl. Der er akutafdelinger på hvert akuthospital, der modtager akut syge eller tilskadekomne patienter. De fire akuthospitaler vil fortsat have delvist forskellige faglige profiler og skal samarbejde for at sikre den bedste behandling for alle regionens borgere, uanset hvilket planområde borgerne bor i. Flere af akuthospitalerne vil også fremover have aktivitet på flere matrikler.

Hertil kommer Bornholms Hospital, der indtager en særstatus på grund af de særlige geografiske forhold.

Figur 3. Hospitaler og psykiatriske centre i planområder

Planområde	Hospital	Psykiatrisk Center
Hele regionen	Rigshospitalet	Psykiatrisk Center Sct. Hans Psykoteraapeutisk Center Stolpegård
Nord	Nordsjællands Hospital	Psykiatrisk Center Nordsjælland
Midt	Herlev og Gentofte Hospital	Psykiatrisk Center Ballerup
Syd	Amager og Hvidovre Hospital	Psykiatrisk Center Amager Psykiatrisk Center Glostrup
Byen	Bispebjerg Hospital	Psykiatrisk Center København
Bornholm	Bornholms Hospital	Psykiatrisk Center Bornholm

Opdelingen i planområder sikrer, at hvert område har et passende befolkningsgrundlag, så der kan opretholdes bæredygtige hospitaler og afdelinger. Planområderne giver et grundlag for et godt tværsektorielt samarbejde med de kommuner og praktiserende læger,

der ligger inden for planområdet, og opdeling i planområder er dermed med til at understøtte sammenhængende patientforløb uden unødvendige overflytninger.

De fire planområder følger kommunegrænserne, og for Københavns Kommune følger planområderne bydelsinddelingen. Den geografiske inddeling af planområderne er vist på nedenstående kort.



Den konkrete kommunesammensætning af planområderne er baseret på en samlet betragtning, der afvejer hensyn til såvel befolkningsunderlag som regionens geografi og trafikale infrastruktur. Planområderne har på nuværende tidspunkt et befolkningsgrundlag på mellem ca. 320.000-550.000 indbyggere. Denne størrelse anses for hensigtsmæssigt for at varetage de akutte hovedfunktioner inden for både det kirurgiske og medicinske område. Prognoser for befolkningsudviklingen viser, at befolkningsgrundlaget inden for de fire planområder vil ændre sig frem mod 2025, jf. afsnit 5.1. Prognoserne og den reelle befolkningsudvikling i planområderne vil blive fulgt tæt for at vurdere, om der på et senere tidspunkt er behov for at ændre i fordelingen af bydele og kommuner mellem planområderne.

Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri er ét hospital, som har aktivitet fordelt på flere matrikler og psykiatriske centre. Psykiatrien er ligeledes inddelt i fire planområder, og der er stort sammenfald mellem de somatiske hospitalers og de psykiatriske centres optageområder. Der er en til to psykiatriske centre i hvert planområde, der varetager en overvejende del af den psykiatriske behandling.

Region Hovedstadens Psykiatri udgør sammen med de seks somatiske hospitaler regionens samlede hospitalsvæsen.

Der henvises til kapitel 7 for uddybende beskrivelse af hospitalernes faglige profil.

6.3.1 Optageområder for akut og planlagt behandling

De fire optageområder i Region Hovedstaden er udgangspunktet for visitation af borgere til sundhedsfaglig behandling. Som udgangspunkt er alle kommuner og bydele i regionen kun knyttet til ét optageområde for så vidt angår behandling på hovedfunktionsniveau dvs. de almindeligt og hyppigt forekommende sygdomme.

I hvert planområde er der en central visitationsenhed (CVI), der videreformidler planlagte og akutte henvisninger fra praktiserende læger, speciallæger og Akuttefonen 1813 til hospitalsafdelingerne. Der er fortsat mulighed for kontakt mellem henvisende læge og modtagende afdeling. Patienter der indbringes med ambulance sker udenom CVI. Formålet med central visitation er at optimere logistikken omkring henvisningsforløb og at skabe sikre henvisningsforløb.

Hospitalernes optageområder følger ikke altid planområderne, da det ikke er alle funktioner (lægefaglige specialer), der er til stede på de enkelte akuthospitaler. Inden for specifikke områder varetages behandlingen således for patienter fra flere forskellige planområder, jf. kapitel 7 om hospitalernes faglige profiler. Fordelingen af funktioner mellem regionens somatiske hospitaler fremgår af afsnit 7.9.

Af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning (jf. rapporten 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' fra 2015) fremgår, hvordan de specialiserede udrednings- og behandlingsfunktioner skal varetages i Danmark:

- Regionsfunktioner vedrører funktioner, som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/eller kræver mange ressourcer, fx samarbejde med flere andre funktioner (lægefaglige specialer).
- Højtspecialiserede funktioner vedrører funktioner, som har en stor kompleksitet, er sjældent forekommende og/eller kræver mange ressourcer.

På baggrund af Region Hovedstadens befolkningsstørrelse og organiseringen med fire store akuthospitaler varetages regionsfunktioner typisk 3-5 steder i regionen.

For højt specialiserede funktioner er udgangspunktet, at de kun skal varetages ét sted i regionen. En stor del af den højtspecialiserede behandling varetages på Rigshospitalet, men også andre hospitaler i regionen varetager højt specialiseret behandling.

Nogle specialfunktioner er af så stor kompleksitet eller så sjældne, at behandlinger ikke kan tilbydes i Danmark. I de tilfælde indstilles patienten til højt specialiseret behandling i udlandet.

Optageområderne for den akutte behandling er knyttet til placeringen af akutafdelinger og akutklinikker i regionen. Som udgangspunkt følger de planområderne. Akutbetjeningen er nærmere beskrevet i kapitel 8.

Funktioner på flere hospitalsmatrikler

På nogle hospitaler er der afdelinger, der har funktioner på flere matrikler. Det kan være en funktion, der varetages af personale (ofte speciallæger) fra et andet hospital. Det kan eksempelvis organiseres som en udefunktion, faste konsulentordninger, tilsyn eller tilkaldeordninger. Udefunktioner kan særligt på det ambulante område være hensigtsmæssigt for at sikre tilstedeværelse af lægefaglige kompetencer inden for behandlingsområder, som ikke i forvejen varetages på det pågældende hospital.

Ved etablering af afdelinger med funktioner på flere hospitaler er det vigtigt, at der tages hensyn til en faglig optimal drift af funktionerne. I forhold til etablering af funktioner inden for de tværgående kliniske funktioner, fx patologi, som er ledet af en anden hospitalsdirektion, skal der sikres en optimal betjening af øvrige kliniske funktioner, så der sikres patientforløb uden unødvendige forsinkelser.

6.4 Samarbejde med andre regioner

Region Hovedstaden samarbejder med de andre regioner i landet, særligt vedrørende den specialiserede behandling. Den enkelte region har et ansvar for at indgå aftaler med øvrige regioner i de tilfælde, hvor den pågældende region ikke varetager en given specialfunktion med henblik på at viderehenvise patienten til den rette behandling. I de få

tilfælde, hvor hospitalerne i Region Hovedstaden ikke varetager en specialfunktion, eller i tilfælde af eventuelle kapacitetsudfordringer, bliver regionens borgere henvist til specialbehandling andre steder i landet eller eventuelt i udlandet. Regionen har derfor fokus på at skabe velfungerende samarbejder med de øvrige regioner.

I kraft af den geografiske nærhed er der et særligt tæt samarbejde med Region Sjælland. Hospitalerne i Region Hovedparten behandler patienter fra hele landet, men hovedparten af disse patienter er fra Region Sjælland. Baggrunden er især, at Region Sjælland ikke varetager alle specialiserede behandlinger, jf. afsnit 6.3.1 om Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Patienter fra Region Sjælland henvises som udgangspunkt til Region Hovedstaden, og de specialiserede behandlinger er derfor planlagt med udgangspunkt i et samlet patientgrundlag for de to regioner.

For at styrke hospitalsvæsenet og sikre at borgerne i Østdanmark får den optimale behandling, har Region Hovedstaden og Region Sjælland indgået et forpligtende og styrket samarbejde om blandt andet behandling, kapacitet og faglig udvikling. Med samarbejdet skal der sikres en tæt dialog mellem de to regioner om varetagelsen af specialiserede behandlinger, inden der eventuelt inddrages andre regioner. Region Hovedstaden vil endvidere via det tætte samarbejde understøtte, at Region Sjælland hjemtager flere specialiserede funktioner, hvor det er fagligt hensigtsmæssigt.

7. Hospitalsstruktur

I Region Hovedstaden er hospitalsstrukturen og opgavefordelingen mellem hospitalerne løbende blevet tilpasset med de foregående hospitalsplaner. En af de væsentligste ændringer er den organisatoriske og ledelsesmæssige sammenlægning af de tidligere nær- og områdehospitaler til fire store akuthospitaler: Amager og Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Herlev og Gentofte Hospital samt Nordsjællands Hospital. Flere af akuthospitalerne har således aktivitet på flere matrikler.

