



DANSKE
REGIONER



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

28-02-2019
MDR-2019-00130
Maren Munk-Madsen

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 7. marts 2019 kl. 10.30

Deltagere: Stephanie Lose, Ulla Astman, Henrik Thorup, Sophie Hæstorp Andersen, Anders Kühnau, Heino Knudsen, Poul-Erik Svendsen, Lars Gaardhøj, Karin Friis Bach, Per Larsen, Villy Søvnndal, Lone Langballe, Martin Geertsen, Carsten Kissmeyer, Jacob Jensen, Lone Sondrup, Tormod Olsen

Afbud:

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Fortrolig)	4
3 (Offentlig) Udpegning til Danske Erhvervsskoler - og Gymnasiers bestyrelsesforening	5
4 (Offentlig) Danske Regioner Regnskab 2018	7
5 (Fortrolig)	11
6 (Fortrolig)	11
7 (Fortrolig)	11
8 (Fortrolig)	11
9 (Fortrolig)	11
10 (Fortrolig)	11
11 (Fortrolig)	11
12 (Fortrolig)	11
13 (Offentlig) Videreførelse af medicinpuljen	12
14 (Offentlig) Afrapportering og anbefalinger for fremtidens arbejde med værdibaseret sundhed	15
15 (Offentlig) Status for sygehusbyggeri	20
16 (Fortrolig)	24
17 (Fortrolig)	24
18 (Offentlig) Danske Regioners EU-prioriteringer 2019 ...	25
19 (Offentlig) Generelle orienteringer	31
20 (Offentlig) Formandens meddelelser	34
21 (Offentlig) Næste møde	35
22 (Offentlig) Eventuelt	36

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Offentlig) Udpegning til Danske Erhvervsskoler - og Gymnasiers bestyrelsesforening

Maya Ryevad Lauritsen
EMN-2017-03717

Resumé

Ved Danske Erhvervsskoler- og Gymnasiers bestyrelsesforenings generalforsamling den 15. maj 2019 er regionernes medlem på valg. Herudover er det aftalt med KL, at regionerne besætter den delte suppleantpost.

Bestyrelsen skal derfor udpege regionernes repræsentanter i bestyrelsesforeningen for Danske Erhvervsskoler og -gymnasier.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen udpeger 1 ordinært bestyrelsesmedlem samt 1 suppleant til Danske Erhvervsskoler og -Gymnasiers bestyrelsesforening.

Sagsfremstilling

Ved generalforsamlingen 2018 i bestyrelsesforeningen for Danske Erhvervsskoler- og Gymnasier (DEG-B) er der lavet en vedtægtsændring, således at det nu fremgår eksplicit, at regionerne besætter én plads i bestyrelsen. Tidligere stod der "kommunerne og andre offentlige besætter to pladser".

Regionerne har dermed en fast bestyrelsespost i DEG-B, som udpeges for en 2-årig periode (fra 1. juni 2019). Herudover deler regionerne en suppleantpost med KL. Suppleantposten udpeges for 1 år, og det er aftalt med KL at besætte posten på skift ét år ad gangen i indeværende valgperiode. Regionerne besætter posten det første år. Det er samtidig aftalt med KL, at fra den næste valgperiode besættes suppleantposten på skift for to år ad gangen.

Kandidater til posterne er medlemmer af en bestyrelse på en af DEG-B's medlemsskoler (tekniske og merkantile erhvervsskoler).

Om bestyrelsesarbejdet i Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier

Bestyrelsen består af 18 medlemmer og 5 suppleanter, der alle sidder i en bestyrelse på en teknisk eller merkantil erhvervsskole. Derudover repræsenterer medlemmerne arbejdsmarkedets parter, det offentlige samt medarbejdere og elever på erhvervsskolerne. Der afholdes omkring 5 ordinære møder årligt.

Deltagere i bestyrelsens arbejde kan ydes rejsegodtgørelse i overensstemmelse med statens regler for tjenestemandstrejser (højeste takst).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

4 (Offentlig) Danske Regioner Regnskab 2018

Kristian Terp
EMN-2019-00284

Resumé

Danske Regioners regnskab for 2018 aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens regler for klasse A virksomheder. Årsregnskabet er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 4,2 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 0,5 millioner kroner, idet der er indtægter på 16,3 millioner kroner, omkostninger på 0,8 millioner kroner og et kurstab på 15,0 millioner kroner. Dermed udviser foreningens drift et underskud på 3,7 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 1,2 millioner kroner. Udgiften til rammebevillingen GDPR tilpasning udgjorde 5,1 millioner kroner.

Årets resultat er dermed et underskud på 9,9 millioner kroner.

Danske Regioners balance pr. 31. december 2018 udgør 649,4 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2018 udgør 361,1 millioner kroner, hvilket er et fald på 9,9 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioners regnskab for 2018 godkendes og underskrives, og at Revisionsprotokollaterne underskrives.

Sagsfremstilling

Danske Regioners regnskab for 2018 er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab. Revisionen har ved afslutningen af revisionen af Danske Regioners årsregnskab afgivet en beretning.

Konklusionen på den udførte revision er, at "godkender ledelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold eller andre rapporteringsforpligtelser."

Regnskabet aflægges som en årsrapport efter årsregnskabsloven regnskabsklasse A. Denne regnskabsklasse er beregnet på virksomheder, som ikke er forpligtet til at aflægge årsrapport, men som frivilligt har valgt at

aflægge en sådan til ekstern brug. Bestyrelsen besluttede ved behandlingen af Danske Regioners kasse- og regnskabsregulativ den 23. november 2006, at regnskabslovens principper skulle anvendes.

Regnskabet for 2018

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 4,2 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 0,5 millioner kroner, idet der er indtægter på 16,3 millioner kroner, omkostninger på 0,8 millioner kroner og et kurstab på 15,0 millioner kroner. Dermed udviser foreningens drift et underskud på 3,7 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 1,2 millioner kroner. Udgiften til rammebevillingen GDPR tilpasning udgjorde 5,1 millioner kroner.

Årets resultat er dermed et underskud på 9,9 millioner kroner.

Budget og regnskab 2018

I det følgende tages der udgangspunkt i Budget og resultatoversigt 2018.

De samlede personaleomkostninger er knap 13,3 millioner kroner lavere end budgetteret. Årsagen er primært en nedskrivning af hensættelsen til tjenestemandspensionister på 9,0 mio. kr.

Driftsomkostningerne eksklusiv personaleomkostninger er 7,1 millioner kr. lavere end budgetteret.

Udgifterne til fremmede tjenesteydelser var 4,5 millioner kroner lavere end budgetteret, hvilket skyldes uforbrugte puljemidler og lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser i Medicinrådet.

De samlede indtægter før finansielle poster endte godt 5,5 millioner kroner højere end budgetteret fordelt på kontingentindtægter og øvrige indtægter, mens sekretariatsbidragene var lavere end budgetteret. Sekretariatsbidragene og øvrige indtægter fluktuerer blandt andet i takt med indgåede projektbevillinger i forskningsfondene og fordeler sig dermed ujævnt over årene.

Medicinrådet har egne kontingentindtægter og selvstændig økonomi, men indgår som en del af det samlede regnskab. I note 20 i årsrapporten vises hovedtallene for Medicinrådets del af regnskabet for 2018.

Medicinrådets resultat for 2018 er et mindreforbrug på 5,6 millioner kroner. Mindreforbruget skyldes som nævnt ovenfor lavere udgifter til drift og

tjenesteydelser i forbindelse med opbygningen af Medicinrådets sekretariat, idet rådet fortsat ikke var fuldt implementeret fra årets start.

De finansielle indtægter udgør 16,3 millioner kroner, hvilket er 8,6 millioner kroner højere end forventet. Merindtægten skyldes primært ekstraordinært høje dividendeudbetalinger i 2018. Kurstab udgør 15,0 millioner kroner. Overskuddet på de finansielle poster er samlet 0,5 millioner kroner i 2018.

Rammebevillingen GDPR-tilpasning afsluttes med regnskab 2018. Det samlede forbrug endte på knap 5,1 millioner kroner, hvilket er 0,1 millioner højere end bevillingen.

Personaleomkostninger

Opstillingen af Personaleomkostningerne i note 2 (s.16) i årsrapporten er ændret i forhold til tidligere år. Dette er sket for at tydeliggøre effekten af nedskrivningen af hensættelsen til tjenestemandspensioner.

Personaleomkostningernes stigning på 12,1 millioner kroner i forhold til 2017 er primært påvirket af Medicinrådets udbygning (4,6 millioner kroner), barselsvikariater (2,6 millioner kroner), eksternt finansierede projektansættelser (1,7 millioner kroner) og overenskomststigninger (2,0 millioner kroner).

Status pr. 31. december 2018

Danske Regioners balance pr. 31. december 2018 udgør 649,4 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2018 udgør 361,1 millioner kroner, hvilket er et fald på 9,9 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

Værdien af ejendomme og øvrige anlægsaktiver udgør 195,6 millioner kroner efter årets tilgange og afskrivninger.

Danske Regioner har indgået en kapitalforvaltningsaftale med Nordea Asset Management. Aftalens overordnede investeringspolitik medfører en maksimal aktieandel på 30 %, og en deraf følgende obligationsandel på 70 %.

Ultimo 2018 udgjorde aktieandelen 21 % af den samlede portefølje på 361,8 millioner kroner (inklusiv indestående på tilhørende pengemarkedskonto på 1,2 millioner kroner ultimo 2018). Obligationsporteføljen søges placeret under hensyn til højest muligt afkast med lavest mulig risiko for kurstab ved renteudsving samtidig med, at det sikres, at der løbende frigives kapital til at dække de løbende driftsunderskud. Obligationernes restløbetid fordeler sig med 70 % af beholdningen mellem 0-5 år og 30 % over 10 år.

Danske Regioner forvalter centrale overenskomstpuljer, der er opkrævet i amterne og regionerne siden 1993. Overenskomstparterne disponerer over

puljerne, og der henstår 87,7 millioner kroner. Puljerne forrentes med diskontoen minus en procent. Da diskontoen er 0,0 % er der ikke sket en rentetilskrivning, idet aftalen indebærer, at der ikke udmøntes en negativ forrentning.

Der er hensat midler til projekter for 51,3 millioner kroner. Den største del heraf udgøres af Regionernes Medicinpulje, hvor der ultimo 2018 henstod 19,2 millioner kroner. Den seneste ansøgningsrunde er afsluttet i 2018, og der er givet tilsagn til forskningsprojekter i størrelsesordenen 7,0 millioner kroner, der kommer til udbetaling i 2019 og frem.

Der er ingen erhvervsaktive tjenestemænd ansat i Danske Regioner. Der udbetales tjenestemandspensioner til 16 tidligere ansatte tjenestemænd eller deres enker. Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2018 af den manglende forsikringsmæssige dækning svarende til 33,4 millioner kroner.

Til dækning af Danske Regioners feriepengeforpligtelse er hensat 20,6 millioner kroner.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Årsrapport 2018 Danske Regioner (1262865 - EMN-2019-00284)
2. Budget og resultatoversigt 2018 (1262867 - EMN-2019-00284)
3. Danske Regioner revisionsprotokollat 2018 - 20.02.2019 (1262868 - EMN-2019-00284)
4. Opdatering af revisionsaftale 20.02.2019 (1262869 - EMN-2019-00284)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Fortrolig)

10 (Fortrolig)

11 (Fortrolig)

12 (Fortrolig)

13 (Offentlig) Videreførelse af medicinpuljen

Laura Winther
EMN-2018-02794

Resumé

Bestyrelsen godkendte i 2012 oprettelsen af Medicinpuljen, som har til formål at støtte forskning uafhængig af lægemiddelindustrien. Danske Regioner har gennemført en evaluering af Medicinpuljen. Evalueringen viser, at flere af de projekter, der er bevilliget penge til, har medvirket til ændringer i den medicinske behandling, fx reduktion af behandlingstid eller dosis, hvilket både vil kunne være til gavn for patienterne og økonomien. Ligeledes viser evalueringen, at der har været god udbredelse af forskningsresultater i form af videnskabelige artikler.

Der blev afsat 20 millioner kroner årligt fra 2014-2017. Medicinpuljen er indtil videre blevet finansieret gennem overskudsmidler fra AMGROS. Der skal nu tages stilling til, om puljen skal videreføres, og hvordan puljen fremadrettet skal finansieres.

Indstilling

Sundhedsudvalget indstiller,

at, Medicinpuljen videreføres i 2019-2022 med en ramme på 20 mio. kr. årligt – dog kun 10 mio. kr. i 2019 på grund af puljens ikrafttrædelsestidspunkt, og *at* de enkelte regioner giver tilsagn om at medfinansiere Medicinpuljen ud fra bloktilskudsnøglen for sundhed.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede i 2012, at regionerne skulle etablere en uafhængig forskningspulje (Medicinpuljen). Medicinpuljen havde bl.a. til formål at støtte forskningsprojekter, som ikke giver overskud for industrien. Derudover skulle den støtte igangsættelsen af forsøg med afprøvning af nye lægemidler over for eksisterende standardmedicin i forhold til effekt, bivirkninger og pris.

Det blev besluttet, at Medicinpuljen fik en årlig tildeling på 20 mio. kr. i årene 2014-2017, dvs. 80 mio. kr. i alt stammende fra overskudsmidler fra AMGROS. Derudover har puljen været finansieret med 3.884.736 kr. fra overskuddet fra blodplasma. Siden 2014 har puljen således givet tilsagn om bevillinger for knap 84 mio. kr. i støtte til uafhængig forskning.

En evaluering af Medicinpuljen fra 2018 har vist, at bevillingerne fra Medicinpuljen har medført flere gode resultater for behandlingen af udvalgte patientgrupper, som potentielt kan spare sundhedsvæsenet for penge.

- Eksempelvis kan nævnes, at et forskningsprojekt foretaget på Hvidovre Hospital har medført, at det har været muligt at reducere den gængse behandlingsform for patienter med urinvejsinfektion fra fem dages medicinsk behandling til tre dage.
- Et andet eksempel er fra Aarhus Universitetshospital, hvor det er blevet undersøgt, om det er muligt at stoppe behandlingen af ny-diagnosticerede HIV-patienter tidligere. De fandt, at nogle af HIV-patienterne kunne undvære medicin i op til 24 uger (og er aktuelt stadig uden medicin).
- Et tredje eksempel er på Odense Universitetshospital. Her har man igangsat et forsøg, hvor man forventer at kunne nedsætte behandlingstiden for hepatitis C-patienter.

Den komplette liste med eksempler på forventede ændringer i regionernes medicinpraksis, som følge af bevillingsmodtagernes studier, kan rekvireres i sekretariatet.

Evalueringen viser desuden, at bevillingsmodtagerne i november 2018 havde udgivet 70 videnskabelige artikler eller lignende, og at der forventes at blive udgivet omkring 140 mere.

Samtidig viser en evaluering fra 2017, at medlemmerne af arbejdsgruppen og styregruppen for Medicinpuljen mener, at Medicinpuljen er vigtig, da den bidrager til ny viden inden for et område af lægemiddelforskningen, hvor det ellers er vanskeligt at opnå støtte. Det gælder fx forsøg, der undersøger, om det er muligt at reducere behandlingstid og medicindosis.

Hertil ses puljen som et vigtigt alternativ til forsøg sponsoreret af lægemiddelindustrien. Søgningen til puljen er fordelt over alle regioner med mange forskellige fagområder og typer af studier. Søgningen til puljen har været langt større end det afsatte beløb.

Videreførelse af Medicinpuljen

Udgifterne til sygehusmedicin er stigende, og alene fra 2012-2017 steg udgifterne med 36 procent fra 6,5 mia. kr. til 8,8 mia. kr. Derudover oplever mange patienter en række bivirkninger og begrænset effekt af deres medicin. Der er derfor brug for initiativer, der kan sikre mere effektiv brug af lægemidler.

På baggrund af de gode resultater, som Medicinpuljen har vist, og med afsæt i de skitserede udfordringer foreslås det, at Medicinpuljen videreføres i en ny fireårig periode fra 2019-2022 og evalueres igen ved slutningen af perioden.

Hvis Medicinpuljen videreføres, anbefales det af Styregruppen for Medicinpuljen at målrette kriterierne for ansøgninger med henblik på at støtte projekter, der kan sikre et mere effektivt ressourceforbrug. Herunder undersøgelser af om dyre behandlinger kan erstattes af billigere behandlinger med den samme effekt.

Derudover peger styregruppen på, at der er behov for at skabe mere synlighed omkring puljen blandt forskerne samt, at der gives større bevillinger til færre projekter.

Økonomi

Det foreslås, at regionerne fremadrettet finansierer Medicinpuljen via bloktilskudsnøglen for sundhed.

Sekretariatets bemærkninger

Sagen har været drøftet i Sundhedsudvalget på mødet den 31. januar 2019.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

14 (Offentlig) Afrapportering og anbefalinger for fremtidens arbejde med værdibaseret sundhed

Jonas Melhim With
EMN-2017-00056

Resumé

Regionerne igangsatte i 2016 et tværregionalt projekt om værdibaseret sundhed (VBS). På baggrund af erfaringer fra projektet er der udarbejdet en række anbefalinger for det videre arbejde.

Det fremhæves, at det er en vigtig politisk opgave at sætte klare mål for udviklingen af et værdibaseret sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet skal i højere grad have fokus på den effekt, patienterne opnår af det samlede behandlingsforløb på tværs af sektorer og de samlede omkostninger, der er forbundet dermed. Projektets styregruppe anbefaler derfor, at man helt generelt i sundhedsvæsenet definerer, måler og anvender effektmål, der både indeholder et klinisk og et patientnært perspektiv.

Indstilling

Sundhedsudvalget indstiller,

at bestyrelsen tager styregruppens anbefalinger til efterretning, og at bestyrelsen drøfter perspektiverne i værdibaseret sundhed, herunder hvad der er det vigtigste at fokusere på i det videre arbejde.

Sagsfremstilling

Med økonomiaftalen for 2016 blev det aftalt at igangsætte et projekt om værdibaseret sundhed (VBS). Projektet har haft til formål at se på, hvordan bedre viden om effekt og omkostninger kan indgå i kvalitetsudvikling, ledelse og styring.

Projektet er blevet fulgt af en styregruppe bestående af Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne, KL og Danske Regioner. Projektet er afsluttet med en afrapportering af erfaringerne med arbejdet.

Arbejdet i VBS-projektet har haft fokus på otte behandlingsområder, hvor klinikere fra hospital, kommune og almen praksis sammen med patienter har udvalgt en række effektmål for hvert behandlingsområde.

Effektmålene er mål for, hvor mange smerter hoftepatienter eksempelvis har efter en operation, hvor godt de kan gå, hvor god deres livskvalitet er mv. For patienter med prostatakræft er der udover overlevelse bl.a. peget på funktionsevne og seksuelle problemer som relevante effektmål. Dermed er der som noget nyt tale om effektmål, der måler patientens effekt af det

samlede forløb, frem for alene at følge op på den enkelte behandlings kliniske kvalitet. Det sætter fokus på patientens forløb på tværs af fx sygehusets forskellige behandlinger, og på tværs af sektorer, når patienten fx modtager genoptræning i kommunen.

Effektmålene kan både anvendes i den direkte dialog med patienten som beslutningsstøtte. De kan anvendes på tværs af afdelinger til forbedringsarbejde. Og de kan være retningsgivende for dialogen på tværs af sundhedsvæsenets aktører fx i forbindelse med planlægning og eventuelle tværgående prioriteringer mellem sygehus, almen praksis og kommune.