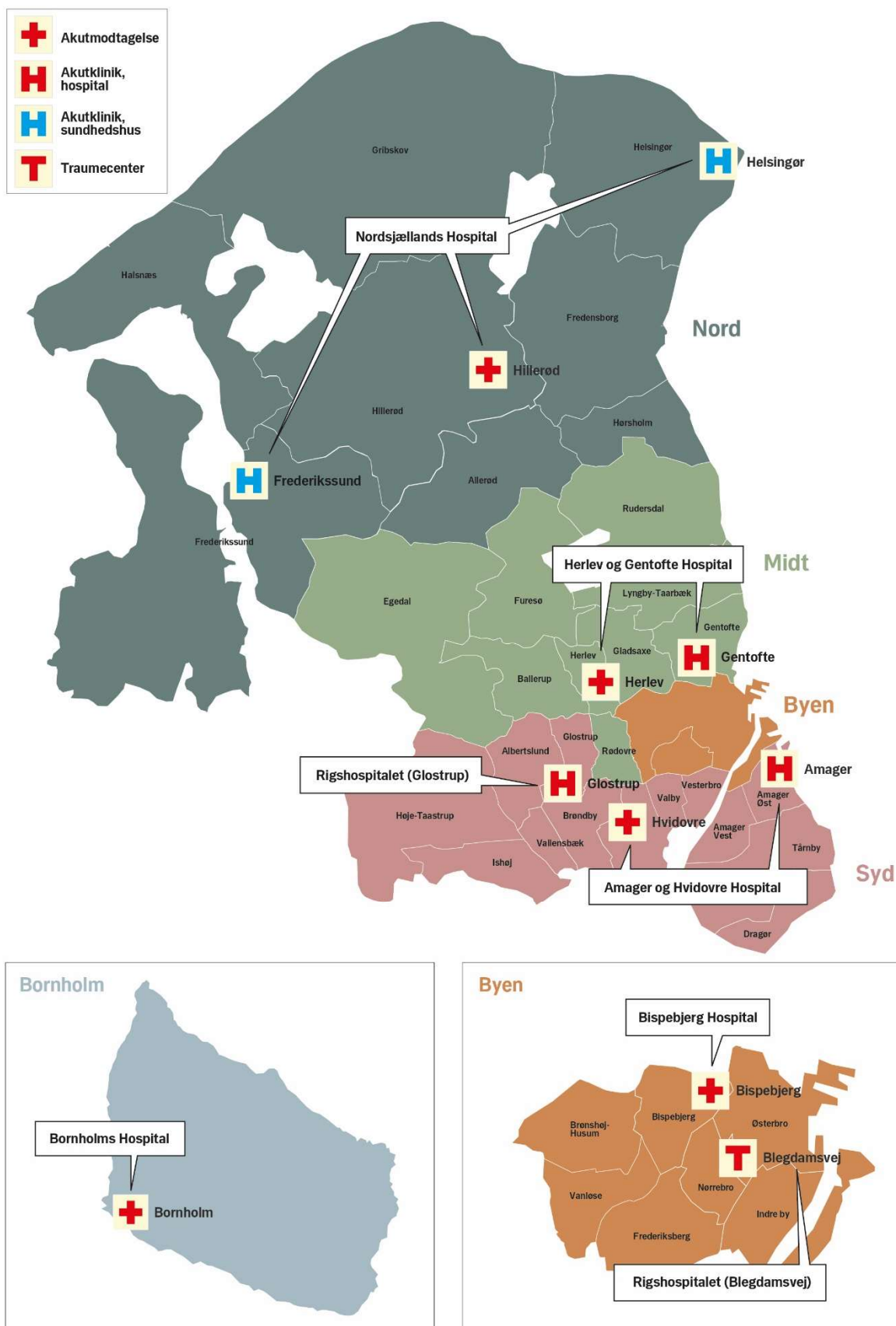
Foruden de fire akuthospitaler består hospitalsstrukturen af Rigshospitalet som regionens og landets højest specialiserede hospital, samt Bornholms Hospital der indtager en særstatus på grund af de særlige geografiske forhold.

Region Hovedstadens Psykiatri er ét hospital, der sammen med de øvrige seks hospitaler udgør regionens samlede hospitalsvæsen.

På de enkelte akuthospitaler varetages ikke alle funktioner (lægefaglige specialer), men hospitalerne samarbejder for at sikre den bedste behandling for alle regionens borgere. Nedenfor er den vedtagne hospitalsstruktur for 2025, herunder fordeling af funktioner på hospitalerne, beskrevet. Der er anvendt danske betegnelser i beskrivelsen af funktionerne, idet det er besluttet at igangsætte en udvikling i retning af, at afdelingsnavne på regionens hospitaler skal være mere patientvenlige.

For overblik over hvilke ændringer, der er foretaget i hospitalsplanen, henvises til kapitel 3.

De seks somatiske hospitaler bliver med implementeringen af Hospitalsplan 2025 geografisk placeret som vist på kortet nedenfor.



7.1 Rigshospitalet

Den 1. januar 2015 blev Rigshospitalet og Glostrup Hospital organisatorisk fusioneret. Rigshospitalet har funktion på matriklerne Blegdamsvej og Glostrup.

Rigshospitalet er regionens og landets højest specialiserede hospital med mange højt specialiserede funktioner og afdelinger. Hospitalet har en særlig status, da det varetager et stort antal specialfunktioner for hele landet samt for de færøske og grønlandske sundhedsvæsener. Alle funktioner (lægefaglige specialer), der varetages på Rigshospitalet, varetages på specialfunktionsniveau og for de fleste områders vedkommende kun på dette niveau.

På matriklen på Blegdamsvej ligger regionens traumecenter med højt specialiseret traumecenterfunktion. Her modtages svært tilskadekomne patienter og kritisk syge patienter, som kræver en speciel indsats og samarbejde på stedet mellem mange diagnostiske og kliniske funktioner på højt specialiseret niveau.

Hospitalet varetager såvel akutte som planlagte funktioner inden for en lang række områder som fx kirurgi, led- og knoglekirurgi, det medicinske område, hjerne- og nervesygdomme, urinvejskirurgi, kvindesygdomme samt øre-næse-halskirurgi. For det medicinske område på Glostrup-matriklen gælder, at det hører under Amager og Hvidovre Hospital.

Inden for fx karkirurgi, hjerne- og nervekirurgi, arvelige sygdomme, laboratorie for vævsygdomme og blodbank, gigt, bindevævs- og rygsygdomme og øjensygdomme varetager hospitalet hoved- og specialfunktioner for hele regionen. Desuden vil behandling af blodsygdomme i regionen fremover blive varetaget på Rigshospitalet.

Herudover varetager hospitalet for hele regionen en særlig tværfaglig funktion for sjældne sygdomme, og yder døgndækkende billeddiagnostik og akutte operationsfaciliteter.

Rigshospitalet varetager endvidere en stor del af regionens kræftbehandling, herunder stråleterapi, samt flere specialfunktioner for hele landet. Alle transplantationer, som foretages i Region Hovedstaden, udføres på Rigshospitalet. Rigshospitalet varetager endvidere børnehjertekirurgi hos børn og unge under 18 år for hele landet.

Hospitalet huser også et demensteam, et hovedpinecenter og en række regionsdækkende funktioner: Klinik for Rygmarvsskade, Afsnit for Traumatisk Hjerneskade samt Respirations Center Øst.

Hospitalets funktioner i 2025

Akutfunktioner

- Traumecenter

Kirurgiske funktioner

- Led- og knoglekirurgi
- Hjerne- og nervekirurgi
- Kirurgi
- Børnekirurgi og kirurgi på børn under 2 år
- Karkirurgi
- Hjerte- og Lungekirurgi
- Urinvejskirurgi
- Plastikkirurgi inkl. brandsårsbehandling
- Rygkirurgi

Intern medicinske funktioner

- Hjertesygdomme
- Lungesygdomme
- Mave-, tarm- og leversygdomme
- Hormon- og stofskiftesygdomme
- Ældresygdomme
- Gigt-, bindevævs- og rygsygdomme
- Infektionssygdomme
- Nyresygdomme
- Blodsygdomme

For de medicinske funktioner på Glostrup-matriklen gælder, at de hører under Amager og Hvidovre Hospital.

Kvinde-barn funktioner

- Kvindesygdomme, graviditet og fødsel inkl. fertilitetsbehandling
- Børne- og ungesygdomme, herunder behandling af nyfødte

Tværgående funktioner

- Anæstesi (bedøvelse) og intensivbehandling inkl. anæstesi af børn samt tværfagligt smertecenter
- Røntgen og skanning
- Biokemisk laboratorie
- Nuklearmedicin
- Laboratorie for vævsygdomme og blodbank inkl. transplantationsimmunologi og transfusionsmedicinsk rådgivning
- Mikrobiologisk laboratorie
- Patologi
- Arvelige sygdomme

Øvrige kliniske funktioner

- Hjerne- og nervesygdomme inkl. klinisk neurofysiologi og specialiseret neurorhabilitering
- Øjensygdomme - med tilsyns- og akutfunktion for hele regionen
- Kræftsygdomme inkl. strålebehandling
- Øre-, næse- og halskirurgi inkl. høresygdomme
- Tand-, mund- og kæbekirurgi

Andre funktioner

- Palliativ enhed (lindrende behandling)
- Demensenhed (varetages i samarbejde med Bispebjerg Hospital)
- Center for Sjældne Sygdomme
- Trykkammerbehandling
- Patienthotel

7.2 Amager og Hvidovre Hospital

Amager og Hvidovre Hospital blev fusioneret den 1. januar 2012. Hospitalet har aktivitet på hospitalsmatriklerne Amager, Hvidovre og Glostrup.

Amager og Hvidovre Hospital er akuthospital for planområde Syd. Planområdet omfatter kommunerne: Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Tårnby, Vallensbæk, og følgende bydele i Københavns Kommune; Amager Vest, Amager Øst, Valby og Vesterbro. Befolkningsprognosen viser, at der i 2025 vil bo cirka 610.000 borgere i dette optageområde. Hospitalet er dermed det akuthospital, som har det største optageområde.

Hospitalet har akutafdeling på Hvidovre-matriklen og en akutklinik og medicinsk afdeling på Amager-matriklen. Hospitalet har også ansvaret for den medicinske funktion og akutklinikken på Rigshospitalet (Glostrup-matriklen).

For planområde Syd varetager hospitalet akutte og planlagte funktioner inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi, det medicinske område, lindrende behandling og kvinde-barn sygdomme.

Hospitalet varetager også en række specialfunktioner inden for blandt andet kirurgi, mave-, tarm- og leversygdomme, infektionssygdomme samt børne- og ungesygdomme. Desuden er den diagnostiske enhed for planområde Syd beliggende her, ligesom regionens screeningsprogram for livmoderhalskræft ledes af hospitalet.

Hospitalets infektionsmedicinske afdeling varetager den østdanske beredskabsfunktion for behandling og isolation af patienter med smitsomme sygdomme.

Hospitalets funktioner i 2025

Akutfunktioner

- Akutafdeling
- Akutklinikker

Kirurgiske funktioner

- Led- og knoglekirurgi
- Kirurgi

Intern medicinske funktioner

- Hjertesygdomme
- Lungesygdomme
- Mave-, tarm- og leversygdomme
- Hormon- og stofskiftesygdomme
- Ældresygdomme
- Infektionssygdomme
- Nyresygdomme (dialysefunktion - ledet af Herlev og Gentofte Hospital)

Kvinde-barn funktioner

- Kvindesygdomme, graviditet og fødsel inkl. fertilitetsbehandling
- Børne- og ungesygdomme, herunder behandling af nyfødte

Øvrige kliniske funktioner

- Hjerne- og nervesygdomme (funktion varetages af Rigshospitalet).

Tværgående funktioner

- Anæstesi (bedøvelse) og intensivbehandling
- Røntgen og skanning
- Biokemisk laboratorie
- Nuklearmedicin
- Laboratorie for vævsygdomme og blodbank (funktion ledet af Rigshospitalet)
- Mikrobiologisk laboratorie
- Patologi

Andre funktioner

- Palliativ enhed (lindrende behandling)
- Diagnostisk enhed

7.3 Bispebjerg Hospital

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital blev fusioneret den 1. januar 2012, men har fortsat aktivitet på to matrikler. Når det nye hospital på Bispebjerg Bakke er klar til ibrugtagning, skal aktiviteten på de to matrikler samles. Indtil det nye hospital står klar, navngives hospitalet Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Derefter vil det blive navngivet Bispebjerg Hospital.

Bispebjerg Hospital er akuthospital for planområde Byen. Planområdet omfatter de københavnske bydele Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Indre by, Nørrebro, Vanløse og Østerbro samt Frederiksberg Kommune. Befolkningsprognosen viser, at der i 2025 vil bo cirka 490.000 borgere i optageområdet.