I alle otte projekter er der arbejdet med effektmål. De vigtigste resultater fra projekterne er samlet i et anbefalingspapir. Arbejdet på de otte behandlingsområder er dog ikke afsluttet, og der er derfor tale om foreløbige resultater. På et flertal af de otte behandlingsområder forventes arbejdet at fortsætte, da man ønsker at afsøge det fulde potentiale af arbejdet med effektmål. Det har ikke været muligt i projektperioden på grund af udfordringer med at få adgang til den nødvendige data, herunder på grund af lange sagsbehandlingstider i Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Konkrete initiativer, som sættes i gang på baggrund af styregruppens anbefalinger, vil løbende blive præsenteret for bestyrelsen til opfølgning.

Anbefalinger for det videre arbejde med VBS

VBS-styregruppen har på baggrund af afrapporteringen lavet en række anbefalinger for den fremtidige udvikling af et værdibaseret sundhedsvæsen.

Fokus i anbefalingerne er at sætte et ambitiøst niveau for det fremtidige arbejde med effekt og omkostninger i sundhedsvæsenet, hvor der tildeles en klar politisk og ledelsesmæssig rolle for at drive udviklingen. Der tilstræbes større integration af arbejdet med VBS, patientrapporterede oplysninger (PRO) og kvalitetsdata end i dag. Herudover er der lagt vægt på vigtigheden af et tværsektorielt fokus i arbejdet.

Politikerne skal sætte retningen for arbejdet med værdi

Det er vigtigt, at politikerne står i spidsen for at drive udviklingen mod et sundhedsvæsen, hvor fokus på værdi og patienternes resultater er i centrum. Det er ikke en opgave, som regionerne kan løse alene. Det kræver tættere samarbejde mellem kommune, almen praksis og hospital, hvis vi for alvor skal kunne løfte dagsordenen.

Styregruppen anbefaler derfor, at politikere på alle niveauer sætter et højt ambitionsniveau for arbejdet med værdibaseret sundhed. Det kan blandt andet ske gennem de nationale mål for sundhedsvæsenet og ved indgåelse og implementering af sundhedsaftaler, hvor kommuner og almen praksis i højere

grad skal engageres i dagsordenen. Ambitionen er, at de samme mål for værdi for patienten anvendes på tværs af patientens forløb i sundhedsvæsenet.

Stærke ledelser og dialog skal styrke fokus på værdi for patienten

Ledelse i et værdibaseret sundhedsvæsen handler om at stille skarpt på den sundhedseffekt patienterne opnår samt omkostninger. Det handler om at skabe løsninger, som giver værdi for patienten og mening for medarbejderne. Patienterne skal i højere grad inddrages, og samarbejdet på tværs af sektorer skal styrkes. Tankegangen skal gennemsyre alle ledelsesniveauer fra regionsgården til hospitalet og ledelsen på den enkelte afdeling.

Styregruppen anbefaler derfor, at ledelser på sygehuse og resten af sundhedsvæsenet tilskynder og skaber plads til at fokusere på hele patientforløbet og samarbejder på tværs af sektorer i det faglige arbejde. Som led i udviklingen anbefaler styregruppen også at styrke medarbejdernes kompetencer i at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse.

Der skal skabes faglig konsensus om effektmål og indikatorer, som har værdi for patienten

Der er behov for at udvikle mål, som gør det muligt at se effekten af det samlede patientforløb på hospitalet og på tværs af sektorer. Effektmålene skal give mening for det sundhedsfaglige personale, men allervigtigst skal de repræsentere, hvad der er værdifuldt for patienten.

Styregruppen anbefaler derfor, at der placeres et tydeligere ansvar i sundhedsvæsenet for udvikling af effektmål, der skaber værdi for patienten på et behandlingsområde. Dette indebærer, at arbejdet med VBS, PRO og kvalitetsdata i højere grad integreres, hvilket vil gøre det nemmere at følge op på patienternes resultater og bruge den viden til at forbedre kvaliteten af patientforløb.

Det anbefales ligeledes, at arbejdet med effektmål fortsætter på de otte patientgrupper i VBS-projektet, og at der arbejdes på at udbrede gode erfaringer. Samtidig opfordrer styregruppen til, at der lægges en plan for udvikling af effektmål på nye behandlingsområder.

Der skal mere viden til om omkostningerne for patientforløb – både på hospitalet og på tværs af sektorer

Værdibaseret sundhed handler ikke kun om at få mere viden om effekt, men også om omkostninger. Viden om ressourceforbrug og omkostninger er nødvendig, hvis vi skal blive bedre til at målrette ressourcerne til de indsatser og aktiviteter, som skaber mest sundhed for pengene. Det gælder også, når vi skal tilrettelægge indsatsen anderledes på tværs af sektorer, hvor det er vigtigt at kende ressourcetrækket, hvis en opgave flyttes ud.

Styregruppen anbefaler derfor, at regionerne arbejder videre med at få viden om ressourcer og omkostninger, herunder at regionerne igangsætter arbejde, der kan belyse omkostninger af patientforløb på tværs af sektorer. Staten bør endvidere udvikle Omkostningsdatabasen, så det i højere grad bliver muligt at sammenligne ressourceforbruget på tværs af afdelinger og regioner.

Rammerne skal give bedre plads til at fokusere på værdi for patienten

Med afskaffelsen af produktivitets- og aktivitetskravet og indførelse af nærhedsfinansiering er der kommet bedre rammer for arbejdet med VBS og for samarbejde på tværs af sektorer. I de kommende år bliver det en opgave for politikere og ledelser i regionerne at udvikle løsninger inden for den nye styringsramme.

For at understøtte arbejdet anbefaler styregruppen, at lovgivningen om sundhedsdata moderniseres, så den i højere grad imødekommer behovet for at arbejde med værdi for patienten. Det skal være nemmere at få tilladelse til at dele og anvende data på tværs af regioner og sektorer. Det indebærer også, at stat, regioner og kommuner går sammen at udvikle hurtigere og enklere sagsbehandling af dataansøgninger.

Økonomi

Centrale og lokale regionale initiativer med VBS har været finansieret af en kvalitetspulje aftalt i ØA16, som er på 50 mio. kr. årligt og udmøntes til regionerne via bloktilskuddet. Kvalitetspuljen er gjort permanent, og regionerne kan derfor prioritere midler herunder til fremtidige initiativer med VBS.

Sekretariatets bemærkninger

Sundhedsudvalget har drøftet anbefalingerne for regionernes fremtidige arbejde med værdibaseret sundhed på møde den 31. januar 2019. Udvalget pegede på, at det i det videre arbejde er særligt vigtigt at overveje, hvordan man eventuelt kan arbejde med incitamenter, der kan fremme kulturforandringer og dermed arbejdet med værdibaseret sundhed. Endvidere blev der peget på vigtigheden af at sprede gode erfaringer og gode idéer fra klinikerne.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Anbefalinger for det fremtidige arbejde med værdibaseret sundhed
(1260190 - EMN-2017-00056)
2. Afrapportering af det tværregionale projekt om værdibaseret sundhed
(1260189 - EMN-2017-00056)

15 (Offentlig) Status for sygehusbyggeri

Kristian Taageby Nielsen
EMN-2018-02568

Resumé

Der gives en generel status for henholdsvis kvalitetsfondsbyggerierne og de regionalt finansierede sygehusbyggerier med fokus på samlingen af akutfunktioner, sammenhængen mellem somatikken og psykiatrien og omlægningen til enestuer.

Herudover gives der en status for Projekt Godt Sygehusbyggeris initiativer i 2019, herunder afholdelse af konferencer, kommunikationskampagnen Vi bygger for livet, rigsrevisionsundersøgelse og opfølgning på kvalitetsfondsbyggeriernes effektiviseringsgevinster.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen om status for sygehusbyggerier til efterretning.

Sagsfremstilling

Der gives halvårligt en status på arbejdet med sygehusbyggeri i regionerne. I forbindelse med behandling af sidste status vedrørende sygehusbyggeri bad bestyrelsen om også at få en status på de øvrige byggerier, der ikke er finansieret af kvalitetsfonden. De er beskrevet nedenfor, og en samlet oversigt over både kvalitetsfondsstøttede og regionalt finansierede sygehusbyggerier er vedlagt som bilag.

Generel status for sygehusbyggerierne

Sygehusbyggerierne kan overordnet deles op i projekter støttet af regeringens kvalitetsfond og projekter, som udelukkende er regionalt finansieret. Der er 16 kvalitetsfondsbyggerier og 29 regionalt finansierede byggerier. Samlet set bygger regionerne sygehuse for 65 mia. kr. I denne status redegøres der først for kvalitetsfondsprojekterne og herefter de regionalt finansierede projekter.

Kvalitetsfondsprojekter

Af kvalitetsfondsprojekterne er tre projekter fuldt ibrugtaget – akutmodtagelsen på Slagelse Sygehus (2013), psykiatrisygehuset i Slagelse (2015) og Kolding Sygehus (2017). Syv projekter er delvist ibrugtaget – Nyt Hospital Bispebjerg, Nyt Hospital Herlev, Det Nye Rigshospital, Det Nye Universitetshospital i Aarhus, Regionshospitalet Viborg, Universitetshospital Køge og Aabenraa Sygehus. I bilaget angives det forventede færdiggørelsestidspunkt for samtlige projekter.

De tre fuldt ibrugtagne kvalitetsfundsbyggerier er gennemført inden for den økonomiske totalramme, der blev fastlagt af regeringen ifm. udmøntningen af kvalitetsfondsmidlerne, og som der kvartalsvis følges op på af Sundheds- og Ældreministeriets controllerenhed.

Et af fokuspunkterne for kvalitetsfundsbyggerierne er samlingen af den akutte hospitalsindsats på 21 akuthospitaler med fælles akutmodtagelse. Her samles de højt specialiserede funktioner på færre sygehuse med fælles akutmodtagelser, der sikrer adgang til specialister og hurtigere udredning og diagnosticering, understøttet af teknologiske løsninger. Den nye akutstruktur er etableret, men ikke alle steder i nye bygninger. I 13 af de 16 kvalitetsfundsbyggerier indgår etablering af fælles akutmodtagelse.

To psykiatrisygehuse er inkluderet i kvalitetsfundsprojekterne – Slagelse Psykiatrisygehus og Retspsykiatri Sct. Hans. Regionerne finansierer selv flere psykiatrisygehuse ifm. de kvalitetsfundsstøttede somatiske sygehuse.

Regionalt finansierede projekter

Ud over kvalitetsfundsprojekterne finansierer regionerne 29 sygehusbyggerier. De regionale sygehusbyggerier inkluderer ligesom kvalitetsfundsbyggerierne både nybyggeri, udvidelser og renovation af de eksisterende sygehuse.

Der er også her fokus på samlingen af den akutte hospitalsindsats, og der bygges fælles akutmodtagelser på seks sygehuse – Nykøbing Falster Sygehus, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers, Sygehus Nordjylland i Thisted og Sygehus Nordjylland i Hjørring. Af de 21 nye akutmodtagelser er det således kun på Holbæk Sygehus og Bornholms Hospital, at der ikke bygges for et større beløb (over 50 mio. kr.). På begge sygehuse er der dog byggeri ifm. etablering af fælles akutmodtagelse på omkring 50 mio. kr.

Et fokuspunkt for de nye sygehuse - både de kvalitetsfundsstøttede og regionalt finansierede - er patienternes adgang til enestuer. Enestuerne sikrer fortrolighed mellem patient og behandler og giver en øget privatsfære for patienterne. Enestuerne indrettes endvidere med bl.a. optimering af patientsikkerheden, herunder fokus på forebyggelse af faldulykker og reduktion i de hospitalsrelaterede infektioner. Enestuerne fungerer som udgangspunkt for behandling, genoptræning m.v., hvor personalet i højere grad kommer til patienterne fremfor, at patienten flyttes rundt efter funktionerne. Endvidere giver de mulighed for, at pårørende kan overnatte på stuerne.

En stor del af sygehusbyggerierne indeholder en omlægning af sengestuerne, så flere patienter får mulighed for at ligge på enestue frem for flersengsstuer.

I alt bygges der 8.898 enestuer på de nye sygehuse (både kvalitetsfonds- og regionalt finansierede), hvilket svarer til omkring en fordobling af antallet i 2008, da kvalitetsfondsbyggerierne gik i gang.

De regionale sygehusbyggerier er med til at styrke sammenhængen mellem somatiske og psykiatriske sygehuse. Således bygges der i alle regioner nye psykiatrisygehuse og flere steder er disse bygget direkte sammen med eller på samme matrikel som de somatiske. Det drejer sig om Bispebjerg Hospital, Slagelse Sygehus, Odense Universitetshospital, Sygehus Sønderjylland, Aarhus Universitetshospital, Regionshospital Gødstrup og Aalborg Universitetshospital. I alt bygges og ombygges 12 psykiatrisygehuse over hele landet.

Samarbejde med eksterne parter

Regionerne har ifm. sygehusbyggerierne indgået offentlig-private partnerskaber (OPP-projekter) med private parter. Eksempelvis ved byggeriet af Psykiatrisk afdeling Vejle, Slagelse Sygehus' afdeling til fødsler, børn og medicinske patienter og psykiatrisk center i Aarhus.

De nye sygehuse har fortsat fokus på forskning og samarbejde med universiteterne. Med Projekt Universitetshospital Køge er der nu universitetshospital i alle fem regioner. Samtidig bygges universitetshospitalerne i Aalborg og Odense direkte sammen med universiteterne for at sikre en bedre kontakt.

Initiativer i regi af Projekt Godt Sygehusbyggeri

I 2010 iværksatte Danske Regioners bestyrelse projektet Godt Sygehusbyggeri, der skulle understøtte og sikre systematisk opsamling og deling af viden om sygehusbyggerierne på tværs af regionerne. Projektet var med til at imødegå kritikken af, at kvalitetsfondsbyggerierne bygges parallelt i stedet for ét ad gangen, og man derfor ikke drager nytte af hinandens viden.

Initiativer i Projekt Godt Sygehusbyggeri iværksættes i kontaktgruppen vedrørende sygehusinvesteringer, hvor medlemmerne er centrale byggechefer, chefer fra regionernes planlægningsenheder og projektchefer. Danske Regioner er formand for gruppen. Gruppen mødes hver anden måned.

Foruden kontaktgruppen deles viden bl.a. i de mere fagspecifikke netværksgrupper, i byggechefgruppen med regionernes byggechefer, som mødes fire gange årligt og i Byggesocietets sundhedsudvalg, der består af bl.a. regionale byggechefer, samt rådgivende arkitekt- og ingeniørvirksomheder, konsulentvirksomheder og interesseorganisationer med fokus på sundhedsvæsenet og de bygningsmæssige rammer herfor.

Nedenfor beskrives kort planlagte initiativer og fokuspunkter for projektet i 2019.

Flyttekonference

Projekt Godt Sygehusbyggeri har i 2019 fortsat fokus på videndeling mellem regionernes byggeprojekter. Der er planlagt en flyttekonference på Rigshospitalet den 4. april 2019, da flere projekter enten er i gang med en flytteproces eller skal til det i de kommende år.

Netværksdage om sygehusbyggeri

De årlige Netværksdage om sygehusbyggeri den 17.-18. september 2019 vil bl.a. have fokus på idriftsætning, effektiviseringer, digitalisering, OPP og organisationsændringer.

Vi bygger for livet

Ligeledes er arbejdet med kommunikationskampagnen Vi bygger for livet i gang. Den årlige Åbent Hospital-dag bliver holdt den 1. september 2019. Det bliver i starten af foråret besluttet, hvilke hospitaler, der afholder Åbent Hospital. Herudover kører kampagnen fortsat på de sociale medier.

Netværksgrupper

Ud over konferencer arbejdes der fortsat i de ti netværk i relation til Projekt Godt Sygehusbyggeri. De ti netværk blev etableret ifm. Netværksdage om sygehusbyggeri, men arbejder nu selvstændigt med videndeling på tværs af regionerne. I takt med fremdriften i byggerierne foretages der løbende en tilpasning af netværksgrupperne, således at disse passer til de aktuelle behov. Pt. er der følgende netværksgrupper:

1. Arbejdsmiljønetværk i forbindelse med de kvalitetsfondsbyggerierne
2. Ledelse af byggeprojekter - Projektchefgruppen
3. Kommunikation
4. Det tværregionale risikostyrings- og økonominetværk
5. Netværk vedr. flytteprocesser
6. Drift og vedligehold - Commissioning
7. Wayfinding -orienteringsstrategi
8. IT og Medico-teknik
9. Netværk vedr. byggeri i psykiatrien
10. Netværk vedr. bygherreleverancer

Rigsrevisionsundersøgelse

Rigsrevisionen foretager pt. en forundersøgelse af kvalitetsfondsbyggerierne i Region Hovedstaden med fokus på ændringer i byggerierne. Efter forundersøgelsen har Rigsrevisionen varslet, at de påtænker at udbrede undersøgelsen til alle fem regioner. Region Hovedstaden har med input fra de andre regioner drøftet design af undersøgelsen med Rigsrevisionen mhp. begrebsafklaringer, fokus og afgrænsning af undersøgelsen.

Effektiviseringsgevinster

I regi af økonomidirektørkredsen er der fokus på de effektiviseringsgevinster, der knytter sig til kvalitetsfondsbyggerierne ved overgangen fra anlæg til drift, og der er løbende videndeling i kredsen om arbejdet med effektivisering i regionerne.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Sygehusbyggerierne kan ses på hjemmesiden www.godtsygehusbyggeri.dk, hvor man også kan tilmelde sig nyhedsbrevet Godt Sygehusbyggeri.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Oversigt over kvalitetsfondsstøttede og regionalt finansierede sygehusbyggerier (1259984 - EMN-2018-02568)

16 (Fortrolig)

17 (Fortrolig)

18 (Offentlig) Danske Regioners EU-prioriteringer 2019

Asger Andreasen
EMN-2018-02770

Resumé

I 2019 foreslår sekretariatet, at Danske Regioner prioriterer følgende sager og emner: europæiske elektroniske patientjournaler, EU's flerårige budget til Horizon Europe og strukturfondene, miljø, klimatilpasning og cirkulær økonomi samt EU-regler for ansættelsesforhold. Indsatsen vil ske i lyset af valget til Europa-Parlamentet, udpegningen af en ny EU-Kommission og under hensyntagen til folketingsvalget i Danmark.

Indstilling

Udvalget for Regional Udvikling og EU indstiller,
at bestyrelsen godkender forslaget til EU-prioriteringer for 2019.

Sagsfremstilling

Med udgangspunkt i bestyrelsens arbejdsprogram skal Danske Regioners EU-prioriteringer fastlægges, så de både kan understøtte strategi og temaer i arbejdsprogrammet samt tage hensyn til eventuelle særskilte sager/emner som Danske Regioner ønsker at øve indflydelse på i de europæiske fora, hvor vi er repræsenteret. Det drejer sig om Det Europæiske Regionsudvalg, HOPE, CEEP, HOSPEEM, CEMR og Kongressen for lokale og regionale myndigheder i Europarådet (de forskellige europæiske fora forklares i bilag).

Samlet set er Danske Regioner repræsenteret enten på politisk niveau eller på embedsmandsniveau ved 55-60 møder årligt i ovenstående fora, heraf 35-40 møder alene i Regionsudvalget.