Hospitalet har akutafdeling på Bispebjerg-matriklen, og en akutklinik på Frederiksberg-matriklen. Med ibrugtagning af det nye Bispebjerg Hospital samles aktiviteten her, og akutklinikken på Frederiksberg-matriklen lukkes senest i 2023.

Hospitalet varetager såvel de akutte som de planlagte funktioner for planområde Byen inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi samt funktionerne på det medicinske område. I samarbejde med Rigshospitalet varetages patienter med hjerne- og nervesygdomme i planområderne Byen og Syd.

Hospitalet varetager også en række specialfunktioner inden for blandt andet lungesygdomme, hud-, allergi- og kønssygdomme, hjertesygdomme, kirurgi samt hjerne- og nervesygdomme. Endvidere er den diagnostiske enhed for planområde Byen beliggende på hospitalet.

Bispebjerg Hospital har endvidere en afdeling for hud-, allergi- og kønssygdomme, der har et videncenter for sårheling, som betjener hele regionen.

Hospitalet varetager forebyggelse og udredning af arbejds- og miljøbetingede lidelser for hele regionen. Desuden varetages den klinisk farmakologiske funktion for hele regionen, herunder den landsdækkende giftinformation, der rådgiver om alle former for forgiftninger.

Med ibrugtagning af Nyt Hospital Bispebjerg oprettes et kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital, der skal rumme plads til ca. 3500 fødsler årligt. Der etableres afdelinger for kvindesygdomme, graviditet og fødsel samt børn- og ungesygdomme inkl. behandling af nyfødte.

Hospitalets funktioner i 2025

Akutfunktioner

- Akutafdeling

Kirurgiske funktioner

- Led- og knoglekirurgi

- Kirurgi

Kvinde-barn funktioner

- Kvindesygdomme, graviditet og fødsel
- Børne- og ungesygdomme, herunder behandling af nyfødte

Intern medicinske funktioner

- Hjertesygdomme
- Lungesygdomme
- Mave-, tarm- og leversygdomme
- Hormon- og stofskiftesygdomme
- Infektionssygdomme
- Ældresygdomme
- Gigt, bindevævs- og rygsygdomme (ambulant funktion ledet af Rigshospitalet)

Øvrige kliniske funktioner

- Hud-, allergi- og kønssygdomme
- Hjerne- og nervesygdomme (inkl. en neurofysiologisk funktion, som er ledet af Rigshospitalet)
- Høresygdomme (funktion ledet af Rigshospitalet)
- Arbejds- og miljømedicin
- Farmakologi

Tværgående funktioner

- Anæstesi (bedøvelse) og intensivbehandling
- Røntgen og skanning
- Biokemisk laboratorie
- Nuklearmedicin
- Laboratorie for vævsygdomme (funktion ledet af Rigshospitalet)
- Mikrobiologisk laboratorie (funktion ledet af Amager og Hvidovre Hospital)
- Patologi (funktion ledet af Rigshospitalet)

Andre funktioner

- Demens enhed (varetages i samarbejde med Rigshospitalet)
- Diagnostisk enhed
- Palliativ enhed (lindrende behandling)
- Giftlinjen
- Socialmedicinsk Enhed
- Parker Instituttet
- Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
- Center for Komplekse Symptomer

7.4 Herlev og Gentofte Hospital

Herlev og Gentofte Hospital blev fusioneret d. 1. januar 2015, og har aktivitet på to matrikler.

Herlev og Gentofte Hospital er akuthospital for planområde Midt. Planområdet omfatter kommunerne: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre. Befolkningsprognosen viser, at der i 2025 vil bo cirka 470.00 borgere i optageområdet.

Hospitalet har akutafdeling på Herlev-matriklen og en akutklinik og medicinsk afdeling på Gentofte-matriklen.

Hospitalet varetager såvel de akutte som de planlagte funktioner for planområde Midt inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi, hjerne- og nervesygdomme, det medicinske område og kvinde-barn sygdomme.

Hospitalet er regionens udviklingshospital for planlagt kirurgi på Gentofte-matriklen.

Hospitalet varetager også en række specialfunktioner inden for blandt andet lungesygdomme, børne- og ungesygdomme, urinsvejskirurgi, brystkirurgi og plastikkirurgi. Herudover huser hospitalet den diagnostiske enhed for planområde Midt.

Hospitalet har desuden en Hud- og Allergiafdeling, der har en stærk profil i forhold til allergisygdomme. Afdelingen omfatter blandt andet Videncenter for allergi og Dansk Børne Astma Center.

Hospitalet skal for hele regionen varetage brystkirurgi, som primært er kirurgisk behandling af brystkræftpatienter samt varetage mammaradiologi (billeddiagnostisk af brystet) og lede regionens brystkræftscreeningsprogram.

Herlev og Gentofte Hospital har som et af landets kræftcentre en markant profil på kræftområdet med blandt andet døgndækkende billeddiagnostiske undersøgelser, akutte operationsfaciliteter og stråleterapienhed.

Hospitalets funktioner i 2025

Akutfunktioner

- Akutafdeling
- Akutklinik

Kirurgiske funktioner

- Led- og knoglekirurgi
- Kirurgi
- Urinvejskirurgi
- Plastikkirurgi
- Brystkirurgi

- Karkirurgi (planlagt behandling - funktion ledet af Rigshospitalet)

Intern medicinske funktioner

- Hjertesygdomme
- Lungesygdomme
- Mave-, tarm- og leversygdomme
- Hormon- og stofskiftesygdomme
- Ældresygdomme
- Infektionssygdomme
- Nyresygdomme
- Blodsygdomme
- Gigt-, bindevævs- og rygsygdomme (ambulant funktion ledet af Rigshospitalet)

Kvinde-barn funktioner

- Kvindesygdomme, graviditet og fødsel inkl. fertilitetsbehandling
- Børne- og ungesygdomme, herunder behandling af nyfødte

Øvrige kliniske funktioner

- Hjerne- og nervesygdomme
- Kræftsygdomme inkl. strålebehandling
- Øre-, næse- og halskirurgi inkl. høresygdomme (planlagt behandling - funktion ledet af Rigshospitalet)
- Hud-, allergi- og kønssygdomme

Tværgående funktioner

- Anæstesi (bedøvelse) og intensivbehandling samt tværfagligt smertecenter
- Røntgen og skanning
- Biokemisk laboratorie
- Nuklearmedicin
- Laboratorie for vævsygdomme og blodbank (funktion ledet af Rigshospitalet)
- Mikrobiologisk laboratorie
- Patologi

Andre funktioner

- Palliativ enhed (lindrende behandling)
- Demens enhed
- Diagnostisk enhed
- Center for Cancer Immun Terapi

7.5 Steno Diabetes Center Copenhagen

Steno Diabetes Center blev overtaget af Region Hovedstaden d. 1. januar 2017 og er navngivet Steno Diabetes Center Copenhagen. Centret er beliggende i Gentofte, indtil byggeriet af et nyt diabetescenter på Herlev-matriklen er klar til ibrugtagning.

Steno Diabetes Center Copenhagen varetager behandling af diabetes og forskning på området sammen med andre hospitaler i Region Hovedstaden. På centret modtager borgere med diabetespatienter individuel behandling og forebyggelse med udgangspunkt i borgernes situation, herunder i samarbejde med hospitaler, kommuner, praktiserende læger og øvrige aktører.

Centret har en regional funktion i forhold til at udvikle og løfte den samlede diabetesindsats i Region Hovedstaden, både på hospitaler, hos praktiserende læger og i kommuner. Visionen for centret er, at det skal være drivkraften i et klinisk samarbejde om behandling og forebyggelse af diabetes, der understøttes af stærke miljøer inden for klinisk diabetesforskning, sundhedsfremmeforskning samt uddannelse af patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Centret varetager ambulante funktioner for hele regionen og særligt for planområde Midt.

Størstedelen af diabetesbehandlingen varetages på hovedfunktionsniveau, men centret varetager også specialfunktioner.

Hospitalets funktioner i 2025

Intern medicinsk funktion

- Hormon- og stofskiftesygdomme

7.6 Nordsjællands Hospital

Nordsjællands Hospital blev etableret i februar 2013 som en fusion af Hillerød Hospital, Frederikssund Hospital og Helsingør Hospital (lukket i 2013). Hospitalets funktioner varetages fra matriklerne i Hillerød og Frederikssund samt fra sundhedshuset i Helsingør. Når Nyt Hospital Nordsjælland er færdigbygget i forventeligt 2022, skal aktiviteten i Hillerød og Frederikssund samles her, og der etableres et sundhedshus med akutklinik i Frederikssund. Sundhedshuset i Helsingør, som rummer en akutklinik og en række ambulatoriefunktioner, hører også under Nordsjællands Hospital.

Nordsjællands Hospital er akuthospital for planområde Nord. Planområdet omfatter kommunerne: Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Hillerød samt Hørsholm. Befolkningsprognosen viser, at der i 2025 vil bo cirka 330.000 borgere i optageområdet.

Nordsjællands Hospital har akutafdeling på matriklen i Hillerød og akutklinikker i Helsingør og Frederikssund.

Hospitalet varetager såvel de akutte som de planlagte funktioner for planområde Nord inden for fx kirurgi, led- og knoglekirurgi, hjerne- og nervesygdomme, det medicinske område, og kvinde-barn området. Desuden varetager hospitalet øre-, næse- og halskirurgi inkl. høresygdomme for planområde Midt og Nord.

Hospitalet varetager også en række specialfunktioner inden for blandt andet led- og knoglekirurgi, kræftsygdomme (medicinsk behandling), øre-, næse- og halskirurgi samt børne- og ungesygdomme. Herudover er den diagnostiske enhed for planområde Nord beliggende på hospitalet.

Nordsjællands Hospital leder endvidere genoptræningscentret Montebello, som geografisk er placeret i Spanien, hvortil patienter fra hele landet kan henvises.

Hospitalets funktioner i 2025

Akutfunktioner:

- Akutafdeling
- Akutklinikker

Kirurgiske funktioner

- Led- og knoglekirurgi
- Kirurgi

Intern medicinske funktioner

- Hjertesygdomme
- Lungesygdomme
- Mave-, tarm- og leversygdomme
- Hormon- og stofskiftesygdomme
- Ældresygdomme
- Infektionssygdomme

- Nyresygdomme inkl. dialyseafsnit
- Gigt, bindevævs- og rygsygdomme (ambulant funktion ledet af Rigshospitalet)

Kvinde-barn funktioner

- Kvindesygdomme, graviditet og fødsel inkl. fertilitetsbehandling
- Børne- og ungesygdomme, herunder behandling af nyfødte

Øvrige kliniske funktioner

- Hjerne- og nervesygdomme, inkl. en neurofysiologisk funktion som er ledet af Rigshospitalet
- Øjensygdomme (funktion ledet af Rigshospitalet)
- Øre-, næse- og halskirurgi inkl. høresygdomme
- Kræftsygdomme (medicinsk behandling)

Tværgående funktioner

- Anæstesi (bedøvelse) og intensivbehandling
- Røntgen og skanning
- Nuklearmedicin
- Biokemisk laboratorie
- Laboratorie for vævsygdomme og blodbank (funktion ledet af Rigshospitalet)
- Mikrobiologisk laboratorie (funktion ledet af Herlev og Gentofte Hospital)
- Patologi (funktion ledet af Herlev og Gentofte Hospital)

Andre funktioner

- Palliativ enhed (lindrende behandling)
- Demens enhed
- Diagnostisk enhed

7.7 Bornholms Hospital

Bornholms Hospital indtager en særstatus i Region Hovedstaden på grund af de særlige geografiske forhold.

Bornholms Hospital betjener øens faste befolkning samt turister og andre besøgende (ca. 600.000 personer årligt). Befolkningsprognosen viser, at der i 2025 vil bo cirka 39.000 borgere på Bornholm.

Bornholms Hospital har en akutafdeling. Desuden tilbyder hospitalet behandling på en række områder inden for kirurgi og medicin og varetager fødsler for Bornholm. Bornholms Hospital varetager selv de fleste funktioner på hovedfunktionsniveau. Med henblik på at sikre, at så mange patientforløb som muligt kan varetages på Bornholms Hospital, er der etableret et tæt samarbejde med regionens øvrige hospitaler. Desuden varetager særligt Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital de hoved- og specialfunktioner, som ikke kan varetages på Bornholm. For nogle funktioner sikres den lægelige bemanning på Bornholms Hospital ved samarbejdsaftaler og konsulentfunktioner, ligesom hospitalet anvender telemedicin til en række opgaver.

Hospitalets funktioner i 2025

Akutfunktioner

- Akutafdeling

Kirurgiske funktioner

- Led- og knoglekirurgi*
- Kirurgi
- Urinvejskirurgi*
- Plastikkirurgi*

Intern medicinske funktioner

- Hjertesygdomme
- Lungesygdomme*
- Mave-, tarm- og leversygdomme*
- Hormon- og stofskiftesygdomme
- Ældresygdomme
- Gigt, bindevævs- og rygsygdomme*
- Nyresygdomme*
- Blodsygdomme*

Kvinde-barn funktioner

- Kvindesygdomme, graviditet og fødsel
- Børne- og ungesygdomme*

Tværgående funktioner

- Anæstesi (bedøvelse) og intensivbehandling
- Røntgen og skanning
- Biokemisk laboratorie
- Laboratorie for vævsygdomme og blodbank (funktion ledet af Rigshospitalet)

- Mikrobiologisk laboratorie*
- Patologi*

Øvrige kliniske funktioner

- Kræftsygdomme*
- Øjensygdomme*
- Øre-, næse- og halskirurgi*
- Hud-, allergi- og kønssygdomme*
- Hjerne- og nervesygdomme*

Andre funktioner

- Palliativ enhed (lindrende behandling)
- Hospicefunktion (varetages med samarbejdsaftale)

* Funktionerne varetages i samarbejde med andet hospital i regionen.

7.8 Region Hovedstadens Psykiatri

Psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri er organiseret som ét hospital i Region Hovedstaden og benævnt Region Hovedstadens Psykiatri.

Region Hovedstadens Psykiatri udreder og behandler borgere med psykisk sygdom, der ikke kan varetages hos praktiserende læge, speciallæge eller psykolog.

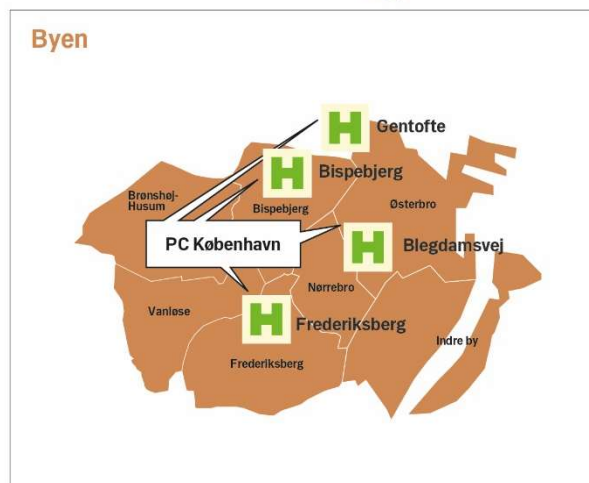
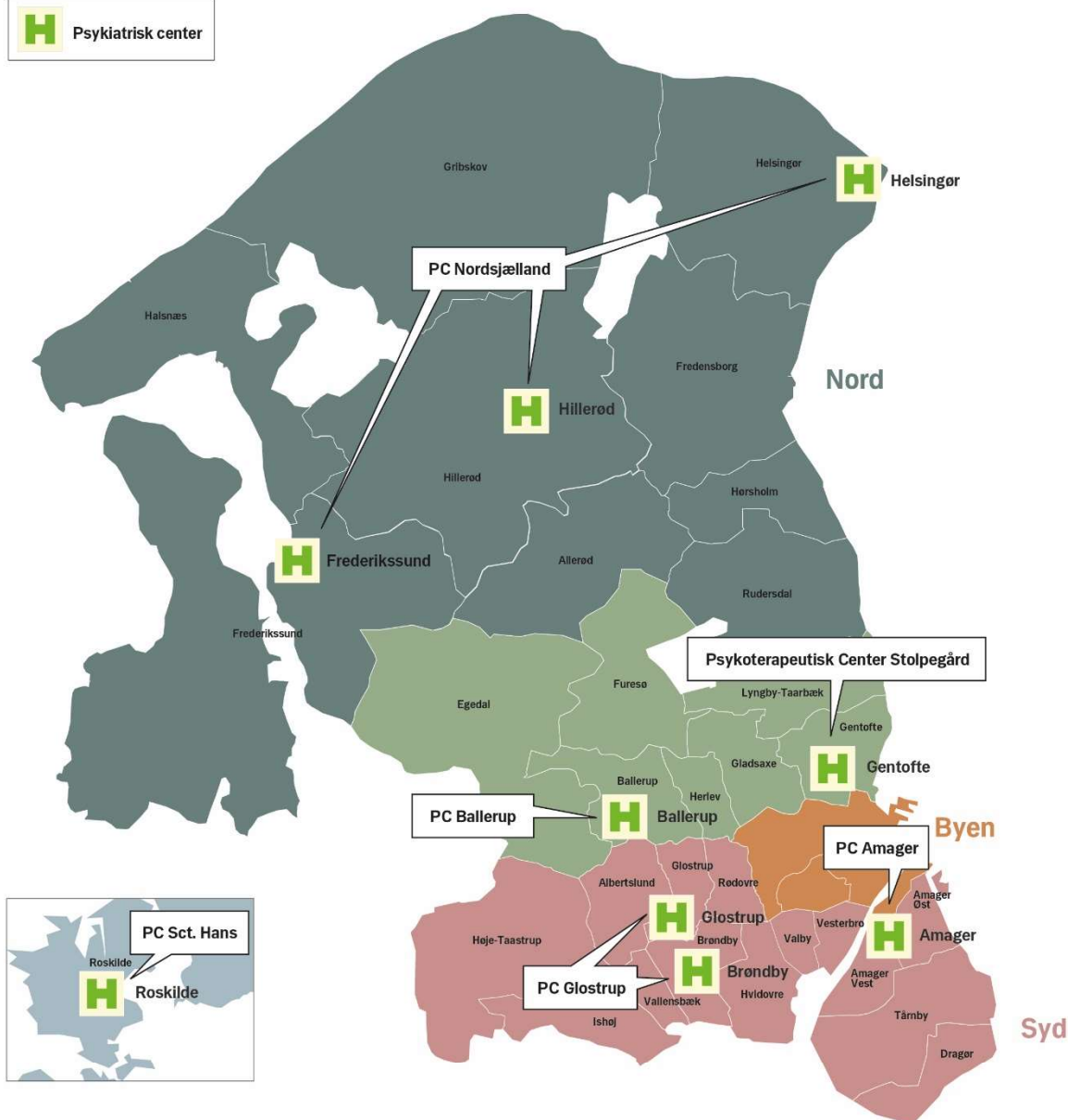
Psykiatrien har gennemgået en omstilling mod øget akut og intensiv ambulant behandling samt en omlægning fra åbne til intensive senge. De ambulante akutte og udgående funktioner skal forebygge indlæggelser samt sikre behandling i nærmiljøet. Samtidig er antallet af patienter øget med 25% siden 2009, hvilket blandt andet er muliggjort ved en generel udbygning af den ambulante kapacitet samt harmonisering af tilbuddene, herunder introduktion af pakkeforløb. Endelig arbejdes der med at inddrage brugere og pårørende og at skabe en recovery-orienteret kultur, hvor der i højere grad bygges på den psykiatriske patients egne ressourcer, ønsker og mål, ligesom der fortsat arbejdes på at nedbringe brugen af tvang.

7.8.1 Voksenpsykiatri

Voksenpsykiatri varetages på otte psykiatriske centre i regionen. Psykiatrien er i lighed med somatikken inddelt i fire planområder, og der er stort sammenfald mellem de somatiske hospitaler og de psykiatriske centres optageområder. Det understøtter samarbejdet mellem de somatiske hospitaler og psykiatrien samt mellem kommunerne og de psykiatriske centre, så der hermed sikres sammenhængende tilbud til især de psykiatriske patienter, som har behov for en koordineret indsats.

Der er i hvert planområde mindst et psykiatrisk center, som varetager hovedfunktion og dermed den overvejende del af den psykiatriske behandling. Under hvert af de 6 almenpsykiatriske centre hører akutmodtagelser og ambulante akutteams (bortset fra på Bornholm), åbne og intensive sengeafsnit, psykoterapeutiske og psykiatriske ambulatorier (herunder udgående og opsøgende teams) for patienter med svære psykiske lidelser. Hver kommune (og i Københavns Kommune den enkelte bydel) har ét psykiatrisk center som primær samarbejdspartner.

De voksenpsykiatriske centre bliver med implementeringen af Hospitalsplan 2025 geografisk placeret som vist på kortet nedenfor.



I *planområde Nord* har Psykiatrisk Center Nordsjælland aktivitet i Hillerød, Frederikssund og Helsingør. Her betjenes kommunerne Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Hillerød, Allerød, Hørsholm, Fredensborg, Helsingør og Rudersdal.

I *planområde Midt* dækker Psykiatrisk Center Ballerup kommunerne Egedal, Furesø, Lyngby-Taarbæk, Ballerup, Herlev, Gladsaxe og Gentofte.

I *planområde Syd* er aktiviteten fordelt på henholdsvis Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Amager. Psykiatrisk Center Glostrup dækker kommunerne Høje-Taastrup, Albertslund, Glostrup, Rødovre, Ishøj og Vallensbæk, Brøndby og Hvidovre samt den københavnske bydel Valby. Psykiatrisk Center Amager dækker de københavnske bydele Amager Vest, Amager Øst og Vesterbro samt kommunerne Tårnby og Dragør.