Sekretariatet anbefaler følgende prioriterede EU-sager og emner:

1. Kommissionens anbefaling om at oprette en europæisk elektronisk patientjournal.
2. EU's budget – den flerårige finansielle ramme, som fastlægger finansieringsniveauet for Horizon Europe programmet, EU's strukturfonde, Interregprogrammer mv.
3. EU's overordnede initiativer om miljø og klimatilpasning i relation til FN's verdensmål samt specifikke tiltag vedr. cirkulær økonomi og vandrammedirektivet.
4. Ansættelsesretlige initiativer, som kan påvirke den danske arbejdsmarkedsmodel.

Prioriteringerne er retningsgivende for Danske Regioners aktiviteter på EU-området. Det er ikke bindende i forhold til, hvilke indsatsområder der bliver de vigtigste, bl.a. fordi udviklingen i løbet af året kan medføre ændrede prioriteringer. Nedenfor er EU-sagerne sat ind under overskrifterne fra bestyrelsens flerårige arbejdsprogram, så det er tydeligt, hvordan EU-arbejdet understøtter bestyrelsens prioriteringer og indsatsområder.

1. Et sundhedsvæsen, der skaber værdi for borgerne

En europæisk elektronisk patientjournal / EU's digitale indre marked

Som en del af pakken om det digitale Europa, kommer Kommissionen med en anbefaling om at oprette en europæisk elektronisk patientjournal. Det handler om at fastlægge fælles europæiske standarder, så der kan ske udveksling af data, uden at systemerne skal være de samme. EU-Kommissionens meddelelse fra 2018 om at sætte gang i den digitale omstilling af sundhed og pleje i det digitale indre marked handler bl.a. om mere og sikrere udveksling af sundhedsdata. Meddelelsen om Kunstig Intelligens (AI) i EU opfordrer bl.a. til fælleseuropæiske etiske retningslinjer. Begge meddelelser bliver færdigbehandlet i det Europæiske Regionsudvalg i 2019 og bliver en del af den løbende udvikling af det digitale indre marked.

Landespecifikke anbefalinger på sundhedsområdet

Landespecifikke anbefalinger på sundhedsområdet har de seneste år indgået i EU-Kommissionens årlige vækstundersøgelse. På de allerfleste parametre klarer det danske sundhedssystem sig godt i sammenligning med andre lande. Udover at pege på styrker og svagheder i det danske sundhedsvæsen, kan EU-Kommissionens systematiske benchmarking af sundhedssystemer også bruges til at identificere lande hvis erfaringer og systemer, vi med fordel kan lære noget af.

Arbejdet i HOPE

Med formandskabet i HOPE har Danske Regioner mulighed for at løfte vore dagsordener op på et højere politisk niveau i EU-systemet. I relation til konkret EU-lovgivningsarbejde arbejder HOPE tæt sammen med EU-kommissionen og det Europæiske Lægemiddelagenturs Verifikations Organisation (EMVO) ifm. direktivet om forfalskede lægemidler. Direktivet skal forhindre lægemidler, hvor f.eks. navn, indhold eller oprindelsesland ikke er beskrevet korrekt.

2. Et Danmark der hænger sammen

EU's flerårige budget efter 2020

Forhandlingerne om EU's flerårige budget er omdrejningspunktet for, hvilke muligheder Danmark har for at benytte sig af EU-finansiering til projekter, som kan understøtte regional udvikling, uddannelse og jobs.

Regionerne har med nedlæggelsen af de regionale vækstfora også afgivet sekretariatsfunktionen for EU's strukturfonde. Regionerne er dog stadig efter 2019 kompetente myndigheder i forhold til at sikre udvikling og gode levevilkår i hele landet. Gennem regionernes myndighedsopgaver og den regionale udviklingsstrategi understøtter regionernes kompetencer i vid udstrækning de mål og indsatser, som EU's regionalpolitik bygger på efter 2020: Et grønt og bæredygtigt samfund, et rent miljø, tryghed i forhold til klimaforandringer, velfungerende infrastruktur, adgang til gode uddannelser og arbejdskraft, der er efterspurgt af erhvervslivet, og attraktive kultur- og naturtilbud.

EU's strukturfonde er også fremover væsentlige for regionerne til finansiering af regionale initiativer samt Interreg-programmer, som regionerne fortsat kan deltage aktivt i, blot ikke længere vedrørende erhvervsfremmeinitiativer.

Men opmærksomheden bliver dog i stigende grad rettet mod EU's forsknings- og udviklingsprogram. Danske forskningsinstitutioner og virksomheder klarer sig godt i konkurrencen om midlerne og har til dato hjemtaget ca. 7,1 mia. kr. fra Horisont 2020 programmet. Det kommende program kommer til at hedde Horisont Europa og Danske Regioner arbejder på linje med regeringen om at skaffe både et tilstrækkeligt budget til det nye program samt sikre, at midlerne gives til de bedste og mest innovative projekter.

Brexit betyder et hul i EU's fælles kasse, fordi briterne bidrager med mere end de modtager. Kommissionen har derfor foreslået at forhøje medlemskontingentet til mellem 1,1 og 1,2 pct. af medlemslandenes BNP. Det er en stigning på 10-20 procent ift. i dag. Den danske regering står fast på at bidrage med maksimalt 1 pct. af BNP til EU.

Klima og miljø

Med Danske Regioners udvalg for Miljø og Ressourcer, er EU-dagsordenen yderligere relevant, eftersom klimaspørgsmål står højt på den politiske dagsorden, og miljølovgivningen er det område, som er mest præget af EU-lovgivning. I denne sammenhæng skal det nævnes, at Kommissionen har udgivet et refleksionspapir vedrørende "En bæredygtig fremtid for EU inden 2030". Refleksionspapiret redegør bl.a. for EU's politik indenfor cirkulær økonomi, bæredygtig energi, mobilitet og energirigtige bygninger. Refleksionspapiret kan bruges til at understøtte aktiviteter i regionerne, der handler om disse politikområder. Regionsudvalget planlægger at kommentere papiret med en initiativudtalelse.

EU-Kommissionen planlægger en kvalitetskontrol af Vandrammedirektivet fra 2001, herunder datterdirektiverne om grundvand og miljøkvalitetskrav samt de relaterede direktiver om henholdsvis oversvømmelser og byspildevand. Opgaven med jordforurening i forhold til overfladevand, som skal

Økonomiforhandles i 2019 er direkte affødt af implementering af Vandrammedirektivet.

Danske Regioner er også interesserede i at følge initiativer/udspil mv. i relation til handlingsplanen for cirkulær økonomi, både så vi sikrer et tilstrækkeligt ambitionsniveau, rolle og råderum for regionerne i disse, og om muligt at bruge disse som afsæt for nye regionale initiativer og muligheder på nationalt niveau.

FN's verdensmål

Danske Regioner har bidraget til regeringens rapport om opfyldelsen af de 17 verdensmål for bæredygtig udvikling. Desuden bruger flere af regionerne verdensmålene som ramme for deres regionale udviklingsstrategier. Finansministeriet har sat Danmarks Statistik til at monitorere den danske opfyldelse af verdensmålene.

Danske Regioner planlægger sammen med regionerne at opsætte nogle fælles regionale mål og indikatorer, som kan bruges i regionernes kommunikation. Der arbejdes også på europæisk plan på at synliggøre kommuner og regioners bidrag til verdensmålene på platforme og samarbejde i bl.a. det Europæiske Regionsudvalg.

3. Moderne, effektive og demokratisk styrede regioner

Offentlige myndigheders genanvendelse af data

EU-kommissionen vil se på offentlige myndigheders brug og ikke mindst genbrug af data. Danske Regioner arbejder for en modernisering af lovgivningen om sundhedsdata inden for rammerne af forordningen om databeskyttelse. Da databeskyttelse og dermed brug af data er reguleret af både EU-lovgivning og dansk særlovgivning, kan EU spille en væsentlig rolle i at indfri Danske Regioners visioner på området, herunder at finde konkrete løsninger for at gøre det nemmere at dele data inden for databeskyttelsesforordningens rammer.

EU-initiativer på det ansættelsesretlige område

EU-Kommissionen kommer i 2019 dels med nye initiativer, dels med implementering af tidligere initiativer, som kan få indflydelse på den danske overenskomstmodel og regionerne som arbejdsgivere. Det handler bl.a. om nye initiativer vedrørende arbejdsvilkår, social lighed, en europæisk arbejdsmarkedsmyndighed og et fælleseuropæisk socialt sikringsnummer. Desuden afventer man en mulig vedtagelse af det nye Work-life balance direktiv.

De forskellige EU-initiativer risikerer at indeholde bestemmelser, som kommer på kant med den danske aftalemodel. Generelt ser Danske Regioner en udfordring i den måde, hvorpå EU-direktiver og EU-domspraksis ikke

nødvendigvis spiller sammen med den tradition, som der er for, at arbejdsmarkedets parter i Danmark indgår kollektive aftaler. Derfor er det væsentligt, at Danske Regioner er opmærksom på eventuelle udfordringer, der kan opstå mellem EU-lovgivningen og Danske Regioner som arbejdsgiverorganisation og forvalter af den danske aftalemodel.

Revision af EU's udbudsdirektiver

EU's udbudsdirektiv danner grundlag for den danske udbudslov. EU-Kommissionen skal evaluere udbudsdirektivet senest i april 2019. Det handler bl.a. om, hvor mange grænseoverskridende kontrakttildelinger der har været, omkostningerne og tærskelværdierne. Regionsudvalget planlægger en egen initiativudtalelse i evalueringsprocessen, som bl.a. ser på om ændringerne i direktivet med henblik på at tilskynde til offentlige udbud som strategisk redskab til at forbedre miljø, social inklusion og innovation har haft en effekt.

Demokratisk styrede regioner

Bestyrelsens arbejdsprogram indeholder en målsætning om "at det regionale demokrati fortsat udvikles og styrkes". Det er overordnet set også formålet med arbejdet i både Regionsudvalget, CEMR og i Europarådets kongres for lokale og regionale myndigheder. Bl.a. blev Europarådets Charter for lokalt selvstyre og kongressens landerapport for Danmark forsøgt brugt ved strukturreformen til at kritisere, at den danske regering fratog regionerne skatteudskrivningsretten. Desværre afviste daværende indenrigs- og sundhedsminister Danske Regioners argumenter.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Regional Udvikling og EU behandlede EU-prioriteringerne på møde den 31. januar 2019.

Til orientering får Danmark på grund af Brexit en plads mere i Europa-Parlamentet efter valget den 26. maj 2019, således at der skal vælges 14 danske medlemmer ved dette valg.

Kommunikation

I forbindelse med at valget til Europa-Parlamentet holdes i Danmark den 26. maj 2019, vil der være en åbning for bedre at få kommunikeret Danske Regioners holdning i forbindelse med forskellige EU-emner.

Bilag

1. Oversigt over europæiske fora som Danske Regioner deltager i (1161307 - EMN-2018-00293)

19 (Offentlig) Generelle orienteringer

Maren Munk-Madsen
EMN-2019-00136

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Kommunal medfinansiering
 - Kræftpakketal for 4. kvartal 2018
 - Konferencer og arrangementer
-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Kommunal medfinansiering

(EMN-2019-00354)

Sundhedsministeren har oplyst, at ministeriet igangsætter en analyse af den kommunale medfinansiering (KMF) for 2018. Årsagen er, at en række kommuner har kritiseret, at deres udgifter til KMF er steget fra 2017 til 2018 og ser ud til at stige igen i 2019. Samlet set er kommunerne kompenseret for udgifterne til KMF, men den enkelte kommune påvirkes forskelligt. I 2018 er der indført nyt DRG18, og den nye aldersdifferentiering er trådt i kraft, som kan have påvirket fordelingen.

Analysen udarbejdes i samarbejde med Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner og KL i foråret 2019.

Grundet opdateringen til LPR3 vil der være udfordringer med opkrævningen af KMF i 2019. Opdateringen til LPR3 betyder, at Sundhedsdatastyrelsen ikke kan opgøre KMF i en periode. Frem til januar 2020 vil opkrævningen af KMF derfor basere sig på en a conto betaling fra kommunerne for ikke at påvirke likviditeten i regionerne.

Kræftpakketal for 4. kvartal 2018

(EMN-2017-00812)

Nye tal om kræftpakkerne for 4. kvartal 2018 blev offentliggjort af Sundhedsdatastyrelsen den 28. februar 2019.

Tallene viser, at 80 procent af kræftforløbene på landsplan blev gennemført indenfor de standardtider, der er beskrevet i kræftpakkerne. Der er tale om et fald på 1 procentpoint sammenlignet med 3. kvartal 2018.

Regionerne har samtidig behandlet flere kræftpatienter i 4. kvartal 2018 i forhold til 3. kvartal 2018. I 4. kvartal var 35.821 patienter til udredning i et kræftpakkeforløb til sammenligning med 32.304 i 3. kvartal. Det svarer til en stigning på knap 10 procent.

Tabel 1. Regional fordeling.

2018	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele Landet
1. kvrt.	83	83	85	81	76	83
2. kvrt.	85	78	83	80	77	81
3. kvrt.	83	81	86	80	73	81
4. kvrt.	82	78	86	76	78	80

Det samlede talmateriale kan ses på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da>

Konferencer og arrangementer

(EMN-2018-02374)

Hvis bestyrelsen ønsker at deltage i en konference, kan sekretariatet kontaktes.

3. maj 2019, København

- Konference om Personlig Medicin – Danske Regioner og LIF

9. maj 2019, København

- Konference om regionale udviklingsstrategier som ramme om uddannelsesområdet – Danske Regioners Udvalg for Regional udvikling og EU inviterer regionernes udvalg og udviklingsdirektører til fælles konference.

23. maj 2019, København

- Konference om miljø for regionale politikere
Danske Regioners Udvalg for Miljø og Ressourcer inviterer de regionale miljøudvalg til fælles konference om opgaverne på miljøområdet.

7. november 2019

- Sundhedspolitisk konference – ”Sundhed for alle 2019” – Danske Regioner.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen
EMN-2019-00136

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

21 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen
EMN-2019-00136

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes onsdag den 10. april 2019 i Aarhus i forbindelse med Danske Regioners generalforsamling.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

22 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen
EMN-2019-00136

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Årsrapport 2018 Danske Regioner
Dagsordens titel	Danske Regioner Regnskab 2018
Dagsordenspunkt nr	4
Bilag nr	1
Antal bilag:	4

DANSKE
REGIONER



Årsrapport 2018

Indholdsfortegnelse

Foreningsoplysninger	3
Påtegninger	
Ledelsespåtegning	5
Uafhængige revisors revisionspåtegning	6
Ledelsesberetning	
Ledelsesberetning	9
Årsregnskab	
Anvendt regnskabspraksis	10
Resultatopgørelse	13
Balance	14
Noter	16

Foreningsoplysninger

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

Telefon: 35 29 81 00
Telefax: 35 29 83 00
Hjemmeside: www.regioner.dk
E-mail: regioner@regioner.dk

CVR-nummer:55832218
Oprettet 1. januar 2007
Hjemsted: København

Regnskabsperiode: 1. januar 2018 - 31. december 2018

Direktion:

Adm. Dir. Adam Wolf
Direktør Erik Jylling
Direktør Signe Friberg Nielsen
Direktør/Cheføkonom Rikke M. Friis

Bestyrelse:

Stephanie Lose - formand
Ulla Astman - 1. næstformand
Henrik Thorup - 2. næstformand
Sophie Hæstorp Andersen
Anders Kühnau
Heino Knudsen
Poul-Erik Svendsen
Lars Gaardhøj
Karin Friis Bach
Per Larsen
Villy Søvnald
Lone Langballe
Martin Geertsen
Carsten Kissmeyer
Jacob Jensen
Lone Sondrup
Tormod Olsen

Pengeinstitut:

Nordea, Hovedvejen 112, 2600 Glostrup

Revision:

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Ringstedvej 18 st.th, 4000 Roskilde

Ledelsespåtegning

Bestyrelsen og direktionen har dags dato behandlet og godkendt årsrapporten for 1. januar - 31. december 2018 for Danske Regioner.

Årsrapporten aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-12 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2018 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2018.

Ledelsesberetningen indeholder efter vores opfattelse en retvisende redegørelse for de forhold, beretningen omhandler.

Årsrapporten indstilles til generalforsamlingens godkendelse.

København, den 7. marts 2019

Adam Wolf
Adm. Direktør

Kenneth Jensen
Administrationschef

Bestyrelse:

den 7. marts 2019

Stephanie Lose
Formand

Ulla Astman
1. næstformand

Henrik Thorup
2. næstformand

Sophie Hæstorp Andersen

Anders Kühnau

Heino Knudsen

Poul-Erik Svendsen

Lars Gaardhøj

Karin Friis Bach

Per Larsen

Villy Søvnald

Lone Langballe

Martin Geertsen

Carsten Kissmeyer

Jacob Jensen

Lone Sondrup

Tormod Olsen

Den uafhængige revisors revisionspåtegning

Til Bestyrelsen for Danske Regioner

Konklusion

Vi har revideret årsregnskabet for Danske Regioner for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2018, der omfatter anvendt regnskabspraksis, resultatopgørelse, balance og noter. Årsregnskabet udarbejdes på grundlag af årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-12 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver og passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2018 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 2018 i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-12 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Grundlag for konklusion

Vi har udført vores revision i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark. Vores ansvar ifølge disse standarder og krav er nærmere beskrevet i revisionspåtegningens afsnit "Revisors ansvar for revisionen af årsregnskabet". Vi er uafhængige af Danske Regioner i overensstemmelse med internationale etiske regler for revisorer (IESBA's Etiske regler) og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, ligesom vi har opfyldt vores øvrige etiske forpligtelser i henhold til disse regler og krav. Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Ledelsens ansvar for årsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for udarbejdelsen af et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-12 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Ledelsen har endvidere ansvaret for den interne kontrol, som ledelsen anser for nødvendig for at udarbejde et årsregnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl.

Ved udarbejdelsen af årsregnskabet er ledelsen ansvarlig for at vurdere Danske Regioners evne til at fortsætte driften; at oplyse om forhold vedrørende fortsat drift, hvor dette er relevant; samt at udarbejde årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift, medmindre ledelsen enten har til hensigt at likvidere Danske Regioner, indstille driften eller ikke har andet realistisk alternativ end at gøre dette.

Revisors ansvar for årsregnskabet

Vores mål er at opnå høj grad af sikkerhed for, om årsregnskabet som helhed er uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, og at afgive en revisionspåtegning med en konklusion. Høj grad af sikkerhed er et højt niveau af sikkerhed, men er ikke en garanti for, at en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, altid vil afdække væsentlig fejlinformation, når sådan findes. Fejlinformationer kan opstå som følge af besvigelser eller fejl og kan betragtes som væsentlige, hvis det med rimelighed kan forventes, at de enkeltvis eller samlet har indflydelse på de økonomiske beslutninger, som regnskabsbrugerne træffer på grundlag af årsregnskabet.