I *planområde Byen* er der Psykiatrisk Center København, som dækker bydelene Brønshøj-Husum, Bispebjerg, Nørrebro, Østerbro, Indre By, Vanløse og Frederiksberg Kommune. Psykiatrisk Center København, som i dag har aktivitet på Bispebjerg-, Gentofte-, Rigshospitals- og Frederiksberg-matriklerne, vil blive samlet på Ny Psykiatri Bispebjerg, når dette er klar til ibrugtagning. Der vil fortsat være ambulante funktioner i de enkelte bydele.

Hertil kommer Psykiatrisk Center Bornholm, der dækker Bornholms Regionskommune.

Den akutte indsats i psykiatrien er ganske betydelig, idet de akutte indlæggelser udgør omkring 90 procent af alle indlæggelser i voksenpsykiatrien og ca. 2/3 af alle indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien. Organiseringen af den akutte psykiatriske indsats er derfor af central betydning for den samlede patientbehandling, jf. kapitel 8. Den akutte hospitalsindsats omfatter psykiatriske akutmodtagelser og psykiatriske senge afsnit.

Der er psykiatriske akutmodtagelser på følgende fem centre:

- Psykiatrisk Center Amager
- Psykiatrisk Center Ballerup
- Psykiatrisk Center Glostrup
- Psykiatrisk Center København
- Psykiatrisk Center Nordsjælland

Region Hovedstadens Psykiatri varetager alle funktioner i psykiatrien på hoved- og specialfunktionsniveau, bortset fra den højt specialiserede behandling af særligt farlige psykotiske patienter. Desuden varetages enkelte højt specialiserede funktioner for hele landet.

Enkelte psykiatriske centre har specialiseret sig i særlige funktioner og dermed i at behandle særlige patientgrupper. Således er behandling af patienter med spiseforstyrrelser samlet på Psykiatrisk Center Ballerup. På Psykiatrisk Center Nordsjælland har de såkaldt

'særlige pladser', som blev besluttet oprettet af folketinget i 2017, og Psykiatrisk Center Glostrup har en særlig funktion for nedtrapning af medicin.

Regionsdækkende centre

Den retspsykiatriske funktion på Psykiatrisk Center Sct. Hans, der er beliggende i Roskilde, betjener borgerne i hele regionen. Derudover varetager centret behandling af psykotiske patienter med svært behandleligt misbrug.

Psykoterapeutisk Center Stolpegård varetager ligeledes behandling af borgere fra hele regionen, dog primært fra planområde Midt, og behandler patienter med ikke-psykotiske lidelser som angst, personlighedsforstyrrelser og psykiske vanskeligheder, der knytter sig til traumer.

7.8.2 Børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatrien, som dækker patienter i aldersgruppen 0-17 år, er samlet i ét Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, som i 2025 vil bestå af tre funktioner: En funktion i Hillerød, en i Glostrup og en i Bispebjerg. Der er retspsykiatrisk funktion for børn og unge på afdelingen i Glostrup.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center betjener alle kommuner i Region Hovedstaden. Funktionerne i Glostrup varetager ambulant behandling og indlæggelser, mens funktionerne i Hillerød og Bispebjerg alene varetager ambulant behandling.

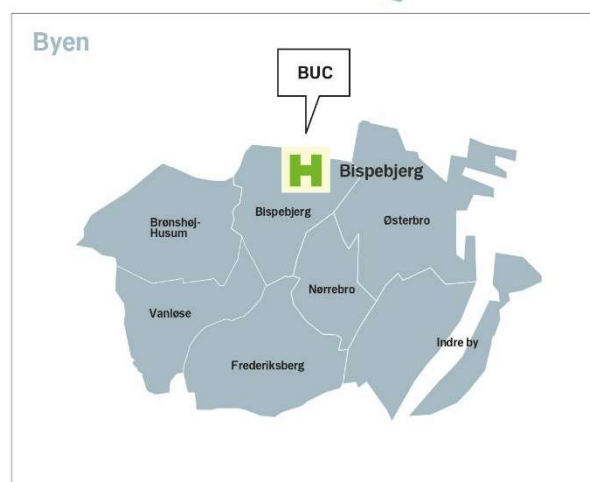
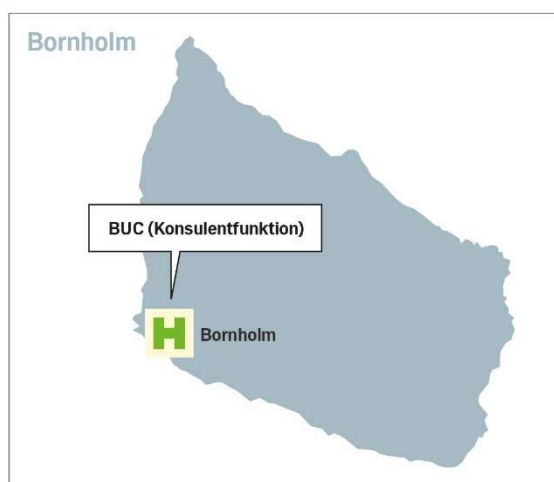
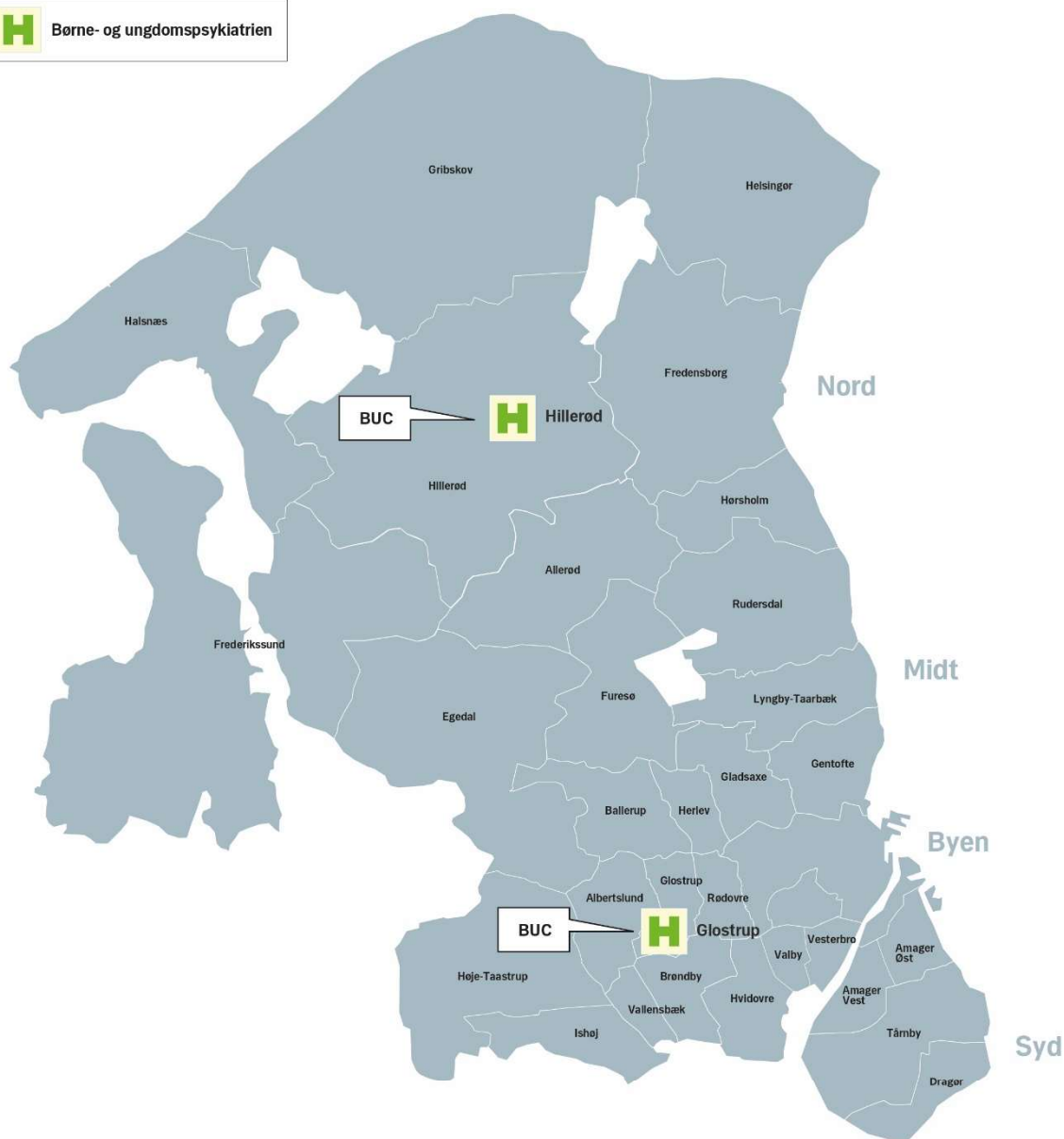
Ambulatorierne i Hillerød betjener Bornholm, hvor der er et børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium, og har konsulentfunktioner for Bornholm for psykisk syge børn og unge. Endvidere servicerer Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Grønland og Færøerne.

Akutafdelingen for børne- og ungdomspsykiatri er beliggende i Glostrup.

Børne- og ungdomspsykiatrien er godkendt til at varetage alle funktioner på hoved- og specialfunktionsniveau. Desuden varetages enkelte højt specialiserede funktioner for hele landet.

Nedenstående kort viser placeringen af regionens børne- og ungdomspsykiatriske center i 2025.

Nærmere oplysninger om udvikling af psykiatrien i Region Hovedstaden fremgår af 'Psykiatriudvalgets treårsplan 2017-2019, maj 2016'.



7.9 Fordeling af funktioner på hospitalerne

Fordelingen af funktioner på hoved- og specialfunktionsniveau på de enkelte hospitaler er vist i nedenstående figur 4.

Hovedfunktionsniveau dækker over det almindelige og hyppige inden for et område, mens specialfunktionsniveau har to niveauer, henholdsvis regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, jf. afsnit 6.3.1. Der er i oversigten ikke skelnet mellem specialfunktionsniveauer, herunder regions- og højt specialiserede funktioner.

Visse specialfunktioner varetages i formaliseret samarbejde, hvilket betyder, at funktionen varetages i tæt samarbejde med et andet hospital, der også er godkendt til at varetage specialfunktionen.

For Bornholms Hospital gælder, at flere funktioner varetages i samarbejde med et andet hospital i regionen. Der er i oversigten ikke skelnet mellem, om Bornholms Hospital varetager en funktion selvstændigt eller som en ude- eller konsulentfunktion. Dette fremgår af hospitalsprofilen, jf. afsnit 7.7.

Symbolerne er placeret de steder, hvor funktionen er organisatorisk og ledelsesmæssigt forankret frem for den fysiske placering af funktionen. Dette gælder dog ikke for udefunktioner, der i oversigten er placeret på det hospital, hvor den fysisk varetages. Udefunktioner er typisk mindre funktioner, der fysisk varetages på et hospital, men ledes af et andet hospital.