Som led i en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, foretager vi faglige vurderinger og opretholder professionel skepsis under revisionen. Herudover:

- Identificerer og vurderer vi risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, udformer og udfører revisionshandlingerne som reaktion på disse risici samt opnår revisionsbevis, der er tilstrækkeligt og egnet til at danne grundlag for vores konklusion. Risikoen for ikke at opdage væsentlig fejlinformation forårsaget af besvigelser er højere end ved væsentlig fejlinformation forårsaget af fejl, idet besvigelser kan omfatte sammensværgelser, dokumentfalsk, bevidste udeladelser, vildledning eller tilsidesættelse af intern kontrol.
- Opnår vi forståelse af den interne kontrol med relevans for revisionen for at kunne udforme revisionshandlingerne, der er passende efter omstændighederne, men ikke for at kunne udtrykke en konklusion om effektiviteten af Danske Regioners interne kontrol.
- Tager vi stilling til, om den regnskabspraksis, som er anvendt af ledelsen, er passende, samt om de regnskabsmæssige skøn og tilknyttede oplysninger, som ledelsen har udarbejdet, er rimelige.
- Konkluderer vi, om ledelsens udarbejdelse af årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift er passende, samt om der på grundlag af det opnåede revisionsbevis er væsentlig usikkerhed forbundet med begivenheder eller forhold, der kan skabe betydelig tvivl om Danske Regioners evne til at fortsætte driften. Hvis vi konkluderer, at der er en væsentlig usikkerhed, skal vi i vores revisionspåtegning gøre opmærksom på oplysninger herom i årsregnskabet eller, hvis sådanne oplysninger ikke er tilstrækkelige, modificere vores konklusion. Vores konklusioner er baseret på det revisionsbevis, der er opnået frem til datoen for vores revisionspåtegning. Fremtidige begivenheder eller forhold kan dog medføre, at Danske Regioner ikke længere kan fortsætte driften.

- Tager vi stilling til den samlede præsentation, struktur og indhold af årsregnskabet, herunder noteoplysningerne, samt om årsregnskabet afspejler de underliggende transaktioner og begivenheder på en sådan måde, at der gives et retvisende billede heraf.

Vi kommunikerer med ledelsen om blandt andet det planlagte omfang og den tidsmæssige placering af revisionen samt betydelige revisionsmæssige observationer, herunder eventuelle betydelige mangler i intern kontrol, som vi identificerer under revisionen.

Udtalelse om ledelsesberetningen

Ledelsen er ansvarlig for ledelsesberetningen.

Vores konklusion om årsregnskabet omfatter ikke ledelsesberetningen, og vi udtrykker ingen form for konklusion med sikkerhed om ledelsesberetningen.

I tilknytning til vores revision af årsregnskabet er det vores ansvar at læse ledelsesberetningen og i den forbindelse overveje, om ledelsesberetningen er væsentligt inkonsistent med årsregnskabet eller vores viden opnået ved revisionen eller på anden måde synes at indeholde væsentlig fejlinformation.

Vores ansvar er derudover at overveje, om ledelsesberetningen indeholder krævede oplysninger i henhold til årsregnskabslovens klasse A og den på side 10 – 12 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Baseret på det udførte arbejde er det vores opfattelse, at ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet og er udarbejdet i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10 – 12 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Vi har ikke fundet væsentlig fejlinformation i ledelsesberetningen.

Roskilde, den 7. marts 2019

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
CVR-nr. 20 22 26 70

Per Lund
Statsautoriseret revisor

Michael S. Nielsen
Registreret revisor

Ledelsens årsberetning

Danske Regioner blev oprettet efter etableringen af de 5 regioner pr. 1. januar 2007. Foreningen skal

- a) understøtte og udvikle det regionale demokratiske niveau i Danmark,
- b) varetage regionernes fælles interesser, herunder sikre de økonomiske rammer, og støtte regionerne i deres opgaveløsning, så de har bedst mulige vilkår for at løse deres opgaver effektivt og på et højt fagligt niveau,
- c) varetage regionernes interesser vedrørende de regionalt ansattes løn- og ansættelsesforhold,
- d) alene eller i samarbejde med andre oprette og drive virksomheder, der kan bistå regionerne ved løsningen af disse opgaver.

Regnskabet er opstillet i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder og den på side 10-12 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 4,2 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 0,5 millioner kroner, idet der er indtægter på 16,3 millioner kroner, omkostninger på 0,8 millioner kroner og et kurstab på 15,0 millioner kroner. Dermed udviser foreningens drift et underskud på 3,7 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 1,2 millioner kroner. Udgiften til rammebevillingen GDPR tilpasning udgjorde 5,1 millioner kroner.

Årets resultat er dermed et underskud på 9,9 millioner kroner.

Medicinrådets andel af driftsresultatet for 2018 udgør et mindreforbrug på 5,6 mio. kr. jf. note 20.

Der var i 2018 beskæftiget 216,7 fuldtidsmedarbejdere mod 197,9 i 2017.

Der er over finansloven i 2018 ydet et tilskud på 3,25 mio. kr., der er anvendt til delvis kompensation af udgifterne til drift af Regionernes Lønnings- og Takst Nævn (RLTN).

Danske Regioners balance pr. 31. december 2018 balancerer med 649,4 mio. kr. Egenkapitalen udgør ultimo 2018 361,1 mio. kr. mod 371 mio. kr. primo året.

Der er ikke siden regnskabsafslutningen indtruffet forhold eller transaktioner med væsentlig indflydelse på foreningens finansielle stilling, hvortil der ikke allerede er taget hensyn i årsrapporten.

Anvendt regnskabspraksis

Årsrapporten for 2018 er aflagt i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder. Årsrapporten er udarbejdet efter samme regnskabspraksis som sidste år.

Om den anvendte regnskabspraksis kan oplyses følgende:

Resultatopgørelsen

Indtægter og omkostninger periodiseres, så det enkelte regnskabsår så vidt muligt kun indeholder årets indtægter og udgifter.

Nettoomsætning

Indeholder opkrævede kontingenter beregnet efter befolkningsopgørelser pr. 1. januar i regnskabsåret, tilskud samt fakturerede indtægter vedrørende ydelse af sekretariatsbistand.

Personaleomkostninger

Indeholder samtlige personaleomkostninger, inklusiv feriepenge og pensioner samt andre omkostninger til social sikring mv. til foreningens medarbejdere.

Endvidere indgår beregnede omkostninger som følge af ændringer i feriepengeforpligtelser og pensionsforpligtelser.

I personaleomkostninger er fratrukket modtagne godtgørelser fra offentlige myndigheder.

Afskrivninger

Indeholder årets omkostninger til lineære afskrivninger på anlægsaktiver, beregnet over aktivernes levetid. Inventar, IT m.v. afskrives fra året efter anskaffelsesåret.

Finansielle poster

Indeholder renter m.v. af likvide beholdninger samt periodiserede renter og modtaget udbytte af værdipapirbeholdninger (kapitalforvaltning) samt realiserede og urealiserede kursgevinster/tab.

Projekter

Projekter vedrører flerårige bevillinger givet af bestyrelsen i form af en trækingsret på formuen.

Skat

Danske Regioner er ikke skattepligtige af erhvervsindtægter, idet Danske Regioner ifølge SKAT anses for at være ubetinget og fuldstændigt fritaget for skattepligt.

Balancen

Immaterielle anlægsaktiver

Software m.v. er indregnet i balancen til kostpris og afskrives efterfølgende over aktivets økonomiske levetid.

Materielle anlægsaktiver

Ejendomme er indregnet til anskaffelsessummen pr. 1. januar 2007 med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Forbedringer på ejendomme, øvrige anlægsaktiver, herunder edb-udstyr og inventar optages til anskaffelsessummen med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Levetider

Der anvendes lineære afskrivninger af anskaffelsessummen over følgende levetider

Aktivtype	Levetider (år)
Immaterielle aktiver	5
Bygninger	60-70
Tekniske installationer	20-25
Indretning af erhvervslejemål	10
Inventar, it-udstyr mv.	3 efter anskaffelsesår
Kopiprintere, AV udstyr og teknisk udstyr i mødecenter	5
Særindretninger 4. sal og mødelok. Kajbygning	10

Værdipapirer

Finansielle anlægsaktiver består af investeringsforeningsbeviser og obligationer.

Værdipapirerne forvaltes af Nordea og er indregnet til kursværdi pr. 31.12.2018.

Kursreguleringer optages i resultatopgørelsen.

Tilgodehavender

Tilgodehavender måles til amortiseret kostpris, hvilket sædvanligvis svarer til nominel værdi. Værdien reduceres med nedskrivning til imødegåelse af forventede tab.

Likvide beholdninger

Likvide beholdninger omfatter indskud i pengeinstitutter.

Likviderne indregnes i overensstemmelse med indestående i pengeinstitutter. Likvide beholdninger i udenlandsk valuta indregnes til den officielle kurs.

Passiver

Egenkapital, Opskrivningshensættelser

Vedrører tidligere opskrivninger af ejendomme til den offentlige vurdering pr. 1. oktober 2006.

Hensatte forpligtelser, tjenestemandforpligtelser

Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2018 af den manglende forsikringsmæssige dækning. Forpligtelsen omfatter tjenestemandspensionister. I beregningen anvendes en pensionsalder på 65 år.

Regulering af forpligtelserne foretages via resultatopgørelsen.

Langfristede gældsforpligtelser

Langfristet gæld til realkreditinstitutter og andre kreditinstitutter er optaget med restgælden på balancetidspunktet.

Andre gældsforpligtelser, som omfatter gæld til leverandører, andre myndigheder samt anden gæld, måles til nominel værdi.

Gæld i udenlandsk valuta reguleres til kursen ultimo regnskabsåret.

Kortfristet gæld

Kortfristet gæld til pengeinstitutter, staten, kommuner og regioner optages med restværdien på balancetidspunktet.

Feriepengeforpligtelsen opgøres for personale med ret til ferie med løn på baggrund af registreringer i lønsystemet.

Ændringen i feriepengeforpligtelsen fra primo til ultimo er indregnet i resultatopgørelsen.

Interimskonti

Interimskonti indeholder overenskomstmidler til udvikling af fælles regionale personale udviklingsprojekter samt midler til tværregionale projekter.

Noter til resultatopgørelse og balance

Der er udarbejdet noter til henholdsvis resultatopgørelse og balance i det omfang, der er væsentlige forhold, som bør belyses.

Resultatopgørelse

	Note	2018	2017
Nettoomsætning	1	216.957.308	212.847.164
Bruttoresultat		216.957.308	212.847.164
Omkostninger			
Personaleomkostninger	2	153.834.084	155.129.933
Afskrivninger	7+8	8.988.994	9.094.963
Andre driftsomkostninger	3	58.346.351	55.255.442
Omkostninger i alt		221.169.428	219.480.338
Driftsresultat		-4.212.120	-6.633.174
Finansielle poster			
Finansielle indtægter	4	16.341.841	11.852.566
Finansielle omkostninger	5	762.835	1.189.900
Kursgevinster/tab		-15.032.494	932.413
Finansielle poster, netto		546.512	11.595.080
Resultat af foreningens drift		-3.665.608	4.961.905
Projekter mv.	6	6.244.205	3.609.995
Årets resultat		-9.909.813	1.351.911
Forslag til resultatdisponering:			
Overføres til egenkapitalen		-9.909.813	1.351.911
Disponeret i alt		-9.909.813	1.351.911

Balance pr. 31. december

	Note	2018	2017
Aktiver			
Software	7	1.890.048	1.666.507
Immaterielle anlægsaktiver		<u>1.890.048</u>	<u>1.666.507</u>
Grunde og bygninger		190.506.848	195.168.053
Øvrige anlægsaktiver		3.208.801	2.726.815
Materielle anlægsaktiver	8	<u>193.715.649</u>	<u>197.894.868</u>
Værdipapirer	9	360.619.130	391.305.017
Finansielle anlægsaktiver		<u>360.619.130</u>	<u>391.305.017</u>
Anlægsaktiver i alt		<u>556.224.828</u>	<u>590.866.392</u>
Tilgodehavender fra tjenesteydelser		78.311.868	69.103.159
Andre tilgodehavender		10.935.302	9.877.023
Tilgodehavender		<u>89.247.171</u>	<u>78.980.182</u>
Likvide beholdninger	10	3.949.959	4.487.308
Omsætningsaktiver i alt		<u>93.197.130</u>	<u>83.467.490</u>
Aktiver i alt		<u>649.421.958</u>	<u>674.333.882</u>

	Note	2018	2017
Passiver			
Egenkapital		299.114.498	297.762.586
Overført resultat		-9.909.813	1.351.911
Opskrivningshænlæggelse		71.931.170	71.931.170
Egenkapital i alt		<u>361.135.855</u>	<u>371.045.667</u>
Tjenestemandspensioner		33.392.372	42.377.320
Hensatte forpligtelser i alt		<u>33.392.372</u>	<u>42.377.320</u>
Prioritetsgæld	11	1.286.786	1.286.786
Langfristede gældsforpligtelser		<u>1.286.786</u>	<u>1.286.786</u>
Kortfristet gæld	12	110.922.291	95.510.111
Interimskonti	13	142.684.658	164.114.002
Kortfristede gældsforpligtelser		<u>253.606.949</u>	<u>259.624.112</u>
Gældsforpligtelser i alt		<u>254.893.735</u>	<u>260.910.898</u>
Passiver i alt		<u>649.421.958</u>	<u>674.333.882</u>

Lejeforpligtelser	14
Pantsætning og sikkerhedsstillelser	15
Regnskab for RVMR*	16
Regnskab for RSI**	17
Regnskab for RFI***	18
Regnskab for FL-tilskud til RLTN	19
Regnskab for Medicinrådet	20

*) Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer

**) Regionernes Sundheds IT organisation

***) Regionernes Fælles Indkøb

Noter

	2018	2017
1 Nettoomsætning		
Kontingent Danske Regioner	133.840.826	132.851.159
Kontingent Medicinrådet	43.645.000	42.915.000
Kontingent RVMR	10.730.648	8.439.890
Kontingent RSI	5.134.000	5.048.069
Kontingent RFI	4.136.000	4.495.000
Kontingent Kvalitetsindsatsen	828.000	800.000
Tilskud til drift af RLTN	3.250.000	3.200.000
Sekretariatsbidrag	10.911.557	11.655.472
Øvrige indtægter	4.481.278	3.442.573
	<u>216.957.308</u>	<u>212.847.164</u>
2 Personaleomkostninger		
Lønninger	137.220.067	126.999.358
Øvrige personaleomkostninger	23.083.013	21.212.526
Brutto personaleomkostninger	<u>160.303.081</u>	<u>148.211.884</u>
Regulering af hensættelse af pension	-8.984.948	2.519.411
Regulering af feriepengehensættelse	2.515.951	4.398.638
	<u>-6.468.997</u>	<u>6.918.049</u>
Personaleomkostninger i alt	<u>153.834.084</u>	<u>155.129.933</u>
Antal fuldtidsbeskæftigede i gennemsnit	<u>216,7</u>	<u>197,9</u>
Antal tjenestemandspensionister	16	18
3 Andre driftsomkostninger		
Driftsomkostninger ejendomme	7.184.407	7.619.206
Bestyrelsespulje	1.534.003	2.193.596
Beredskabspulje	1.597.902	1.503.209
Forskningspuljer	3.131.003	2.791.490
Øvrige fremmede tjenesteydelser	13.378.519	12.493.549
Mødeaktiviteter	9.536.701	9.468.586
Øvrige udgifter	17.706.517	16.159.303
Tilskud	4.277.299	3.026.503
	<u>58.346.351</u>	<u>55.255.442</u>

	2018	2017
4 Finansielle indtægter		
Afkast kapitalforvaltning	-13.748.967	-9.335.213
Lejeindtægt Regionernes Hus	-2.592.873	-2.517.353
	<u>-16.341.841</u>	<u>-11.852.566</u>
5 Finansielle omkostninger		
Regionernes Hus	165.963	669.832
Renter, gebyrer	596.872	520.067
	<u>762.835</u>	<u>1.189.900</u>
6 Projekter mv.		Tidligere anvendt
Projektbevillinger (bevilling)		
Vidensdeling fremtidens sygehuse (13,2 mio.kr.)	1.156.283	10.388.789
GDPR tilpasning (5 mio. kr.)	5.087.922	0
Projektbevilling i alt (18,2 mio. kr.)	6.244.205	10.388.789
7 Immaterielle anlægsaktiver	2018	2017
Kostpris 1.1	6.023.520	5.769.725
Tilgang i årets løb	1.117.211	253.795
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>7.140.730</u>	<u>6.023.520</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	4.357.013	3.663.002
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	893.669	694.010
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>5.250.682</u>	<u>4.357.013</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>1.890.048</u>	<u>1.666.507</u>

8

Materielle anlægsaktiver

	bygninger	aktiver
Regionernes hus		
Kostpris 1.1	249.679.385	18.711.108
Tilgang i årets løb	2.033.928	1.882.178
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>251.713.313</u>	<u>20.593.285</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	57.540.453	15.984.292
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	6.638.689	1.400.192
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>64.179.142</u>	<u>17.384.484</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12.18	<u>187.534.172</u>	<u>3.208.801</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.18	170.000.000	
Gripsholm		
Kostpris 1.1	3.650.000	0
Tilgang i årets løb	0	0
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>3.650.000</u>	<u>0</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	620.880	0
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	56.444	0
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>677.324</u>	<u>0</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12.18	<u>2.972.676</u>	<u>0</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.18	3.350.000	

	Materielle anlægsaktiver	bygninger	aktiver
	Regionernes hus	187.534.172	3.208.801
	Gripsholm	2.972.676	0
	Regnskabsmæssig værdi 31.12.18	<u>190.506.848</u>	<u>3.208.801</u>
	Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.18	173.350.000	
9		2018	2017
	Finansielle anlægsaktiver		
	Aktier i Sampension KP Livsforsikring a/s	20.000	20.000
	Aktier i portefølje Nordea	76.218.351	80.183.307
	Obligationer	284.380.779	311.101.710
		<u>360.619.130</u>	<u>391.305.017</u>
10			
	Likvide beholdninger		
	Checkdisponible indskud	219.992	2.359.214
	Bankkonto	2.533.260	0
	Portefølje Nordea	1.196.708	2.128.094
		<u>3.949.959</u>	<u>4.487.308</u>
11			
	Langfristet gæld		
	Reg. Hus - Sundhed.dk depositum	1.286.786	1.286.786
		<u>1.286.786</u>	<u>1.286.786</u>
12			
	Kortfristet gæld		
	Prioritetsgæld Regionernes Hus	0	7.026.276
	Kassekredit	0	12.885.054
	Moms	1.102.536	1.145.682
	Øvrige kreditorer	46.305.286	21.071.381
	Feriepengeforpligtigelse	20.642.684	18.126.733
	Mellemregning mellem årene	0	346.212
	Per.afgrænsningsposter, forudbet. kontingent	42.871.785	34.908.774
		<u>110.922.291</u>	<u>95.510.111</u>

13

Interimskonti

Overenskomstparter	87.668.173	74.701.848
Eksterne Institutioner	-1.544.026	-956.435
Rejsesygesikring (SOS)	5.217.802	2.097.467
Projekter	51.342.709	88.271.122
	<u>142.684.658</u>	<u>164.114.002</u>

Noter hvortil der ikke henvises til i regnskabet

14

Lejeforpligtelser

Huslejekontrakt i Bruxelles	Opsigelig husleje kontrakt udløber 31. december 2027. Årlig husleje € 29.840.
Huslejekontrakt Medicinrådet, Dampfærgevej 27-29, 3. th., 2100 Kbh. Ø	Opsigelig husleje kontrakt udløber 30. april 2019. Herefter er der 6 måneders opsigelse. Årlig husleje kr. 1.498.191 incl. moms.