Figur 4. Fordeling af funktioner på hospitalerne

Symbolforklaring: ● Hovedfunktionsniveau ▲ Specialfunktionsniveau ○ Funktion ledet af andet hospital (udefunktion)						
	Rigshospitalet	Bornholms Hospital	Amager og Hvidovre Hospital	Bispebjerg Hospital	Herlev og Gentofte Hospital	Nordsjællands Hospital
Akutbehandling						
Traumecenter	▲					
Akutafdeling		●	●	●	●	●
Akutklinik			●		●	●
Intern medicin						
Hormon- og stofskiftesygdomme	▲ ●	●	▲ ●	▲ ●	▲ ●	▲ ●
Mave-, tarm- og leversygdomme	▲ ●	●	▲ ●	▲ ●	▲ ●	●
Hjertesygdomme	▲	●	▲ ●	▲ ●	▲ ●	▲ ●
Lungesygdomme	▲	●	▲ ●	▲ ●	▲ ●	▲ ●
Infektionssygdomme	▲	●	▲ ●	●	▲ ●	▲ ●
Ældresygdomme		●	▲ ●	●	▲ ●	●
Gigt-, bindevævs- og rygsygdomme	▲ ●	●		○	○	○
Nyresygdomme	▲ ●	●	○		▲ ●	▲ ●
Blodsygdomme	▲ ●	●			▲ ●	
Kirurgiske afdelinger						
Kirurgi	▲	●	▲ ●	▲ ●	▲ ●	▲ ●
Karkirurgi	▲				○	
Plastikkirurgi	▲ ●	●			▲ ●	
Hjerte- og lungekirurgi	▲					
Urinvejskirurgi	▲ ●	●			▲ ●	
Brystkirurgi					▲ ●	
Børnekirurgi	▲					

Led- og knoglekirurgi	▲●	●	▲●	▲●	▲●	▲●
Kvinde-barn afdelinger						
Kvindesygdomme, graviditet/fødsel	▲●	●	▲●	●	▲●	▲●
Børne- og ungesygdomme	▲●	●	▲●	●	▲●	▲●
Andre kliniske funktioner						
Kræftsygdomme	▲●	●			▲●	▲●
Hjerne- og nervesygdomme	▲●	●	○	▲●	▲●	▲●
Palliativ enhed (lindrende behandling)	●	●	●	●	●	●
Demens enhed	▲●	●		●	▲●	▲●
Diagnostisk enhed			●	●	●	●
Hjerne- og nervekirurgi	▲●					
Tand- mund- og kæbekirurgi	▲					
Øre-næse-halskirurgi	▲●	●			○	▲●
Høresygdomme	▲			○	○	▲●
Øjensygdomme	▲●	●				○
Hud-, allergi- og kønssygdomme		●	○	▲●	▲●	
Arbejds- og miljømedicin				▲●		
Tværgående funktioner						
Anæstesi (bedøvelse)	▲●	●	▲●	▲●	▲●	▲●
- intensivt afsnit	▲●	●	●	●	●	●
Patologi	▲●	●	●	○	▲●	○
Røntgen og scanning	▲●	●	●	▲●	▲●	●
Biokemisk laboratorie	▲●	●	●	▲●	▲●	●
Mikrobiologisk laboratorie	▲●	●	▲●	○	▲●	○
Farmakologi				▲●		
Nuklearmedicin	▲●		●	●	▲●	●
Arvelige sygdomme	▲			○		
Laboratorie for vævstyper og blodbank	▲●	○	○	○	○	○

Note: Symbolerne er sat de steder, hvor funktionen er organisatorisk og ledelsesmæssigt forankret.

Herudover varetager Steno Diabetes Center Copenhagen hoved- og special-funktionsniveau inden for hormon- og stofskiftesygdomme.

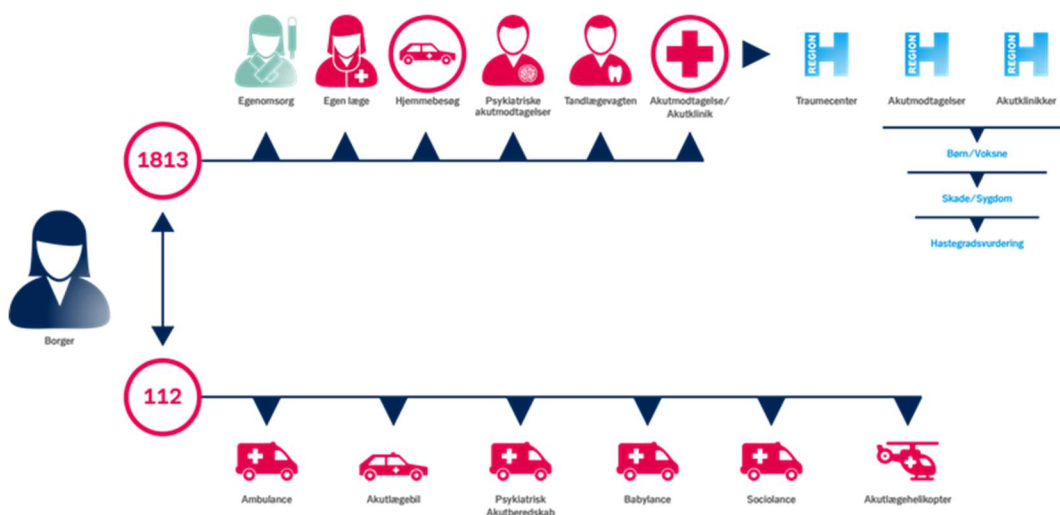
8. Én indgang til akut behandling

En stor andel af kontakterne til sundhedsvæsenet vedrører akut syge og tilskadekomne borgere. Det drejer sig om alt fra almindelig akut sygdom og småskader, som i dagtid kan håndteres hos egen læge, til alvorlige akutte og livstruende tilstande, som kræver øjeblikkelig indsats.

Alle borgere i Region Hovedstaden, der har behov for hjælp i tilfælde af akut sygdom eller skade, skal have let og hurtig adgang til kompetent døgndækkende akutbetjening.

Borgerne skal kun huske to telefonnumre, nemlig 1-1-2 ved akut livstruende sygdom og tilskadekomst, og 1813. Akuttelefonen 1813 yder generel sundhedsfaglig rådgivning og sikrer, at borgerne henvises til det rette akutte tilbud.

På hverdage mellem klokken 8 og 16 skal borgerne ved akut sygdom og mindre skader kontakte egen læge.



8.1 Akuttelefonen 1813

Akuttelefonen 1813 er bemandet af læger og sygeplejersker, som guider borgerne til den rette og hurtigste hjælp – døgnet rundt. Akuttelefonen 1813 kan på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering:

- Rådgive om egenomsorg og kontakt til egen læge
- Visitere til og give en forventet mødetid på en akutmodtagelse eller akutklinik
- Sende en kørende læge ud til hjemmebesøg

- Henvise til akut tandlægehjælp ved tandskade eller pludselig tandpine uden for egen tandlæges åbningstid
- Guide til psykiatrisk tilbud ved behov for akut psykiatrisk hjælp
- Sende en ambulance, indhente rådgivning eller viderestille opkaldet til 1-1-2 AMK-Vagtcentralen.

Personalet på Akuttelefonen 1813 har læseadgang til sundhedsplatformens hospitalsjournaler. Herved skabes sammenhæng i patientforløbene og overblik over områder som kroniske sygdomme, nylige indlæggelser samt lægemidler en patient ikke bør få, typisk på grund af allergi (CAVE).

Der er etableret et godt og velfungerende netværk mellem de enkelte kommuner og Region Hovedstadens Akutberedskab, således at akut hjælp i højere grad end tidligere kan koordineres mellem kommuner og region.

Region Hovedstaden ønsker at styrke dette samarbejde, herunder mulighederne for at kommunale akutte sygeplejersker uden for egen læges åbningstid kan køre ud og foretage observationer eller målinger i hjemmet og melde tilbage til lægen på Akuttelefonen 1813. Aktuelt er kommunerne i gang med at etablere kommunale akutfunktioner, så de er rustet til at kunne håndtere akutte patienter døgnet rundt. Med akutfunktionerne opnås nye kompetencer i kommunerne, og der vil være døgndækket sygeplejebemanning.

Regionerne har i fællesskab besluttet at etablere et landsdækkende fælles akutnummer 1-1-3 ved udgangen af 2019. Det vil på landsplan sikre borgerne én samlet indgang til det akutte system. Borgerne i Region Hovedstaden vil således ikke længere skulle ringe 1813 men 1-1-3. I livstruende situationer skal borgerne fortsat ringe 1-1-2.

8.2 1-1-2 AMK-Vagtcentralen

I tilfælde af alvorlig, akut sygdom eller skade er det afgørende, at den syge eller tilskadekomne hurtigt får professionel hjælp. Opkald til 1-1-2 vedrørende akut sygdom og ulykker viderestilles derfor til 1-1-2 AMK-Vagtcentralen, der er bemannet med sygeplejersker og paramedicinere. En paramediciner er en specialuddannet ambulancebehandler med kompetence til at yde akut livreddende behandling. Ved behov sendes ambulance og akutlægebil.

Foruden de akutte livreddende kørsler er Region Hovedstadens Akutberedskab ansvarlig for disponering, drift og vedligehold af Babyancen, der er specielt designet til at transportere svært syge børn og deres familier, når de skal have højt specialiseret intensiv behandling på Rigshospitalet. Babyancen står klar til udrykning hele døgnet året rundt. Den bemannes af Rigshospitalets neonatale transporthold og Akutberedskabets specialuddannede paramedicinere.

Regionens AMK-Vagtcentral varetager endvidere planlægning og disponering af den liggende såvel som den siddende sygetransport.

Et fokusområde er 'hurtigere hjælp ved hjertestop'. Her arbejder regionens akutberedskab på flere niveauer for at hjælpe borgere med hjertestop. Udredningskørsler benyttes altid ved mistanke om hjertestop. Herudover er der etableret en Hjerteløberordning, hvor frivillige hjerteløbere alarmeres via Region Hovedstadens vagtcentral samt First Responders, hvor regionen har indgået aftale med en række beredskabsmyndigheder.

Sundhedsberedskab

Ved hændelser, hvor der er behov for at iværksætte et særligt sundhedsberedskab, herunder henvendelse fra centrale myndigheder, vil regionens AMK-vagtcentral koordinere opgaverne internt og i forhold til eksterne samarbejdspartnere. Regionen har udarbejdet en sundhedsberedskabsplan, der skal gøre det muligt hurtigt og effektivt at koordinere og løse regionens opgaver i relation til patientbehandling både præhospitalt og på det enkelte hospital. Nærmere oplysninger om regionens sundhedsberedskab kan ses i rapporten: 'Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan' fra 2017.