15

Pantsætninger og sikkerhedsstillelse

Ingen.

16

Regnskab RVMR

	2018	2017
Indtægter kontingent	8.657.985	8.439.890
Personaleudgifter	4.657.230	4.164.169
Fremmede tjenesteydelser	2.000.003	2.441.955
Afholdte konferencer	747.446	701.751
Øvrige driftsudgifter	1.013.133	1.599.620
Udgifter i alt:	<u>8.417.812</u>	<u>8.907.495</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>240.173</u>	<u>-467.605</u>

17

Regnskab RSI

Indtægter kontingent	5.134.000	5.048.069
Personaleudgifter	2.746.618	2.753.717
Fremmede tjenesteydelser	554.333	947.609
Øvrige driftsudgifter	542.513	859.280
Udgifter i alt:	<u>3.843.464</u>	<u>4.560.606</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>1.290.536</u>	<u>487.463</u>

18

Regnskab RFI

	2018	2017
Indtægter kontingent	4.136.000	4.495.000
Personaleudgifter	2.477.402	2.582.085
Fremmede tjenesteydelser	0	0
Øvrige driftsudgifter	1.299.616	622.052
Udgifter i alt:	<u>3.777.017</u>	<u>3.204.136</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>358.983</u>	<u>1.290.864</u>

19

Regnskab Drift af RLTN

Tilskud FL § 10.21.76	3.250.000	3.200.000
Vederlag	366.754	358.526
Mødediæter, transport	124.159	57.527
Nævnsmøder	1.084	17.736
Øvrige mødeudgifter	0	731.085
Personaleudgifter, sekretariat	18.714.610	17.314.585
Administration, husleje mv.	2.807.192	2.597.188
Advokat mv.	1.030.259	1.512.066
Udgifter i alt:	<u>23.044.057</u>	<u>22.588.714</u>
Nettoudgifter i alt:	<u>19.794.057</u>	<u>19.388.714</u>

Regnskab Medicinrådet

Indtægter kontingent	43.645.000	42.915.000
Løn	25.825.502	20.618.666
Øvrige personaleudgifter	4.411.551	5.227.578
Personale udgifter i alt:	<u>30.237.054</u>	<u>25.846.244</u>
Husleje m.m.	2.093.635	2.123.384
Fremmede tjenesteydelser	1.187.506	1.394.705
Mødeaktiviteter	934.520	480.656
Øvrige driftsudgifter	3.587.229	2.414.055
Driftsudgifter i alt:	<u>7.802.890</u>	<u>6.412.801</u>
Udgifter i alt:	<u>38.039.943</u>	<u>32.259.045</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>5.605.057</u>	<u>10.655.955</u>

Relateret document 2/4

Dokument Navn: Budget og resultatoversigt
2018.pdf

Dokument Titel: Budget og resultatoversigt
2018

Dokument ID: 1262867

Danske Regioners budget og regnskab 2018

Kr.	Budget 2018	Regnskab 2018
Kontingent	131.500.000	133.840.826
Øvrige kontingenter	62.300.000	64.473.648
Sekretariatsbidrag	11.300.000	10.911.557
Tilskud til drift af RLTN	3.200.000	3.250.000
Indtægter vedr. blodplasma	3.000.000	3.077.299
Div. Indtægter	100.000	1.403.979
Nettoomsætning	211.400.000	216.957.308
Omkostninger		
Personaleomkostninger	167.100.000	153.834.084
Afskrivninger	10.000.000	8.988.994
Driftsomkostninger ved huse	9.300.000	7.184.407
Fremmede tjenesteydelser	24.200.000	19.641.427
Mødeaktiviteter	11.800.000	9.536.701
Øvrige udgifter	21.900.000	17.706.517
Tilskud andre	3.100.000	4.277.299
Rammereduktion	-1.300.000	-
Omkostninger i alt	246.100.000	221.169.428
Driftsresultat (- underskud)	-34.700.000	-4.212.120
Finansielle poster		
Finansielle indtægter	7.700.000	16.341.841
Finansielle omkostninger	-800.000	-762.835
Kurstab på aktier og obligationer	0	-15.032.494
Finansielle poster, netto	6.900.000	546.512
Resultat af foreningens drift (- underskud)	-27.800.000	-3.665.607
Projekter m.v.	5.500.000	6.244.205
Årets resultat (- underskud)	-33.300.000	-9.909.813

Relateret document 3/4

Dokument Navn: Danske Regioner
revisionsprotokollat 2018 -
20.02.2019.pdf

Dokument Titel: Danske Regioner
revisionsprotokollat 2018 -
20.02.2019

Dokument ID: 1262868



Tlf: 46 37 30 33
roskilde@bdo.dk
www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Ringstedvej 18
DK-4000 Roskilde
CVR-nr. 20 22 26 70

DANSKE REGIONER

UDSKRIFT AF REVISIONSPROTOKOL

SIDE 122 - 127

ÅRSREGNSKAB 2018



	Side
Indholdsfortegnelse	
1 KONKLUSION PÅ DEN UDFØRTE REVISION	122
2 SÆRLIGE FORHOLD VEDRØRENDE ÅRSREGNSKABET	122
3 DEN UDFØRTE REVISION, ART OG OMFANG.....	122
4 REVISION AF ORGANISATIONENS INTERNE IT-KONTROLLER.....	125
5 PERSONDATAFORORDNINGEN - GDPR	126
6 REVISORS UAFHÆNGIGHEDSERKLÆRING MV.	126



DANSKE REGIONER

REVISIONSPROTOKOLLAT TIL ÅRSREGNSKABET 2018

Vi har afsluttet den i vedtægterne foreskrevne revision af årsregnskabet for 2018, der udviser et resultat på -9.910 tkr., samlede aktiver på 649.422 tkr. og en egenkapital ved årets udgang på 361.136 tkr.

1 Konklusion på den udførte revision

Godkender ledelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold eller andre rapporteringsforpligtelser.

2 Særlige forhold vedrørende årsregnskabet

Alle under revisionen konstaterede fejl og mangler m.v. er indarbejdet i årsregnskabet, og der er derfor ingen ikke-korrigerede forhold at rapportere om.

Revisionen har ikke givet anledning til at fremhæve særlige forhold, der er af betydning for ledelsens vurdering af årsregnskabet.

3 Den udførte revision, art og omfang

Revisionens formål, udførelse, rapportering mv. er omtalt i revisionsprotokollat om opdatering af revisionsaftale af 20. februar 2019.

Ved planlægningen af vores revision har vi fastlagt en revisionsstrategi ud fra en vurdering af væsentlighed og risiko. Vores revision vil derfor hovedsageligt fokusere på regnskabelementer og områder i årsregnskabet, hvor vi vurderer risikoen for væsentlig fejlinformation for størst.

Den udførte revision og resultatet heraf er beskrevet i det følgende:

Nettoomsætning

Nettoomsætningen udgør 217,0 mio. kr. mod 212,8 mio. kr. i 2017, og der er ved den løbende og afsluttende revision foretaget kontrolarbejder med henblik på en vurdering af, om de indtægter, der tilkommer Danske Regioner, indgår i årsregnskabet og er optaget i overensstemmelse med den fastlagte regnskabspraksis.

Vi har analyseret resultatopgørelsen og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt. Stigningen i omsætningen skyldes almindelig prisfremskrivning.

Driftsomkostninger

Vedrørende de samlede driftsomkostninger, der udgør 58,3 mio. kr. mod 55,3 mio. kr. i 2017, har vi analyseret resultatopgørelsens poster, undersøgt udvalgte konti og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt, bl.a. med henblik på at vurdere korrekt skæring og periodisering af omkostningerne.

Ved den stikprøvevise bilagsgennemgang er det konstateret, at repræsentationsbilag ikke i alle tilfælde er påført deltagere og anledning.



Vi henleder opmærksomheden på SKATs regler på området og har drøftet forholdet med ledelsen, som er opmærksom herpå og vil følge op på området.

Personaleomkostninger

Vedrørende personaleomkostninger, der dækker over lønninger og vederlag mv., og som udgør 153,9 mio. kr. mod 155,1 mio. kr. i 2017, har vi foretaget kontrolarbejder med henblik på at sikre os, at de udbetalte lønninger er i overensstemmelse med de indgåede lønaftaler og de til os øvrige meddelte oplysninger.

Vi har stikprøvevis kontrolleret, at lønninger, som er udbetalt til medarbejdere, der forestår lønudbetalinger eller foretager edb-indberetninger, er korrekte.

Vedrørende afregning, afstemning og lønoplysning af de ansattes A-indkomst, A-skat og andre udbetalte ydelser har vi ligeledes stikprøvevis kontrolleret, at disse er korrekte.

Det udbetalte vederlag til bestyrelsen er gennemgået.

Vi har på nuværende tidspunkt ikke fået forelagt en afstemning mellem lønsystem, bogføring og e-indkomst for 2018. Dog har vi modtaget et udtræk fra E-indkomst, der med en difference på 27 t.kr. sandsynliggør, at der er en sammenhæng mellem AM-bidragsgrundlag, jf. E-indkomst og bogføringen. Vi har anbefalet ledelsen, der er enige heri, at det tilsikres, at der foretages en fuldstændig afstemning på området.

Balancen

Åbningsbalancen

Formålet med revisionen er at sikre, at der er kontinuitet i regnskabsaflæggelsen.

Vi har kontrolleret, at der er sammenhæng mellem balancen pr. 31. december 2017, der dannede grundlag for årsregnskabet 2017, og åbningsbalancen i bogføringen for 2018.

Balancens enkelte poster

Anlægsaktiver

Vi har gennemgået anlægsaktiverne, der pr. 31. december 2018 har en regnskabsmæssig værdi på 556,2 mio. kr. mod 590,9 mio. kr. ultimo 2017, og vurderet, hvorvidt indregning og måling, herunder nettoafgangen på 34,7 mio. kr., stemmer overens med den fastlagte regnskabspraksis, og herunder at aktiverne vurderes at være til vedvarende brug.

Vi har stikprøvevis kontrolleret den fysiske tilstedeværelse af de i anlægskartoteket opførte aktiver samt stikprøvevis kontrolleret årets tilgange til underliggende bilag m.v.

Endelig har vi foretaget kontrol af de foretagne afskrivninger og stikprøvevis påset, at anlægsaktiverne afskrives i overensstemmelse med anvendt regnskabspraksis. De foretagne afskrivninger er efter vores vurdering tilstrækkelige til dækning af årets værdiforringelse.

Ledelsen har overfor os bekræftet, at man finder værdiansættelsen af aktiverne forsvarlig, hvilket vi kan tilslutte os.

Omsætningsaktiver

Omsætningsaktiverne, der pr. 31. december 2018 udgør 93,2 mio. kr., omfatter væsentligst tilgodehavender og likvide beholdninger.

Den 31. oktober 2018 foretog vi et uanmeldt revisionsbesøg, hvor de likvide beholdninger blev afstemt. Beholdningernes tilstedeværelse konstateredes.

Vi har påset, at mellemværender med pengeinstituttet er optaget til saldiene pr. 31. december 2018 og er afstemt med pengeinstituttets noteringer. Vi har indhentet engagementsoversigt fra pengeinstituttet.

Vi har gennemgået forretningsgangen for afstemning af konti i pengeinstituttet. Forretningsgangen skal bl.a. sikre, at der jævnligt foretages afstemning med pengeinstituttets noteringer i henhold til den vedtagne forretningsgang.

Tilgodehavender udgør pr. 31. december 2018 i alt 89,2 mio. kr. imod 79,0 mio. kr. sidste år.

Vi har gennemgået debitorlisten pr. 31. december 2018. Ledelsen har overfor os bekræftet, at der ikke er særlige risici forbundet med værdiansættelsen af tilgodehavenderne, og vi kan efter vores gennemgang tilslutte os de i årsregnskabet foretagne værdiansættelser.

Egenkapital

Egenkapitalen pr. 31. december 2018 udgør 361,1 mio. kr., der fremkommer ved, at egenkapitalen pr. 1. januar 2018 på 371,0 mio. kr. er reduceret med årets resultat for 2018, der udgør et underskud på 9,9 mio. kr.

Hensatte forpligtelser

Der er hensat 33,4 mio. kr. til tjenestemandspensionsforpligtelser, hvilket er et fald på 9 mio. kr. i forhold til 2017, primært som følge af afgang af personer i porteføljen. Vi har stikprøvevis gennemgået grundlaget for de foretagne hensættelser, og kan efter vores gennemgang tilslutte os de af ledelsen foretagne værdiansættelser.

Gældsforpligtelser

Vi har gennemgået de langfristede og kortfristede gældsforpligtelser og klassificeringen heraf.

Kortfristede gældsforpligtelser, der udviser en samlet saldo på 253,6 mio. kr., består især af feriepengeforpligtelse, interimskonti samt sædvanlige gældsposter. Vi har gennemgået afstemningerne og stikprøvevis foretaget sammenholdelse til eksterne kontoudtog m.v.

Vi har gennemgået anden gæld og skyldige beløb samt påset, at alle væsentlige gældsposter er afstemt med oplysninger fra kreditorerne.

Interimskonti, der pr. 31. december 2018 udviser en samlet gæld på 142,7 mio. kr., består af gæld til overenskomstparter, mellemregninger med eksterne institutioner, rejsesygesikring og gæld vedrørende igangværende projekter.

Pantsætninger og eventualposter

Vi har gennemgået pantsætninger og eventualposter, og vi har i den forbindelse modtaget en ledelseserklæring til kontrol af fuldstændighed af de modtagne oplysninger.

Besvigelser

I forbindelse med planlægning af vores revision har vi forespurgt ledelsen om risikoen for besvigelser. Ledelsen har oplyst, at den ikke har kendskab til besvigelser eller igangværende undersøgelser af formodede besvigelser.

Vi kan oplyse, at vi under revisionen af årsregnskabet ikke er stødt på forhold, der kunne indikere besvigelser eller forsøg herpå. Besvigelser er betegnelsen for en bevidst handling udført af en eller flere personer blandt den daglige ledelse, den overordnede ledelse, medarbejdere eller tredjeparter, hvor vildledning for at opnå en uberettiget eller ulovlig fordel er involveret.

ret. Revisionen af årsregnskabet fokuserer alene på besvigelser, der fører til væsentlig fejlinformation i regnskabet. Vi har således ikke foretaget juridiske vurderinger af, hvorvidt besvigelser faktisk er forekommet.

Ledelsens regnskaberklæring

I forbindelse med aflæggelsen af årsregnskabet har Danske Regioners daglige ledelse over for os afgivet en skriftlig bekræftelse (regnskaberklæring) om årsregnskabet fuldstændighed, såsom oplysninger om pantsætninger, garantistillelser, retssager, besvigelser, begivenheder efter balancedagen samt andre vanskeligt reviderbare områder.

Bestyrelsesprotokol

Bestyrelsens beslutningsprotokol indtil mødet den 7. februar 2019 har vi gennemgået.

Vi har påset, at revisionsprotokollat vedrørende revisionen af årsregnskabet for 2017 har været forelagt og godkendt af bestyrelsen den 8. februar 2018.

4 Revision af organisationens interne it-kontroller

Revisionen af Danske Regioners interne it-kontroller har omfattet revision af organisationens generelle it-kontroller og udvalgte applikationskontroller for de it-systemer, der har betydning for organisationens regnskabsføring og regnskabsaflæggelse.

- Procedurer og kontroller for anskaffelse, ændring og vedligeholdelse af organisationens centrale økonomistyringssystem.
- Adgangssikkerhed for systemadministratorer til økonomistyringssystem og Windows AD, herunder brugerrettigheder, adgangskontrol og systemadministration.
- Outsourcing af centrale it-systemer, herunder organisationens egne kontroller samt indhentelse og vurdering af revisorerklæringer fra it-serviceleverandører.

Revisionen har desuden omfattet krav i henhold til bogføringsloven i forhold til it-anvendelsen. Endvidere har revisionen omfattet en opfølgning på konstaterede kontrolmangler fra sidste år.

Vi har foretaget forespørgsler hos it-ledelsen, medarbejdere med ansvar og opgaver inden for it samt systembrugere.

Vi har udført revisionshandlinger i form af inspektioner, observationer og udførelse af kontroller, herunder gennemgang af modtagne dokumenter og materialer, efterprøvelse af interne it-kontroller og dokumentation herfor samt test af de interne it-kontrollers funktionalitet, hvor dette er relevant.

Vi har baseret revisionen på eksterne revisorerklæringer med høj grad af sikkerhed for de dele af it-systemerne, som KMD A/S er ansvarlige for i henhold til aftale med organisationen.

Den modtagne eksterne revisorerklæring for KMD for 2018 er uden forbehold.

Det er vores opfattelse, at organisationen i alle væsentlige henseender har implementeret hensigtsmæssige interne it-kontroller, der medvirker til at opretholde informationernes integritet og sikkerheden af data, som it-systemerne behandler i forhold til regnskabsføringen og regnskabsaflæggelsen. Endvidere vurderer vi, at relevante bestemmelser i bogføringsloven er opfyldte.

Vi har dog ved revisionen konstateret svagheder i forretningsgangene og de interne kontroller, der kan afhjælpes ved at gennemføre følgende anbefalinger:

1. Vi anbefaler, at der udarbejdes formel dokumentation for drift og vedligeholdelse af Navision økonomistyringssystemet. Vi anbefaler endvidere, at Danske Regioner generelt beskriver og indfører forretningsgange for håndtering af alle ændringer i it-miljøet, herunder driftsrelaterede ændringer og ændringer der udføres i applikationerne.

Vi er opmærksomme på, at Danske Regioner er i færd med en opgradering af økonomistyringssystemet samt større omlægninger i it-infrastrukturen. Det er oplyst, at der i den forbindelse vil blive udarbejdet den fornødne dokumentation ligesom formalisering af forretningsgange kan tage udgangspunkt i erfaringerne fra igangværende projekter.

2. Vi har anbefalet, at Danske Regioner med omgående virkning iværksætter sikkerhedskopiering af deres væsentlige data, delvist som kompenserende kontrol for en manglende revisorerklæring fra it-serviceleverandøren DXC A/S.

Dette har Danske Regioner taget til efterretning og iværksat, hvilket vi finder tilfredsstillende.

Vi vil i samarbejde med organisationens daglige ledelse følge op på ovennævnte forhold.

5 Persondataforordningen - GDPR

Vi har på forespørgsel fået oplyst, at Danske Regioner har truffet de fornødne forholdsregler i forhold til overholdelse af EU's Persondataforordning.

6 Revisors uafhængighedserklæring mv.

Undertegnede erklærer:

at vi opfylder de i lovgivningen indeholdte uafhængighedsbetingelser, og

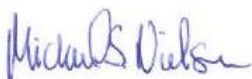
at vi under vores revision har modtaget alle de oplysninger, vi har anmodet om.

Roskilde, den 7. marts 2019

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab



Per Lund
Statsautoriseret revisor



Michael S. Nielsen
Registreret revisor



Nærværende revisionsprotokol side 122 - 127 er gennemlæst af nedennævnte medlem af bestyrelsen den 7. marts 2019

Stephanie Lose
Formand

Ulla Astman
1. næstformand

Henrik Thorup
2. næstformand

Sophie Hæstorp Andersen

Anders Kühnau

Heino Knudsen

Poul-Erik Svendsen

Lars Gaardhøj

Karin Friis Bach

Per Larsen

Villy Søvnald

Lone Langballe

Martin Geertsen

Carsten Kissmeyer

Jacob Jensen

Lone Sondrup

Tormod Olsen

Relateret document 4/4

**Dokument Navn: Opdatering af revisionsaftale
20.02.2019 .pdf**

**Dokument Titel: Opdatering af revisionsaftale
20.02.2019**

Dokument ID: 1262869



Tlf: 46 37 30 33
roskilde@bdo.dk
www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Ringstedvej 18
DK-4000 Roskilde
CVR-nr. 20 22 26 70

DANSKE REGIONER

REVISIONSPROTOKOLLAT AF 20. FEBRUAR 2019

SIDE 113 - 121

OPDATERING AF REVISIONSAFTALE

	Side
1 REVISIONENS FORMÅL OG OMFANG	113
2 LEDELSENS OPGAVER OG ANSVAR	114
3 REVISORS OPGAVER OG ANSVAR	115
4 REVISIONENS UDFØRELSE.....	115
5 REVISORS RAPPORTERING	117
6 ARBEJDSPAPIRER	119
7 KVALITETSKONTROL.....	119
8 KOMMUNIKATION VIA INTERNET OG E-MAIL	119
9 OFFENTLIGGØRELSE AF REGNSKABER, DOKUMENTER MV. , DER INDEHOLDER NAVNET BDO	120
10 ØVRIGE FORHOLD	120

OPDATERING AF REVISIONSAFTALE

Som virksomhedens valgte revisorer skal vi i overensstemmelse med god revisionskik i det følgende redegøre for vores opfattelse af samarbejdet, herunder en redegørelse for formål og omfang af revision af regnskabet, og for lovgivningens afgrænsning af ledelsens og revisors opgaver og ansvar. Redegørelsen indeholder følgende:

1. Revisionens formål og omfang.
2. Ledelsens opgaver og ansvar.
3. Revisors opgaver og ansvar.
4. Revisionens udførelse.
5. Revisors rapportering.
6. Arbejdspapirer.
7. Kvalitetskontrol.
8. Kommunikation via internet og e-mail.
9. Offentliggørelse af regnskaber, dokumenter mv., der indeholder navnet BDO.
10. Øvrige forhold.

1 Revisionens formål og omfang

Revisionens formål er at revidere de af ledelsen aflagte årsregnskaber.

Det er herunder revisionens opgave at påse:

- at årsregnskabet er aflagt i overensstemmelse med den danske lovgivning, vedtægternes og god regnskabsskiks krav til regnskabsaflæggelsen, og
- at årsregnskabet som helhed efter vores opfattelse giver et retvisende billede af virksomhedens aktiver og passiver, dets finansielle stilling samt resultatet af virksomhedens aktiviteter i regnskabsåret, og
- at ledelsesberetningen indeholder en retvisende redegørelse i overensstemmelse med årsregnskabslovens bestemmelser.

Revisionens omfang tilrettelægges i overensstemmelse med de internationale revisionsstandarder, der udstedes af Foreningen af Statsautoriserede Revisorer (FSR). Disse standarder kræver, at vi overholder etiske regler for revisorer og planlægger og udfører vores revision med henblik på at opnå høj grad af sikkerhed for, hvorvidt regnskabet indeholder væsentlige fejl eller mangler. En revision omfatter handlinger, der fremskaffer revisionsbevis for de beløb og oplysninger, der indgår i årsregnskabet. Revisor fastlægger arbejdshandlingerne på grundlag af en faglig vurdering, herunder en vurdering af risiciene for væsentlige fejlinformationer i regnskabet.

En revision omfatter endvidere stillingtagen til, om den regnskabspraksis, ledelsen vælger at anvende, er passende, og om de skøn, ledelsen udøver, er rimelige samt en vurdering af den samlede præsentation af regnskabet.

På grund af de iboende begrænsninger, der er ved en revision, herunder at en revision baserer sig på stikprøver, samt det forhold, at der i ethvert internt kontrolsystem er begrænsninger, er der en uundgåelig risiko for, at selv væsentlige fejl eller mangler i årsregnskabet ikke bliver opdaget.

Fejl og mangler kan være tilsigtede som utilsigtede. Der er ved enhver revision risiko for, at væsentlig fejlinformation i årsregnskabet ikke afdækkes, selv om revisionen udføres i overensstemmelse med god revisionskik, idet tilsigtede fejl og mangler sædvanligvis vil være søgt skjult eller tilsløret. Det bedste værn mod denne type fejl og mangler er klare og hensigtsmæssige forretningsgange, effektive interne kontroller og ledelsens tilsyn og overvågning.

2 Ledelsens opgaver og ansvar

En forudsætning for at udføre revisionen er, at ledelsen anerkender og forstår, at de er ansvarlige for:

- at udarbejde årsregnskabet i overensstemmelse med lovgivning, vedtægter og god regnskabs-skik,
- at give os adgang til alle informationer, som ledelsen er bekendt med, er relevant for udarbejdelsen af årsregnskabet, så som registreringssystemer, dokumentation m.m., og som må anses af betydning for bedømmelsen af virksomheden,
- at give os den yderligere information, som vi måtte anmode om i relation til revisionen, samt ubegrænset adgang til personer i virksomheden, som vi anser det som nødvendigt at indhente revisionsbevis fra,
- at tage stilling til, om virksomhedens kapitalberedskab til enhver tid er forsvarligt i forhold til virksomhedens drift,
- at påse, at virksomhedens regnskabssystemer, forretningsgange, interne kontroller og procedurer for risikostyring er passende i forhold til virksomhedens aktiviteter,
- at drage omsorg for, at bogføringen sker under iagttagelse af lovgivningens regler herom,
- at formueforvaltningen foregår på en betryggende måde, samt at der indføres passende interne kontroller til sikring herom,
- at tage skridt til at sikre, at særlovgivning, skatte- og afgiftslovgivning mv. bliver overholdt.

Tilsigtede og utilsigtede fejl og mangler

Det er ledelsens ansvar at sikre, at såvel tilsigtede som utilsigtede fejl og udeladelser så vidt muligt forhindres eller opdages. Dette kan sikres ved etablering af hensigtsmæssige politikker, forretningsgange samt registrerings- og interne kontrolsystemer, herunder fastlæggelse af en it-sikkerhedspolitik baseret på en vurdering af virksomhedens it-risici. Herved opnås den bedste sikkerhed for, at alle oplysninger og transaktioner kommer rigtigt til udtryk, ligesom det er den bedste måde at forebygge og opdage såvel fejl som andre uregelmæssigheder på.

Underskrift af revisionsprotokollen

Ledelsen skal underskrive revisionsprotokollater som en bekræftelse på, at de er læst, og at ledelsesmedlemmet er bekendt med indholdet.

3 Revisors opgaver og ansvar

En godkendt revisors underskrift på et årsregnskab er, med mindre andet er udtrykt i påtegningen, udtryk for:

at årsregnskabet er revideret,

at årsregnskabet er rigtigt opstillet på grundlag af bogføringen,

at årsregnskabet er opgjort under omhyggelig hensyntagen til bestående værdier, rettigheder og forpligtelser,

at årsregnskabet er opstillet i overensstemmelse med lovgivningens og vedtægternes krav til regnskabsaflæggelse.

Vi har til opgave at revidere årsregnskabet og forsyne det med en revisionspåtegning i overensstemmelse med god revisionsskik, dvs. efter almindeligt anerkendte revisionsprincipper, med det formål at nå til en begrundet overbevisning om, at årsregnskabet er uden væsentlige fejl og mangler. Ved begrundet overbevisning opnår vi høj grad af sikkerhed - men ikke fuld sikkerhed - for vores konklusioner. Det er ligeledes vores opgave at gennemgå ledelsesberetningen med det formål at efterse, om ledelsesberetningen er uden væsentlig fejlinformation og mangler.

En revision, tilrettelagt og udført i overensstemmelse med god revisionsskik, giver ikke fuld sikkerhed for, at enhver væsentlig fejl og mangel i årsregnskabet opdages.

Det er endvidere revisors ansvar, at fundne fejl og mangler i forretningsgange og intern kontrol samt i regnskabsmæssige registreringer bliver rapporteret til ledelsen ved indførsler i revisionsprotokollen.

Offentlighedens tillidsrepræsentant

Under vores revision, erklæringsafgivelse og rapportering er vi efter lovgivningen pålagt at optræde som offentlighedens tillidsrepræsentant. Dette indebærer bl.a., at vi, når vi tager stilling til indhold og præsentation af oplysninger i årsregnskabet, ledelsesberetningen og andre opgørelser, skal varetage hensynet til andre regnskabsbrugere end ejernes.

Loven medfører, at revisor ikke må udføre erklæringsopgaver, når der foreligger omstændigheder, der er egnet til at vække tvivl hos en velinformeret tredjemand om revisors uafhængighed. Som følge heraf skal vi foretage en særskilt vurdering af vores uafhængighed i forbindelse med rådgivnings- og assistanceopgaver inden accept af opgaven.

Besvigelser og hvidvask

Bliver vi i vores arbejde bekendt med, at medlemmer af ledelsen begår økonomiske forbrydelser i tilknytning til udførelsen af deres hverv for virksomheden, og har vi en begrundet formodning om, at forbrydelsen vedrører betydelige beløb eller i øvrigt har grov karakter, har vi pligt til straks at underrette hvert enkelt medlem af ledelsen. Reagerer ledelsen ikke, er vi i henhold til lovgivningen forpligtet til at underrette myndighederne. Vi er ligeledes forpligtet til direkte at underrette myndighederne, såfremt der er mistanke om, at virksomheden er involveret i hvidvaskning af penge eller finansiering af terrorisme.

4 Revisionens udførelse

Vi vil udføre revisionen i årets løb og i forbindelse med revision af årsregnskabet. De i årets løb udførte revisionsarbejder er en forberedelse til årsregskabets revision, og kan derfor ikke betragtes som en afslutning af revisionen for en bestemt periode. Revisionen er ikke

afsluttet, før ledelsen har taget endelig stilling til årsregnskabet, og vi har forsynet årsregnskabet med vores påtegning og underskrift.

Risiko- og væsentlighedsvurdering

I overensstemmelse med god revisionsskik vil revisionen blive tilrettelagt ud fra et væsentlighedskriterium og ud fra en analyse af virksomhedens risikoforhold. Revisionen vil blive gennemført ved observationer, eftersyn, forespørgsler, efterregninger, afstemninger, efterprøvnings af regnskabsmæssige skøn, gennemgang af skriftlige aftaler, stikprøvevis kontrol af bilag og analyser.

Hovedvægten af revisionshandlingerne vil blive lagt på de regnskabsposter og de områder i registreringsystemet, hvor risikoen for væsentlige fejl vurderes som størst. Revisionen sigter således ikke mod at opdage eller rette uvæsentlige fejl, som ikke medfører en ændret helhedsvurdering af årsregnskabet.

I det omfang virksomhedens forretningsgange og interne kontroller kan danne basis herfor, og i det omfang det er hensigtsmæssigt, tilrettelægges revisionen som en test af forretningsgange og interne kontroller. Herudover vil vi indhente de revisionsbeviser, vi anser for påkrævet til bekræftelse eller sandsynliggørelse af regnskabsposter og andre regnskabsoplysninger.

Ved risikovurderingen overvejer vi de interne kontroller, der er relevante for virksomhedens udarbejdelse af regnskabet med henblik på at udforme revisionshandlingerne, der er passende efter omstændighederne, men ikke med det formål at udtrykke en konklusion om effektiviteten af virksomhedens interne kontrol. Vi vil imidlertid underrette om eventuelle væsentlige mangler, vi måtte notere os ved revisionen.

Ved revisionen af årsregnskabet vil vi overbevise os om, at aktiverne er til stede, at de tilhører virksomheden, og at de er forsvarligt værdiansat. Vi vil endvidere overbevise os om, at de gældsposter og øvrige forpligtelser, herunder eventualforpligtelser mv., der påhviler virksomheden, er medtaget og forsvarligt værdiansat, samt at regnskabsposterne er periodiseret og korrekt præsenteret i årsregnskabet. I det omfang, vi finder det nødvendigt, vil vi foretage uanmeldte beholdningseftersyn og indhente eksterne bekræftelser.

Ledelsesberetningen

I forbindelse med revision af årsregnskabet vil vi ligeledes foretage en gennemgang af ledelsesberetningen og herunder vurdere, hvorvidt ledelsesberetningen ikke indeholder væsentlige fejl og mangler.

Efterfølgende begivenheder

Vi vil undersøge, om alle begivenheder indtil datoen for revisionspåtegningen, som kan kræve regulering af eller oplysning i årsregnskabet, er identificeret og korrekt indarbejdet.

Forudsætninger for fortsat drift

Med baggrund i ledelsens vurdering aflægges årsregnskabet sædvanligvis med fortsat drift for øje. Ledelsens vurdering kræver stillingtagen til alle tilgængelige oplysninger om virksomhedens udvikling, herunder især forventet likviditetsudvikling. Vi tager som led i revisionen stilling til ledelsens vurdering af fortsat drift.

Besvigelser

Under revisionsarbejdet tager vi hensyn til risikoen for, at væsentlige besvigelser kan forekomme bl.a. gennem valg af metoder og omfanget af revisionsindsatsen. Ved besvigelser forstår vi bevidst fejlinformation eller misbrug af aktiver. Besvigelser søges normalt skjult eller

tilsøret for omverdenen og revisor. Hvis der forekommer besvigelser, er der derfor som udgangspunkt forøget risiko for, at årsregnskabet indeholder væsentlig fejlinformation.

Vi vil i den forbindelse indhente ledelsens vurdering af risikoen for, at årsregnskabet kan indeholde væsentlig fejlinformation som følge af besvigelser, ledelsens vurdering af de regnskabs- og kontrolsystemer, den har indført for at imødegå sådanne risici, samt ledelsens kendskab til eventuelle konstaterede eller igangværende undersøgelser om besvigelser.

Får vi mistanke om, at besvigelser forekommer, vil vi, sædvanligvis i samråd med ledelsen, iværksætte undersøgelser med henblik på at få mistanken af- eller bekræftet.

Uanset at vi ved planlægningen og udførelsen af vores revision tager hensyn til risikoen for besvigelser, er vi ikke ansvarlige for at hindre besvigelser.

Hvidvask

Vi er underlagt en undersøgelses- og underretningspligt vedrørende vores kunders aktiviteter, som på grund af deres karakter særlig menes at kunne have tilknytning til hvidvask eller finansiering af terrorisme. Dette gælder især komplekse eller usædvanlig store transaktioner og alle usædvanlige transaktionsmønstre set i forhold til kunden samt transaktioner, der har forbindelse til lande eller territorier, hvor der anses at være en særlig risiko for hvidvask eller finansiering af terrorisme. Vi er i visse tilfælde endvidere forpligtet til at underrette Statsadvokaten for Særlig Økonomisk Kriminalitet.

I forbindelse vores revision undersøger vi om virksomheden er omfattet af reglerne om hvidvaskning.

Ledelsens regnskabsberetning

I forbindelse med regnskabsaflæggelsen indhenter vi en skriftlig erklæring fra den daglige ledelse om forhold af væsentlig betydning for årsregnskabet. Erklæringen indeholder eksempelvis en bekræftelse omkring oplysninger om retssager, pantsætninger, begivenheder efter balancedagen mv.

5 Revisors rapportering

Rapportering til ledelsen vil ske i form af revisionsprotokoller, breve og notater. Såfremt resultatet af det udførte arbejde ikke har en sådan karakter, at det efter vores opfattelse bør indføres i revisionsprotokollen, vil rapporteringen alene ske til virksomhedens daglige ledelse.

Revisionsprotokollen

Rapportering om de udførte revisionsarbejder og resultatet heraf vil ske til ledelsen i form af indførelse i revisionsprotokollen. Såfremt vores arbejde i årets løb har givet anledning til bemærkninger, eller vi har udført revisionsarbejder, der kan danne grundlag for selvstændige konklusioner, vil der i årets løb blive afgivet rapport ved indførelse i revisionsprotokollen.

Den endelige redegørelse for den udførte revision vil dog først finde sted i revisionsprotokollatet til årsregnskabet, således at denne kan tages i betragtning ved ledelsens stillingtagen til aflæggelsen af årsrapporten.

Ifølge danske revisionsstandarder er vi pålagt, når det er relevant, at kommunikere følgende forhold til virksomhedens øverste ledelse:

- Vores holdning til betydelige kvalitative aspekter af de anvendte regnskabsprincipper, herunder anvendt regnskabspraksis, regnskabsmæssige skøn og oplysninger i regnskabet.

- Betydelige vanskeligheder, som vi måtte støde på under revisionen.
- Betydelige forhold opstået ved revisionen, og som har været drøftet eller genstand for korrespondance med den daglige ledelse.
- De skriftlige udtalelser vi anmoder om fra den daglige ledelse.
- Andre forhold, der måtte være opstået under revisionen, og som efter vores vurdering er af ledelsesmæssig interesse.

Revisionspåtegningen

Vi udtaler os om årsregnskabet i en revisionspåtegning på årsregnskabet. Påtegningen vil identificere det konkrete regnskab, indeholde en beskrivelse af den udførte revision og vores konklusion herpå. I tilknytning til vores påtegning afgiver vi en udtalelse om ledelsesberetningens indhold.

Endvidere vil påtegningen kunne indeholde forbehold, hvis vi har været ude af stand til i væsentlige forhold at opnå et tilstrækkeligt revisionsbevis, eller hvis vi på baggrund af det opnåede revisionsbevis konkluderer, at regnskabet indeholder væsentlige fejl eller mangler, og vi dermed ikke opnår enighed med ledelsen om det retvisende billede.

Påtegningen vil ligeledes kunne indeholde supplerende oplysninger, hvis der forekommer forhold, som vi anser det for påkrævet at henlede regnskabsbrugeres opmærksomhed på. Endelig kræver loven, at revisionspåtegningen indeholder supplerende oplysninger, hvis vi bliver bekendt med handlinger eller undladelser vedrørende virksomheden, tilknyttede virksomheder, virksomhedsdeltagere, kreditorer eller medarbejdere, der kan medføre et erstatnings- eller strafansvar for ledelsen.

Rapportering om væsentlige fejl og mangler

Hvis vi under vores revision konstaterer fejl i årsregnskabet, skal vi meddele virksomhedens ledelse disse fejl, ligesom vi skal bede ledelsen om at korrigere de fundne fejl, såfremt de vurderes at være væsentlige. Virksomhedens daglige ledelse skal udtale sig om, hvorvidt eventuelle ikke-korrigerede fejl i årsregnskabet, som er konstateret under revisionen, enkeltvis og samlet vurderes at være uvæsentlige for årsregnskabet som helhed. Vi vil i revisionsprotokollen informere ledelsen om eventuelle ikke-korrigerede fejl i årsregnskabet.

Hvis vi i forbindelse med revisionen konstaterer svagheder, mangler eller uhensigtsmæssigheder i virksomhedens regnskabs- og registreringssystemer, virksomhedens interne kontroller eller i øvrige forretningsgange mv., vil dette blive meddelt virksomhedens daglige ledelse med vores forslag til afhjælpning heraf. Er der tale om væsentlige mangler, eller finder vi det i øvrigt påkrævet, vil forholdet også blive indført i revisionsprotokollen. Vi skal for en ordens skyld bemærke, at revisionen af årsregnskabet ikke er tilrettelagt med henblik på at afdække samtlige svagheder, mangler eller uhensigtsmæssigheder, der måtte forekomme i virksomhedens regnskabs- og registreringssystemer mv.