8.3 Den landsdækkende akutlægehelikopterordning

Der er som supplement til regionernes præhospitale beredskaber (den indsats, der varetages uden for hospitalerne) etableret en tværregional akutlægehelikopterordning, der skal bidrage til, at akut syge borgere med livstruende symptomer, der er bosat eller opholder sig langt fra specialiserede hospitaler, sikres hurtig adgang til præhospital speciallægebehandling.

Den daglige drift af organisationen ledes af Region Midtjylland.

8.4 Psykiatriske akutmodtagelser

Borgere og pårørende der har behov for øjeblikkelig psykiatrisk hjælp, kan henvende sig på en af regionens døgnåbne psykiatriske akutmodtagelser, jf. afsnit 7.8 Region Hovedstadens Psykiatri.

Det er ikke nødvendigt at ringe først, men Akuttelefonen 1813 kan rådgive om det rette tilbud til borgerne, herunder viderestille til 1-1-2 AMK-Vagtcentralen ved behov.

1-1-2 AMK-Vagtcentralen kan ved behov sende en ambulance, det psykiatriske akutberedskab eller sociolancen, jf. nedenstående beskrivelser.

Det psykiatriske akutberedskab er et særligt tilbud til de borgere, der har behov for psykiatrisk akuthjælp. Det psykiatriske akutberedskab opererer i tidsrummet kl. 16 til 08 på hverdage samt hele døgnet i weekender og på helligdage. Akutberedskabet består af et køretøj med en paramediciner og en psykiater, der kan sendes ud til psykisk syge - ofte selvmordstruede borgere.

Borgere eller pårørende kan kontakte enten Akuttelefonen 1813 eller 1-1-2 AMK-Vagtcentralen. Det er 1-1-2 AMK-Vagtcentralen, der vurderer, om det psykiatriske akutberedskab skal aktiveres. Bliver det aktiveret, afgør den vagthavende psykiater, hvad der videre skal ske.

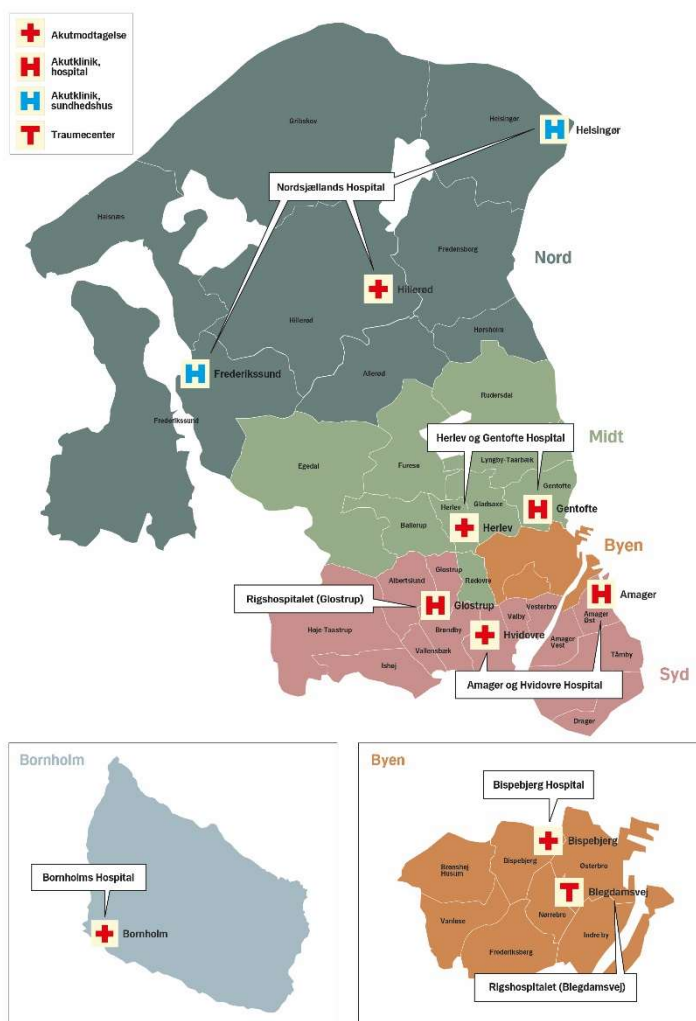
Sociolancen er et supplerende tilbud til socialt udsatte borgere i Københavns Kommune, der primært har brug for en socialfaglig indsats. Sociolancen består af et køretøj med en socialfaglig medarbejder fra Københavns Kommunes Socialforvaltning og en paramediciner eller ambulancebehandler fra enten Region Hovedstadens Akutberedskab eller Hovedstadens Beredskab. Sociolancen kan tilkaldes gennem 1-1-2 opkald, og kører hver dag fra kl. 11.00-23.00

8.5 Traumecenter, akutafdelinger og akutklinikker (somatik)

På hospitalerne foregår den akutte indsats i dag på tre niveauer, alt efter hvilket behov den enkelte patient har: Traumecenter, akutafdeling og akutklinik.

Regionens traumecenter ligger på Rigshospitalet og er en specialiseret akutafdeling. Her modtages svært tilskadekomne patienter samt kritisk syge patienter, som kræver speciel indsats og samarbejde med mange diagnostiske og kliniske specialer på højt specialiseret niveau. Akutafdelingerne er placeret på akuthospitalerne. Her kan modtages alle akut syge eller tilskadekomne patienter både til ambulans behandling og indlæggelse. Både traumecenter og akutafdelinger har åbent døgnet rundt.

Akutklinikkerne er enten placeret på hospitalsmatrikel i fysisk tilknytning til en medicinsk sengeafdeling med deraf mulighed for indlæggelse eller i sundhedshus uden mulighed for indlæggelse. Akutklinikker i tilknytning til sundhedshus kan alene modtage patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom, dvs. sygdom der i dagtid varetages af praktiserende læger. På hospitalsmatrikler, hvor der både er akutklinik og medicinske senge,



modtages endvidere akut syge intern medicinske patienter. Der visiteres dog til akutafdeling, hvis der kan være tale om mere alvorlig sygdom. Akutklinikkerne har åbent i dag- og aften timerne.

Akut behandling af medicinsk sygdom hos børn under 12 år er samlet i et børnespor i akutafdelingerne. Børn under 12 år med mindre skader behandles både på akutafdelinger og akutklinikker.

9. Det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen skal styrkes i de kommende år. Baggrunden er, at der bliver flere ældre borgere i regionen, og at der er flere borgere, som lever med flere kroniske sygdomme eller med samtidig psykisk og somatisk sygdom. Disse borgere har i dag typisk forløb både i kommunen, hos praktiserende læge, på hospitalet og/eller i psykiatrien, og de mange kontakter øger risikoen for usammenhængende forløb.

Derfor arbejder regionen for at sikre sammenhæng i patientforløbene, og at patienter skal modtage mere behandling væk fra hospitalerne, når dette er muligt. Af hensyn til patienterne skal den tid, de er væk fra hjemmet i forbindelse med sygdom samtidig minimeres, hvis det er fagligt velbegrunderet.

9.1 Opgaver i det nære sundhedsvæsen

For at udnytte kapaciteten bedst muligt og give mest mulig sundhed til borgerne er det afgørende med et stærkt samarbejde mellem de praktiserende læger, kommunerne og hospitalerne.

Et væsentligt element i omstillingen til mere nærhed er en løbende vurdering af, om behandlingen kan foregå på et lavere effektiviserings- og omsorgsniveau. Det kan fx være at gå fra indlæggelse til ambulant behandling, fra ambulant behandling til telemedicin eller behandling i praksissektoren eller kommunen.

Denne bevægelse understøttes yderligere af, at nærhedsfinansiering i de kommende år vil erstatte den aktivitetsbaserede styring. Med den ny styringsmodel, i aftalen om regionernes økonomi for 2019, ændres det nuværende fokus på sygehusaktivitet til bredere mål, der understøtter sammenhæng og omstilling af behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter fra hospitalerne til tilbud tættere på patienten.

Praktiserende læger

Hovedparten af de indledende kontakter til det regionale sundhedsvæsen modtages af de praktiserende læger, hvoraf en mindre andel henvises videre til hospitalerne.

Praktiserende læger, speciallægepraksis og den øvrige praksissektor varetager en del patientforløb i fællesskab med hospitalerne. For en række kroniske sygdomme struktureres samarbejdet mellem de praktiserende læger, behandlere i kommunerne og hospitalerne om udredning og behandlingsforløb. De praktiserende læger er i disse forløb tovholder på tværs af sektorerne og er patientens faste kontakt til sundhedsvæsenet.

De praktiserende læger skal som følge af Overenskomst om almen praksis 2018 varetage behandlingen af størstedelen af patienterne med KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) og type 2-diabetes. I fremtiden vil flere patientgrupper derfor have forløb i almen praksis i stedet for på hospitalet. Formålet hermed er at sikre bedre ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen, færre henvisninger til specialiseret niveau på hospitalerne samt mere sammenhængende patientforløb og nærhed for patienten. Det kræver, at der er de nødvendige kompetencer og den nødvendige kapacitet hos de praktiserende læger, samt at hospitalerne i højere grad understøtter dem med faglig rådgivning.

Kommunerne

Kommunerne løser sammen med de praktiserende læger de sundhedsopgaver, hvor der ikke kræves specialistkompetencer og den tværfaglighed eller det udstyr, som findes på hospitalerne. Det gælder især i forhold til børns sundhed og patienter med kroniske sygdomme samt ældre medicinske patienter. Fx varetager kommunerne mange af de forebyggende indsatser, der tilbydes til mennesker med fx KOL eller type 2-diabetes.

Kommunerne er også i gang med at implementere kvalitetstandards for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, så de er rustet til at kunne håndtere patienter, der har brug for en særlig indsats fra kommunen enten for at undgå en indlæggelse eller i forlængelse af en hospitalsindlæggelse. Flere kommuner har de seneste år også etableret fælleskommunale specialiserede sygeplejeteams med det formål at styrke de sygefaglige kompetencer lokalt og forebygge unødvendige ind- og genindlæggelser.

Den overordnede politiske ramme for det tværsektorielle samarbejde om sundhed aftales i regi af Sundhedsaftalen. Der er udarbejdet en ny sundhedsaftale for perioden 2019–2022, som har særligt fokus på samarbejdet om sundhed i forhold til:

- Ældre borgere og borgere med kronisk sygdom
- Mennesker med psykisk sygdom
- Børn og unge

Aftalen forventes at blive en fokuseret og dynamisk aftale, hvor der løbende gennem aftaleperioden vil være mulighed for at arbejde med de områder, hvor der er størst behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde. Sundhedsaftalen stiller konkrete krav til opgaver og indsatser på hospitalerne, og aftalen har dermed også en tæt kobling og betydning for hospitalsplanlægningen.

9.2 Udvikling i retning af flere nære sundhedstilbud

Der udvikles løbende nye behandlingsformer og teknologiske muligheder, der sammen med nye samarbejdsformer mellem patienter, kommuner og de praktiserende læger kan være med til at flytte mere behandling til det nære sundhedsvæsen og dermed tættere på borgeren.

Nære sundhedstilbud kan være, at hospitalerne varetager opgaver i patientens hjem eller nærmiljø fx gennem telemedicinske løsninger, der gør det muligt for patienterne at blive tilset uden at skulle møde op på hospitalet. For eksempel tilbydes regionens borgere med svær KOL et telemedicinsk forløb, hvor patienterne via en skærm i eget hjem kan deltage i træning. Grundet patientgruppens helbredstilstand kan det være vanskeligt fysisk at møde frem til træning, men med det telemedicinske træningsforløb, som giver lige adgang for alle borgere, kan patienterne opnå en bedring af deres fysiske og psykiske tilstand og eventuelt undgå ekstra indlæggelser. Med tilbuddet er der også mulighed for via skærmen at tale med en hospitalspræst eller deltage i patientundervisning, rygestopkursus og kostvejledning. Desuden kan opgaver løses af praktiserende læger eller i kommunerne i tæt samarbejde med hospitaler frem for på hospitalet.

Sundhedshuse

Region Hovedstaden har sammen med kommunerne og de praktiserende læger udarbejdet en vision for fælles sundhedshuse. Visionen opfordrer til lokal dialog om eventuel etablering af fælles sundhedshuse.

Visionen er, at fælles sundhedshuse bidrager til:

- Et stærkt nært sundhedsvæsen, som medvirker til, at borgerne oplever høj kvalitet og øget sammenhæng i indsatsen
- Bedre udnyttelse af ressourcerne og en større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af sektorer
- Let og lige adgang til praksissektoren og hospitalsydelser der, hvor det er en udfordring

Regionen er aktuelt engageret i etablering eller drift af fire fælles sundhedshuse, henholdsvis i Helsingør, Frederikssund, Ishøj og Huset for Psykisk Sundhed i København. Mange kommuner i hovedstadsregionen har egne sundhedshuse, hvor de kommunale opgaver med forebyggelse, genoptræning og rehabilitering foregår. Som led i udviklingen af det nære sundhedsvæsen vil Region Hovedstaden gerne understøtte et tættere samarbejde omkring de eksisterende kommunale sundhedshuse.

Relateret document 3/4

Dokument Navn:	Forslag til ændringer, analyser og præciseringer.pdf
Dokument Titel:	Forslag til ændringer, analyser og præciseringer
Dokument ID:	2655326

Forslag til ændringer, analyser og præciseringer i Hospitalsplan 2025

Speciale	Nuværende struktur	Forslag til ændringer	Forslag til analyser og præciseringer
Anæstesi (bedøvelse)	Ingen ændringer		
Arbejdsmedicin	Ingen ændringer		
Arvelige sygdomme	Ingen ændringer		
Biokemisk laboratorie	Ingen ændringer		
Blodsygdomme	Behandling af blodsygdomme varetages på Rigshospitalet samt Herlev og Gentofte Hospital.		Området for behandling af blodsygdomme indgår i analyse og kortlægning af patientforløb på kræftområdet, jf. specialet for kræftbehandling.
Børne- og ungdomspsykiatri	I børne- og ungdomspsykiatrien er sengene placeret på afdelingerne i Glostrup og på Bispebjerg.	Sengene i børne- og ungdomspsykiatri samles på matriklen i Glostrup, og de eksisterende senge på Bispebjerg lukkes. Der vil fortsat være ambulante funktioner i planområde Nord og Byen.	
Børne- og ungesygdomme	På alle akuthospitaler, undtagen Bispebjerg Hospital, er der afdelinger, der behandler for børne- og ungesygdomme.	Der oprettes et Kvinde-Barn-Center på Bispebjerg Hospital, herunder en børne- og ungeafdeling.	
Farmakologi	Ingen ændringer		
Gigt-, bindevævs- og rygsygdomme	Ingen ændringer		

Speciale	Nuværende struktur		Forslag til ændringer	Forslag til analyser og præciseringer
Hjerne- og nervekirurgi	Ingen ændringer			
Hjerne- og nervesygdomme	På alle akuthospitaler, undtagen Amager og Hvidovre Hospital, er der afdelinger, der behandler for hjerne- og nervesygdomme.			Den eksisterende tilsynsfunktion på Amager og Hvidovre Hospital fra Rigshospitalet styrkes.
Hjerte- og lungekirurgi	Ingen ændringer			
Hjertesygdomme	Ingen ændringer			
Hormon- og stofskiftesygdomme	Ingen ændringer			
Hud-, allergi- og kønssygdomme	Ingen ændringer			
Infektionssygdomme	Behandling af infektionssygdomme varetages på alle akuthospitaler.			Den infektionsmedicinske funktion på Bispebjerg Hospital styrkes.
Karkirurgi	Ingen ændringer			
Kirurgi	Der er i Hospitalsplan 2020 besluttet en fysisk sammenlægning af området for brystkirurgi på Herlev og Gentofte Hospital, Herlev-matriklen.	Området for brystkirurgi samles fysisk på Herlev og Gentofte Hospital, Gentofte-matriklen.		

Speciale	Nuværende struktur	Forslag til ændringer	Forslag til analyser og præciseringer
Kræftsygdomme	Den onkologiske kræftbehandling varetages på Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital samt Nordsjællands hospital.		Der udarbejdes en regional kræftplan, der skal indeholde en analyse og kortlægning af patientforløbene på kræftområdet. Som en del heraf skal der ses på regionens samlede kræfttilbud, herunder også diagnostik, senfølger samt behandlingen af blodsygdomme.
Kvindesygdomme, graviditet og fødsler	Der er i dag fire store fødesteder på Rigshospitalet, Amager og Hvidovre Hospital, Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital.	Der oprettes et Kvinde-Barn-Center på Bispebjerg Hospital, herunder en fødeafdeling og en afdeling for kvindesygdomme. Desuden oprettes skærmede fødeklinikker på de nuværende fødesteder, en fælles regional hjemmefødselsordning og et murstensløst Center for Reproduktion.	
Laboratorie for vævsygdome	Ingen ændringer		
Led- og knoglekirurgi	Ingen ændringer		
Lungesygdomme	Ingen ændringer		
Mave-, tarm- og leversygdomme	Ingen ændringer		
Mikrobiologisk laboratorie	Ingen ændringer		
Nuklearmedicin	Ingen ændringer		
Nyresygdomme	Ingen ændringer		

Speciale	Nuværende struktur		Forslag til ændringer	Forslag til analyser og præciseringer
Patologi	Ingen ændringer			
Plastikkirurgi	Ingen ændringer			
Psykiatri	I 2017 blev Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Frederiksberg fusioneret organisatorisk - til Psykiatrisk Center København, der har sengefunktioner placeret på Rigshospitalet, Bispebjerg, Gentofte og Frederiksberg. Med byggeprojektet Ny Psykiatri Bispebjerg samles de funktioner, som i dag ligger på Rigshospitalet, Bispebjerg og Gentofte.		Psykiatrisk Center København samles i Ny Psykiatri Bispebjerg, hvilket betyder, at også funktionerne på Frederiksberg-matriklen flyttes til Bispebjerg.	
	Den specialiserede retspsykiatri varetages på Psykiatrisk Center Sct. Hans og Psykiatrisk Center Glostrup.			Forud for ibrugtagningen af Ny Retspsykiatri Sct. Hans vil der blive set på den samlede specialiserede retspsykiatriske sengekapacitet.
Røntgen og scanning	Ingen ændringer			
Tand-, mund- og kæbekirurgi	Ingen ændringer			
Urinvejskirurgi	Ingen ændringer			
Ældresygdomme	Ingen ændringer			
Øjensygdomme	Ingen ændringer			
Øre-, næse- og halskirurgi	Behandling for høresygdomme varetages på Nordsjællands Hospital og Rigshospitalet, der også har funktioner på Bispebjerg Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital (Gentofte).			Der vil blive set nærmere på, om behandlingen af patienter med høresygdomme kan samles på færre matrikler.

Speciale	Nuværende struktur	Forslag til ændringer	Forslag til analyser og præciseringer
Øvrige områder			
Patienthotel	I Hospitalsplan 2020 fremgår det, at der er patienthospital på akuthospitalerne. Som konsekvens af tidligere beslutninger, blandt andet i aftaler om regionens budget, vil der ikke være patienthoteller i tilknytning til akuthospitalerne.	Hospitalsstrukturen i Hospitalsplan 2025 opdateres med tidligere beslutninger om at nedlægge patienthoteller på akuthospitalerne.	
Kapacitet	Der forventes en udvikling med flere borgere i regionen og en aldrende befolkning især i planområde Nord.		Behovet for sengepladser i regionen vil blive fulgt tæt med henblik på at sikre udnyttelse af regionens samlede sengekapacitet, herunder at aktiviteten kan rummes på Nyt Hospital Nordsjælland

Relateret document 4/4

Dokument Navn: Høringsbrev.pdf
Dokument Titel: Høringsbrev
Dokument ID: 2655328

Invitation til høring af Hospitalsplan 2025

Regionsrådet har igangsat arbejdet med en ny hospitalsplan for Region Hovedstaden. Med hospitalsplanen lægges en langsigtet ramme for udviklingen af hospitalsvæsenet, og målet er at skabe et sundhedsvæsen i topklasse, så regionens borgere også fremover modtager en behandling af høj faglig kvalitet.

Forslag til Region Hovedstadens Hospitalsplan 2025 sendes i høring i perioden fra den 20. december 2018 til den 11. marts 2019.

Med Hospitalsplan 2025 fastholdes hospitalsstrukturen og den overordnede opgavefordeling mellem hospitalerne. På baggrund af input fra blandt andet klinikere (via regionens sundhedsfaglige råd) og hospitalsdirektioner foreslås en række ændringer i opgavefordelingen mellem hospitalerne.

Høringsversionen af Hospitalsplan 2025 kan findes på Region Hovedstadens hjemmeside: <https://www.regionh.dk/politik/hoeringer/aktuelle-hoeringer/Si-der/Hoering-af-forslag-til-Hospitalsplan-2025-for-Region-Hovedstaden.aspx>

Se flere informationer på hjemmesiden, hvor høringssvar skal indsendes. På hjemmesiden findes et skema over forslag til ændringer i opgavefordelingen i hospitalsplanen, der ligeledes fremgår af kapitel 3 i hospitalsplanen. Nogle af ændringerne i hospitalsplanen er tidligere vedtaget af regionsrådet, og hospitalsplanen er opdateret med disse. Alle ændringsforslag er en del af høringen.

Høringssvarene vil være offentligt tilgængelige på Region Hovedstadens hjemmeside.

Hvis der er spørgsmål til hospitalsplanen eller høringsprocessen, kan de rettes til Chefkonsulent Karen Nørgaard (karen.noergaard.01@regionh.dk) eller Enhedschef Charlotte Hosbond (charlotte.hosbond.01@regionh.dk).

Med venlig hilsen

Svend Hartling
Koncerndirektør