Rapportering om manglende overholdelse af lovgivning

Vi skal rapportere til ledelsen om forhold vedrørende manglende overholdelse af love og øvrig regulering, som vi har fået kendskab til under udførelsen af revisionen, medmindre sådanne forhold klart er uden betydning.

Deltagelse i bestyrelsesmøder og generalforsamlinger

Vi kan anmodes om, at deltage i bestyrelsesmøder under behandlingen af årsregnskaber, der skal påtegnes af os. Endvidere kan vi, hvis ønskes, deltage på generalforsamlinger.

Fratrædelse som revisor

Ved fratræden vil vi underrette den tiltrædende revisor om grunden til vores fratræden. Ved fratræden vil vi give den tiltrædende revisor adgang til relevante oplysninger om virksomheden, som revisors erklæring vedrører.

Oplysninger om anden assistance

I revisionsprotokollen vil vi desuden oplyse om udført assistance og rådgivning, afgivelse af erklæringer og om anden udført assistance.

6 Arbejdspapirer

Arbejdspapirer og anden dokumentation, herunder elektroniske data, der tilvejebringes som dokumentation for den udførte revision, tilhører alene BDO. Ifølge gældende praksis kan sådan dokumentation, medmindre vi anser den for at være af fortsat betydning for revisionen, blive makuleret eller slettet efter 5 år.

Finder vi det hensigtsmæssigt at udlevere filer til virksomheden, sker dette under forudsætning af, at virksomheden alene anvender filerne til brug for vores revision og ikke distribuerer eller lader tredjemand få adgang hertil.

7 Kvalitetskontrol

Vi er underlagt regler om lovpligtig kvalitetskontrol, hvilket bl.a. medfører, at Revisortilsynet foretager kvalitetskontrol af vores arbejde. Ligeledes er vi underlagt intern kvalitetskontrol, hvor vores kolleger foretager kvalitetskontrollen. Dette medfører, at vores arbejdsdokumentation stikprøvevis bliver udvalgt til kvalitetskontrol.

Medlemmer af Revisortilsynet og de personer, som forestår såvel den eksterne som den interne kvalitetskontrol, er underlagt tavshedspligt.

8 Kommunikation via internet og e-mail

Det følger af BDO's it-politik, at fortroligt materiale kun må sendes over internettet, hvis det er krypteret med stærk kryptering, eller hvis modtageren skriftligt har givet os tilladelse til at sende materialet ukrypteret.

Denne kommunikationsform er forbundet med en vis risiko for brud på fortrolighed. BDO påtager sig intet ansvar for skader af nogen art, der måtte opstå, som følge af anvendelsen af denne kommunikationsform.

Vi vil sikre, at vi overholder persondataloven samt behandler informationer fortroligt.

9 Offentliggørelse af regnskaber, dokumenter mv., der indeholder navnet BDO

Vi forudsætter, at virksomheden indhenter vores forhåndstilkendegivelse, forinden regnskaber, rapporter, dokumenter mv., hvori vores firmanavn er indeholdt, udleveres til tredjemand eller offentliggøres, herunder i elektronisk form. For regnskabers vedkommende dog kun, såfremt de udleverede regnskaber udarbejdes i uddrag eller på anden måde afviger fra det, som vi har forsynet med revisionspåtegning.

10 Øvrige forhold

Aftale om andre opgaver

Revisionen af årsregnskabet omfatter ikke deltagelse i virksomhedens bogføring, udarbejdelse af årsrapporten eller andre regnskabsopstillinger.

Vi påtager os gerne sådanne opgaver samt andre rådgivnings- og assistanceopgaver, såfremt ledelsen anmoder derom. En forudsætning herfor er i alle tilfælde, at vores uafhængighed i relation til revisionen af årsregnskabet ikke anses for truet herved.

Alle opgaver vil blive omtalt i protokollatet til årsregnskabet eller i særlige tilfælde i særskilte protokollater.

Honorar

Vores honorar fastsættes på grundlag af medgået tid, under hensyntagen til arbejdets indhold samt eventuelle særskilte aftaler.

Henvisning til og ændringer i protokol vedrørende revisionsaftale

I senere protokollater vil der blive henvist til nærværende protokollat. Nærværende protokollat forudsættes udleveret til nye medlemmer af ledelsen. Protokollatet vil blive tilpasset og fornyet, efterhånden som der sker ændringer i revisionsmæssige forhold, eller vi af andre grunde finder det passende.

Roskilde, den 20. februar 2019

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab

Per Lund
Statsautoriseret revisor

Michael S. Nielsen
Registreret revisor

Nærværende revisionsprotokol side 113 - 121 er gennemlæst af nedennævnte medlem af bestyrelsen den 7. marts 2019

Stephanie Lose
Formand

Ulla Astman
1. næstformand

Henrik Thorup
2. næstformand

Sophie Hæstorp Andersen

Anders Kühnau

Heino Knudsen

Poul-Erik Svendsen

Lars Gaardhøj

Karin Friis Bach

Per Larsen

Villy Søvnald

Lone Langballe

Martin Geertsen

Carsten Kissmeyer

Jacob Jensen

Lone Sondrup

Tormod Olsen

Bilag Titel:	Anbefalinger for det fremtidige arbejde med værdibaseret sundhed
Dagsordens titel	Afreportering og anbefalinger for fremtidens arbejde med værdibaseret sundhed
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



Værdibaseret sundhed i Danmark

Anbefalinger for vejen frem

18-12-2018

EMN-2017-00056

Jonas Melhim With

Simon Nørregaard Jensen

Hvad er ambitionen med værdibaseret sundhed?










I Danmark blev dagsordenen om værdibaseret sundhed (VBS) introduceret i 2013 af Danske Regioner på en konference i København. Siden 2013 har regionerne igangsat egne og fælles projekter med VBS, og i udlandet arbejdes der med VBS i lande som Sverige, Norge, Holland, England, USA og Tyskland m.fl. Der er således tale om en international tendens og udvikling i sundhedsvæsenet verden over, hvor man ønsker at sætte større fokus på, hvad der skaber værdi for patienten.

Det er en udvikling, som i høj grad er udsprunget af en erkendelse af, at det er uholdbart i længden at bedømme sundhedsvæsenets succes på at lave mest mulig aktivitet på sygehusene. I stedet ønsker man at fokusere på den værdi, som patienten får ud af det samlede behandlingsforløb – det vil sige værdien af den samlede indsats som sygehus, almen praksis og kommunen leverer. Denne tankegang er også afspejlet i regionernes fælles vision "Sundhed for Alle". Her er målet bl.a., at man på tværs af sektorer skal organisere og fordele opgaverne i sundhedsvæsenet på den måde, der leverer mest sundhed for befolkningen som helhed til færrest mulige ressourcer for samfundet.

Men hvad er værdi for patienten? Det væsentligste element er *effekt* (outcome) – dvs. effekten af sundhedsvæsenets samlede indsats målt direkte på patienten. Har patienten smerter og komplikationer? Kan han gå efter knæoperationen og vende tilbage til sit arbejde? Og hvordan har han det 2 måneder, 1 år og 3 år efter operationen på hospitalet og genoptræningen i kommunen? Det er den type af spørgsmål, vi i højere grad skal stille og indrette os efter i et værdibaseret sundhedsvæsen.

Og her er det vigtigt at huske, at patienter ikke er ens. For patienter med prostatakræft er impotens og inkontinens for eksempel relevante målepunkter, mens det for en patient, som har været gennem en knæoperation, er mere relevant at se på, hvor hurtigt mobiliteten genvindes. Derfor er det vigtigt, at patienterne sidder ved bordet, når vi vælger de mål, som vi ønsker skal drive udviklingen af et sundhedsvæsen med styrket fokus på værdi.

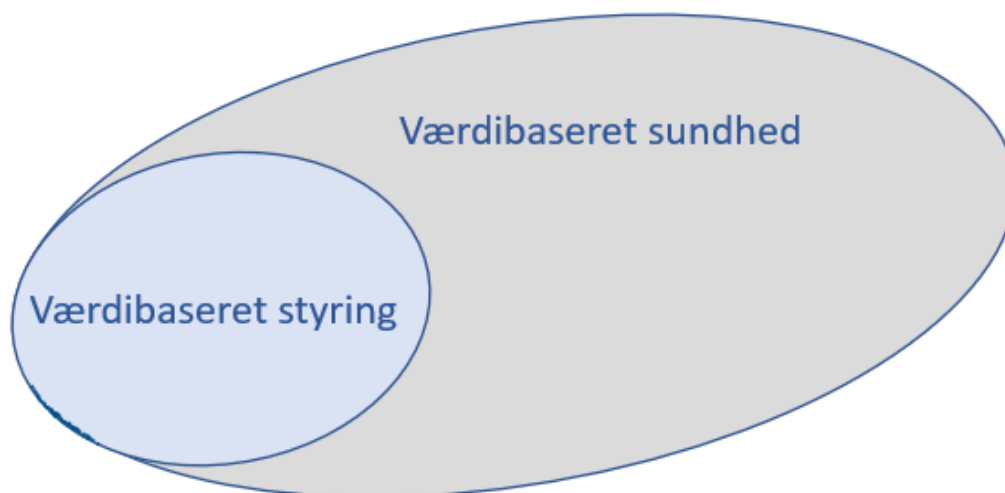
Et andet væsentligt element i at skabe værdi for patienten er omkostningerne. Der skal skabes indblik i, hvordan omkostninger fordeler sig over et patientforløb, herunder både sygehus, praksissektor og kommuner. Derved vil der være et bedre grundlag for at vurdere, hvordan og hvor opgaverne skal udføres. I dag ser vi mest på at optimere ressourceforbruget inden for hver sektor eller område. Sammenholdt med viden om, hvad der er vigtige effekter for patienterne, er der bedre grundlag for at vurdere, hvorvidt der er besøg og indsatser i sundhedsvæsenet, der kan undværes. Figur 1 viser, at fokus på omkostninger og resultater til sammen kan bidrage til et bedre beslutningsgrundlag.

Værdi	Bedre effekt	Samme effekt	Dårligere effekt
Lavere omkostninger	Fantastisk løsning 	Bedre løsning 	Dilemma 
Samme omkostninger	Bedre løsning 	Neutral 	Dårligere løsning 
Højere omkostninger	Dilemma 	Dårligere løsning 	Elendig løsning 

Figur 1 - Viden om effekt og omkostninger kan give bedre beslutninger

Værdibaseret sundhed, herunder værdibaseret styring, er ikke en detaljeret styringsmodel, men derimod en styringsfilosofi og en tankegang, som i højere grad skal gennemsyre sundhedsvæsenet. I fremtiden vil vi fortsat følge aktiviteten på sygehusene, anvende kliniske retningslinjer og have fokus på at overholde budgetterne på sygehuset og i kommunen. Men der er behov for, at vi grundlæggende drejer mere af opmærksomheden mod, hvad patienten i sidste ende får ud af mødet med sundhedsvæsenet. Og mod hvad der er samfundsøkonomisk optimalt, frem for hvad der er billigst for den enkelte kommune eller hospitalsafdelingen.

På engelsk arbejdes der med en samlet betegnelse, nemlig *“value based health care”*. Det er i den danske sammenhæng oversat både til *“værdibaseret styring”* og *“værdibaseret sundhed”*. I denne sammenhæng anvendes værdibaseret sundhed som den samlede betegnelse, mens styring er et delelement.



Figur 2 - Styring er et delelement i værdibaseret sundhed

I den forbindelse er det også vigtigt at fremhæve, at ambitionen med værdibaseret sundhed og styring ikke er at udvikle et nyt afregningsregime, som kan erstatte afregning efter DRG-takster og aktivitet. Tanken er således ikke, at der skal afregnes efter effekt, men at de styringsmæssige og økonomiske rammer skal give bedre plads til at personale og ledelser på hospitaler kan fokusere på værdi for patienten, hvilket et for stærkt fokus på aktivitet i tilfælde kan stå i vejen for.

Tre målsætninger i værdibaseret sundhed

Indretningen af sundhedsvæsenet skal understøtte:

- Fokus på kvalitet og effekt defineret som resultater for patienten
- Sammenhængende patientforløb på hospitalet, mellem hospitaler og mellem sektorer
- Omkostningseffektivitet

Værdi for patienten er drivkraft for nye initiativer

Medarbejderne i sundhedsvæsenet arbejder hver dag på at levere værdi til patienten. På den måde er det ikke nyt for medarbejderne at have fokus på patientens behov. Det nye er dog, at vi på flere områder får bedre muligheder for at få patientens input (data) ved at spørge dem direkte. Og derudover har vi hidtil ikke haft særligt fokus på, at egne indsatser ikke kan ses uafhængigt af indsatser på tværs af sektorer. Og vi har heller ikke haft fokus på at sætte de samme mål for patienten på tværs af et forløb.

Styringsfilosofien skal også være drivkraft for vores initiativer, så vi kan løfte sundhedsvæsenet op på et højere niveau. Som nævnt er "Sundhed for alle" et af de tiltag, som skal ses i relation til værdibaseret sundhed. Samtidigt har regionerne igangsat og foreslået vigtige tiltag som "Patientansvarlig Læge" og "Brobygger Sygeplejersken", ligesom de arbejder for ambitiøse mål om i højere grad at undersøge og behandle borgerne i eget hjem via teknologiske løsninger. Alt sammen tiltag, der forventes at skabe højere værdi for borgeren, uden det bliver dyrere – og måske endda billigere – for sundhedsvæsenet, og hvor der er fokus på at binde sektorskift bedre sammen for patienten.

I Danmark er vi således allerede godt på vej i arbejdet med værdibaseret sundhed. Og vi har gode forudsætninger for at komme endnu længere. Vi har tradition for at arbejde med data og følge op på resultater – eksempelvis er der databaser for klinisk kvalitet på over 80 behandlingsområder (RKKP), hvilket er enestående i en international sammenhæng. Men der er også behov for at udbygge databaserne med mere patientnære mål som for eksempel livskvalitet på mange behandlingsområder. Og der er behov for at få data fra praksissektor og kommuner.

Vi har også i mange år arbejdet med at styrke inddragelsen af patienter og pårørende i sundhedsvæsenet, så der er i forvejen stor bevidsthed hos personalet om vigtigheden af patientperspektivet i arbejdet med kvalitet. Men der er fortsat behov for at styrke arbejdet med at give patienterne tryk og indflydelse i egne behandlingsforløb. Et redskab er her patientrapporterede oplysninger (PRO), hvor patienten selv vurderer og indmelder sin sundhedstilstand gennem et spørgeskema. De nationale og regionale initiativer på området er et godt grundlag for at sætte fart på udviklingen.

De styringsmæssige rammer er også blevet bedre med tiden. Der er aftalt 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Og afskaffelsen af produktivetskravet og aktivitetspuljen er også et skridt i den rigtige retning. I den kommende tid bliver det en opgave for regionerne at udvikle en styring med mere plads til lokal ledelse. En styring med mindre fokus på aktivitet og mere plads til at arbejde med effekt og værdi for patienten.

Erfaringer og resultater fra projekt værdibaseret sundhed

For at komme nærmere, hvordan arbejdet med værdibaseret sundhed kan udvikles og styrkes i en dansk kontekst igangsatte regionerne i 2016 et fælles projekt om værdibaseret sundhed. Regionerne har valgt 8 behandlingsområder eller patientgrupper til at danne grundlag for erfaringerne med, hvordan bedre viden om effekt kan indgå i kvalitetsudvikling, ledelse og styring. Én region har været i spidsen for hvert af projekterne. Et enkelt af projekterne (tværfaglig smertebehandling) drives i et samarbejde mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark på vegne af en række private klinikker:



Figur 3- otte behandlingsområder i projekt værdibaseret sundhed

Udover at se på effekt har VBS-projektet arbejdet med metoder til at opgøre omkostninger, og hvordan man kan komme nærmere en opgørelse af de **samlede omkostninger** forbundet til et patientforløb – dvs. ikke alene omkostninger for den enkelte afdeling, men for hele hospitalet og på tværs af sektorer.

Herudover er der udarbejdet et inspirationskatalog, der beskriver fordele og ulemper ved forskellige **afregningsmodeller**, og hvordan man kan tilpasse afregningen, så den ikke kommer i vejen for det kliniske arbejde med at rette fokus på værdi for patienten.

I det følgende præsenteres udvalgte indsigter fra arbejdet i det tværregionale projekt samt udvalgte eksempler på resultater for delprojekterne. For en mere dybdegående og omfattende gennemgang af resultater og erfaringer fra VBS-projektet, kan der henvises til afrapporteringen af det tværregionale projekt udarbejdet af McKinsey og Iqvia.

Hvordan udvikler og arbejder man bedst med effektmål?

På de otte behandlingsområder er der arbejdet med værdibaseret sundhed og effektmål på forskellige måder. Den vigtigste læring herfra præsenteres i det følgende.

Stor efterspørgsel på viden om patienternes resultater

I arbejdet på de otte behandlingsområder har der været stor efterspørgsel og engagement i at få mere viden om effekt og patienternes resultater. Det gælder særligt blandt det kliniske personale, men også hos det administrative personale og sygehusledelser, som har været involveret i arbejdet.

Klinikerne ønsker typisk at få mere detaljeret viden om resultater, som kan bruges i den konkrete patientbehandling og til kvalitetsudvikling på deres eget behandlingsområde. Mens ledelserne og det administrative personale i højere grad ønsker at få præsenteret et overordnet og forenklet billede af resultaterne, så det bliver muligt at få overblik over udviklingen på flere patientgrupper. Fælles for både de ønsker, der er i klinikken og på ledelsesniveau, er, at der er en efterspørgsel på at få mere viden om det samlede patientforløb på tværs sektorer og på at kunne sammenligne og lære af hinandens resultater på tværs af hospitaler og regioner.

Det kliniske ejerskab er vigtigt

Erfaringerne fra behandlingsområderne og udlandet viser, at det er vigtigt, at det er klinikere, som er drivkraft i arbejdet med at udvikle effektmål for de enkelte patientforløb. Det skyldes, at det er det kliniske personale, som i sidste ende skal arbejde med effektmålene og bruge det i arbejdet med at løfte kvaliteten og styrke patientbehandlingen. Hvis effektmål ikke anvendes af klinikerne, er det usandsynligt, at de vil bidrage til at skabe værdi og ændringer i arbejdsgange og behandlingen. Desuden er det klinikerne, som besidder de kompetencer, som er afgørende for selve udviklingsarbejdet med blandt andet at udvælge effektmål og indikatorer og afgrænse patientforløb. Ved valg af nye behandlingsområder, bør man derfor sikre sig, at der er en klinisk forankring, som kan drive udviklingen af effektmål, som kan bruges til at lære fra hinandens resultater på tværs af landet.

Efterspørgslen og effekten skal stå i mål med ressourcerne

Erfaringerne viser, at der skal afsættes betydelig tid og ressourcer til at udvikle effektmål. Det er fx vigtigt, at der er klinikere, som kan afsætte tid til at gå foran i udviklingsarbejdet. Det er derfor vigtigt at vurdere om efterspørgslen og gevinsten ved at arbejde med effektmål på et behandlingsområde, står i mål med de ressourcer som afsættes.

Potentiale for generiske mål

Effektmålene varierer for hvert af de otte behandlingsområder, fordi hver sygdomsgruppe har særlige kendetegn. Men VBS-projektet viser samtidigt potentiale for generiske effektmål – eksempelvis kan effektmål for livskvalitet være ens for både hjertepatienter og apopleksipatienten. Livskvalitet vurderes at være et effektmål, som potentielt kan anvendes til at følge og sammenligne udviklingen på tværs af flere behandlingsområder – dog uden at give et fuldkomment billede af udviklingen på behandlingsområdet, da der også er andre mere sygdomsspecifikke mål. Udviklingen af generiske mål har ikke været en klinisk efterspørgsmål i VBS-projektet, men er i højere grad noget, som tænkes at kunne understøtte arbejdet med ledelse og styring.

Metodisk tilgang til udvikling og anvendelse af effektmål til værdibaseret sundhed

Erfaringerne fra de otte behandlingsområder i VBS-projektet er forskellige, men danner samlet grundlag for en metodisk tilgang til arbejdet med værdibaseret sundhed. Den metodiske tilgang består af fem forskellige grundelementer, som man skal være opmærksom på i udviklingen af effektmål, og som gennemgås nedenfor. Udover de fem grundelementer, at det vigtigt at være opmærksom på, at de rette rammebetingelser og kultur er til stede omkring arbejdet med effekt i sundhedsvæsenet. Rammebetingelser omhandler især, at der skal være let adgang til den rette data, mens kulturforandringen omhandler, at fokus på effekt med tiden skal gøres til en integreret og naturlig del af arbejdet med patienten, kvalitetsudvikling og ledelse i sundhedsvæsenet.



1. **Governance:** Der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal repræsentere hele patientforløbet og kunne skabe faglig konsensus på tværs af hospitaler og sektorer om de effektmål, der vælges. Patienter, medarbejdere fra kommune og almen praksis samt førende hospitalsklinikere på behandlingsområdet skal derfor være repræsenteret
2. **Behovsafklaring:** Der bør gennemføres en behovsafklaring, hvor ambitionen for brug af effektmål fastlægges. Det skal afklares, hvordan effektmål skal bidrage til den kliniske udvikling og vurdering af værdi for patienten, og hvilke dele af organisationen, som skal arbejde med effektmål – fx om de også skal bruges til at understøtte beslutninger hos hospitalsledelsen
3. **Effektmål og forløb:** Arbejdsgruppen vælger og prioriterer de vigtigste effektmål (højst 10) for patientgruppen på workshops. Valg af effektmål tager afsæt i internationale standarder, som tilpasses en dansk kontekst – såfremt internationale standarder findes. Effektmål bør kunne anvendes for det fulde patientforløb, og det er vigtigt, at patienter inddrages i arbejdet med udvikling af effektmål, så der balanceres mellem faglige og patientnære hensyn
4. **Data:** En analyse foretages af hvordan effektmål kan dataunderstøttes. Analysen skal klarlægge hvilke effektmål, som kan understøttes af eksisterende data, og hvilke som kræver, at der udvikles nye datakilder – fx i form af PRO-data og data fra kliniske kvalitetsdatabaser som er centrale datakilder. Klarlægning af juridiske betingelser for anvendelse af eksisterende og ny data skal indgå i analysen
5. **Test og erfaringer:** I arbejdet med test og erfaringer med effektmål bør fokus være på nytteværdien af den nye viden, der opnås – fx på hvordan viden om effekt konkret bidrager til patientbehandling, kliniske kvalitetsudvikling og dialogen mellem klinkere og ledelse

- **Case-mix-justering:** Udover de fem grundelementer gennemgået ovenfor, er det i arbejdet med effektmål vigtigt at tage højde for patienternes baggrundskarakteristika (casemix) ved sammenligning af resultater. Erfaringen er, at korrektioner for baggrundsforskelle hos patienternes skal foretages ud fra en simpel metode med få udvalgte variable for at fastholde enkelthed og gennemskuelighed.

Resultater og produkter fra delprojekterne

For alle patientgrupper er der opnået enighed om, hvad der bør være resultatet af behandlingen. Enigheden er opnået på tværs af patienter, lægefaglige eksperter fra alle fem regioner samt kommune og almen praksis. Med afsæt i de udvalgte effektmål har de otte projekter på forskelligvis arbejdet med at anvende effektmål til forskellige formål. Der er bl.a. indsamlet patientrapporteret data som en integreret del af behandlingsforløbet, hvor data er blevet anvendt til kvalitetsudvikling og i patientbehandlingen i form af blandt andet prædiction (beslutningsstøtte) og opfølgning på resultater. I andre delprojekter har man desuden undersøgt potentialet for at bruge viden om effekt til at understøtte arbejdet med reorganisering af patientforløb, ledelse og styring. Projektet bidrager således med en værktøjskasse, der indeholder forskellige metoder og redskaber til at arbejde med effektmål.

Nedenfor er et samlet udpluk af resultater fra de enkelte delprojekter med uddybende eksempler på, hvilke resultater der er skabt i arbejdet med effektmål indenfor henholdsvis hofte-knæ-området og tværfaglig smertebehandling.

Delprojekt om hofte- og knæalloplastikker (Region Nordjylland)

På ortopædkirurgisk afdeling i Farsø i Nordjylland er man gået sammen med patienter og lægefaglige eksperter fra alle fem regioner om at udvælge de effektmål, som er de vigtigste for patienterne, og som kan bruges til at forbedre behandlingen fra et klinisk perspektiv.

Ambitionen er ikke alene at følge op på, hvad patienterne rent faktisk får ud af behandlingen, men også at give patienten større indflydelse på deres behandlingsforløb. Forsøget viser allerede resultater. Dialogen mellem behandler og patient undervejs i forløbet er styrket, fordi lægen bedre kan følge og forudsige patientens sygdomsudvikling. Patienten kan få at vide,

hvilket resultat tidligere patienter i samme situation har opnået. Det giver patienten bedre indblik i sine muligheder - skal patienten vælge en operation, eller i stedet forsøge sig med genoptræning? Derudover er der et økonomisk rationale, da der er et grundlag for at vurdere, hvorvidt nogle patienter slet ikke skal opereres.

Næste skridt i projektet er at styrke hospitalets samarbejde med almen praksis og Aalborg kommune, som man har indledt et samarbejde med. På den måde vil man også kunne følge op på patientens resultater efter udskrivelsen fra hospitalet. Ambitionen med samarbejdet er, at personale på tværs af sektorer skal i tættere dialog med hinanden om, hvordan de sammen kan levere bedre resultater for patienterne og skabe mere sammenhængende forløb.

Knæ- og hoftealloplastik



Effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Komplikationer
- ❖ Re-operation (inden for 2 år)
- ❖ Livskvalitet
- ❖ Funktionsniveau
- ❖ Arbejdsstatus (anvendelse af DREAM-database)
- ❖ Patienttilfredshed



Eksempler på PRO-spørgsmål:

- Hvordan vil du beskrive de smerter, som du har haft i knæet?
- Hvor lang tid har du kunnet gå, før du har fået stærke smerter i knæet?

På grund af de gode resultater i det foreløbige arbejde, er projektet desuden i dialog med Aalborg Kommune om at udbrede arbejdet med værdibaseret sundhed til hele artose-området i et samarbejde mellem hospital og kommune – det vil sige ikke blot slidgigt i knæ og hofte, men i alle led.

Delprojekt om tværfaglig smertebehandling (Danske Regioner og Sundhed Danmark)


Der blev i sommeren 2017 aftalt et projekt om værdibaseret sundhed på tværfaglig smertebehandling mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark, som repræsenterer private klinikker og hospitaler. Alle landets smerteklinikker deltager i projektet, både offentlige og private. De effektmål, som udvikles i projektet, skal på sigt derfor anvendes på hovedparten af de cirka 10.000 patienter med kroniske smerter, der årligt er i behandling på smertecentre i Danmark.

De 10 vigtigste effektmål for smertepatienter er fastlagt, og der er udarbejdet et spørgeskema til patienter til opfølgning på disse. Spørgeskemaet er implementeret i en database (Pain-Data.dk) og testes i øjeblikket på smerteklinikker.

I fremtiden skal behandling på smertecentre inddrage de svar patienterne giver i spørgeskemaet. På den måde kan patienterne få større indflydelse på deres behandling, som i højere grad skal tilrettelægges efter den enkeltes ønsker og behov.


Den indsamlede data om effektmål vil være tilgængelig for smerteklinikker landet over, hvilket betyder, at data på sigt kan bruges til kvalitetsudvikling, læring og sammenligning af resultater på tværs af landet.

Tværfaglig smertebehandling



Effektmål til værdibaseret sundhed

- Livskvalitet
- Accept
- Socialt liv
- Kommunikation
- Forsørgelse og arbejdsmarked
- Fysisk status og energiforvaltning
- Søvn
- Smertehåndtering og -lindring
- Følelsestilstand og humør



Eksempler på PRO-spørgsmål:

- Hvordan synes du din livskvalitet er alt i alt?
- Hvordan vil du generelt vurdere dine smerter?


Angst og depression (Region Hovedstaden)

Psykiatrisk Center Stolpegaarden i Region Hovedstadens Psykiatri har været ansvarlig for arbejdet med værdibaseret sundhed for patienter med angst og depression.

I projektet anvendes viden om effekt i behandlingen af den individuelle patient, men også til at styrke arbejdet med ledelse i psykiatrien. I fremtiden skal mål for værdi for patienten nemlig i højere grad være styrende for arbejdet i psykiatrien.


I projektet anvendes viden om effekt til at forbedre og justere behandlingen af den individuelle patient undervejs. Det sker ved at anvende et redskab, som giver både patient og behandler overblik over, hvordan patienternes helbred udvikler sig over tid – fx om patienten mærker et løft i social funktionsevne og livskvalitet, eller om der derimod er behov for at justere behandlingen, fordi udviklingen går den forkerte vej. Overblikket styrker patienten i dialogen med behandleren, fordi patienterne selv bliver mere bevidste om deres udvikling og får nemmere ved at sætte ord på, hvordan de har det, og hvad de mener er vigtigt at fokusere på i behandlingen.

Angst- og depression



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Symptombyrde
- ❖ Remission
- ❖ Bivirkninger (af både medicin og terapi)
- ❖ Social funktionsevne
- ❖ Livskvalitet
- ❖ Personlig recovery
- ❖ Tilbagekomst af lidelse (muligt tilvalg)



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

- Har jeg følt mig aktiv og energisk?
- Har du følt:
 - At du pludselig er bange uden grund?
 - En følelse af at alting er anstrengende?


Projektet er nu i gang med at tage det næste skridt i udviklingen af redskabet, hvor man vil gøre det muligt at følge de resultater, som en afdeling leverer for den samlede population, de har i behandling.

På den måde bliver det muligt at sammenligne forskellige afdelingernes resultater med hinanden - er der fx en afdeling, som leverer imponerende resultater, der kan inspirere arbejdet andre steder? I 2019 forventer man at blive klogere på det spørgsmål. Her vil man begynde at sammenligne data om effekt på tværs af ambulatorier. Ambitionen er, at det skal styrke videndelingen mellem afdelinger, som i højere grad skal lære af hinanden og være opmærksom på at udbrede de bedste løsninger.

Apopleksi (Region Midtjylland)


Projektet har samarbejdet med RKKP om at indsamle patient-rapporterede oplysninger om funktionsevne, trivsel og andre patientnære mål. Derudover har projektet arbejdet med at udvikle en såkaldt kompositindikator. En kompositindikator opgør den samlede effekt af et

Apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen)



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Overlevelse inden for 30 dage og et år efter indlæggelse
- ❖ Komplikationer
- ❖ Ikke-planlagt genindlæggelse
- ❖ Funktionsniveau
- ❖ Ensomhed
- ❖ Trivsel
- ❖ Ernæringsstilstand
- ❖ Evne til at kommunikere
- ❖ Kontakt med almen praksis efter udskrivelse



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål (WHO-5):
I de sidste 2 uger


- Har jeg været glad og i godt humør
- Har jeg følt mig rolig og afslappet
- Er jeg vågnet frisk og veludviklet
- Har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig.

behandlingsforløb i ét enkelt tal. Det gør det nemmere at følge udviklingen i resultater og muliggør analyser af sammenhængen mellem effekt og omkostninger. Den type analyser kan give bedre viden om, hvordan man kan tilrettelægge forløb, så man får mest sundhed for pengene. I 2019 fortsætter projektet deres arbejde, hvor de bl.a. vil foretage mere dybdegående analyser af data om effekt og omkostninger.

Diabetes (Region Nordjylland)


Projektet har fokuseret på at udvikle en national løsning for patientrapporterede oplysninger i behandlingen af patienter med diabetes. Konkret udvikler projektet nye instrumenter til at måle de effektmål, som er de vigtigste fra patienternes perspektiv. Projektet har også bi-

Diabetes



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Blodsukkerkontrol
- ❖ Senkomplikationer
- ❖ Selv-vurderet fysisk og psykisk helbred
- ❖ Diabetes effekt på livskvalitet
- ❖ Behandlingsbyrde
- ❖ Egenomsorg/mestring



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:
Hvilken af følgende er for tiden et problem for dig (skala 1-5)?

- Du føler afsavn med hensyn til mad og måltider
- Din diabetes tager magten fra dig
- Du føler dig alene med din diabetes
- Din diabetes tager for meget af din energi fysisk og mentalt i hverdagen

draget med viden om, hvordan patienter kan inddrages og få mere indflydelse på deres behandlingsforløb. Omkring 35 patienter har været involveret i projektet og givet deres input til, hvordan fremtidens diabetes behandling kan udvikles og forbedres – set fra patientens perspektiv. På denne baggrund er der udviklet en ny model for behandling af diabetes-patienter, der bedre matcher patienternes behov og dagligdag. Som det næste vil projektet teste deres model for indsamling af PRO i klinikken og arbejde videre med at udvikle smartere måder at præsentere og analysere data. På den måde vil man kunne følge bedre op på effekten af den behandling diabetes-patienter modtager.

Epilepsi (Region Sjælland)

Projektet har haft særlig fokus på, hvordan der meningsfuldt kan foretages afgrænsning af patientforløb for kroniske patienter. I det videre arbejde fokuserer projektet på udfordringer med dataadgang, herunder inden for hvilke rammer, PRO-data

kan anvendes i udviklings- og ledelsesarbejdet. Projektet bidrager således til at afklare, hvilke typer af data, som kan bruges til at følge på effektmål, og hvilke typer data som ikke må anvendes på grund af barriere i lovgivningen.

Epilepsi



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Dødsfald pga. epilepsi
- ❖ Anfaldsreduktion
- ❖ Bivirkningsreduktion
- ❖ Social påvirkning
- ❖ Quality of Life
- ❖ Funktionsniveau
- ❖ Patienttryghed
- ❖ Korrekt behandling (varighed, behandlingsordination m.fl.)
- ❖ Korrekt diagnose



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

- Hvor mange anfald har du haft i år?
- Er dine anfald forværret?
- Har du været glad og i godt humør?

Hjerter (Region Hovedstaden)

Projektet har haft særlig fokus på – ud fra et patientperspektiv – at udvælge patientnære effektmål, der giver mening på tværs af sektorer og dermed dækker hele patientforløbet. Som en ny og mere retvisende måde at følge op på effekt, er man herudover be-

gyndt at vurdere patientens samlede effekt af et behandlingsforløb set over en sammenhængende 5-årig periode – og ikke flere korte isolerede forløb. Derudover har man arbejdet med at kortlægge omkostningerne ved forskellige typer patientforløb. Det har givet hjertecenteret viden om, hvad det koster at reorganisere patientforløb. Det forventes løbende at ville bidrage til bedre anvendelse af ressourcer og medarbejdernes tid og kompetencer. I det videre arbejde fokuserer projektet på indsamling af patientrapporterede oplysninger i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen under Sundheds- og Ældreministeriet. Samarbejdet skal understøtte udbredelsen af gode erfaringer og resultater fra hjerteprojektet til andre dele af landet.

Hjerter



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Overlevelse efter 1, 5, 10 år
- ❖ Genindlæggelser
- ❖ Nyresvigt
- ❖ Hjertekrampe
- ❖ Åndenød
- ❖ Depression og/eller angst



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

- Har du haft følgende problemer på det seneste (skala 1-4)?
- Følt Dem stakåndet
- Følt Dem nedtrykt
- Føler Dem fysisk begrænset

Prostatakræft (Region Syddanmark)

Projektet har især fokuseret på at anvende patientrapporterede oplysninger, der har været indsamlet over flere år til at vurdere effekten af behandling og pleje. Dette er sket i tæt samarbejde med RKKP. Delprojektet har fået adgang til data fra RKKP, som skal anvendes i kvalitetsarbejdet i den daglige drift.

Derudover er der opnået erfaringer med, hvordan der meningsfuldt kan foretages afgrænsning af patientforløb. Patientforløb for patienter med prostatakræft er kendetegnet ved at kunne være meget forskellige og komplekse. Projektet har således bidraget med central viden om de kliniske overvejelser og betragtninger, som er vigtige at gøre sig ved afgrænsning af patientforløb. I det videre arbejde vil projektet fokusere på at behandle og analysere data til opfølgning på effektmål for patienter med prostatakræft.

Prostatakræft (avanceret)



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Overlevelse (årsagsspecifik og generel)
- ❖ Komplikationer ved kemoterapi
- ❖ Sygdommens progression
- ❖ Smerter
- ❖ Inkontinens og tarmobstruktion
- ❖ Seksuel dysfunktion
- ❖ Træthed og vitalitet
- ❖ Fysisk funktion
- ❖ Tryghed
- ❖ Livskvalitet
- ❖ Styrket egenomsorgsevne



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

- Har du haft problemer med at få eller bevare en erektion?
- Har du savnet appetit?
- Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål? (sidste fire uger)

Læring fra arbejdet med økonomi

I VBS-projektet er der i arbejdet med den økonomiske del af værdibaseret sundhed sket en klar adskillelse af arbejdet med **omkostninger** og **afregning**. Det er kommet til udtryk ved, at arbejdet med omkostninger og afregning er sket i to særskilte arbejdsgrupper. I det følgende præsenteres erfaringer og indsigter fra de to arbejdsgrupper

Arbejdet med omkostninger

Ideelt set skal omkostninger ansues på tværs af hele patientforløbet, dvs. i mange tilfælde på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Men i praksis handler konceptet i en dansk sammenhæng også om den løbende indsats i den enkelte klinik, i den enkelte praksis og i den enkelte kommune. Arbejdsgruppen om omkostninger har set på forskellige metoder til at opgøre omkostninger og ressourceforbrug. Deres arbejde viser, at de forskellige tilgange, som findes, er forbundet med fordele og ulemper. Dermed er der ikke én metode, som kan fremhæves som den bedste – det afhænger af formålet med at se på omkostninger.

Opgørelse af ressourcer og omkostninger

Processen med at opgøre ressourcer og omkostninger for et givent patientforløb afspejler tre primære forhold/spørgsmål:

1. **Patientforløb:** For det første spørgsmålet om, hvordan patientforløbet er defineret. Patientforløbet sætter rammen for, hvordan ressourcer og økonomi kan opgøres.
2. **Ressourcetræk:** For det andet spørgsmålet om, hvilke ressourcer der kan knyttes op på det pågældende patientforløb. Herunder hvorvidt data registreres i tilstrækkelig grad og/eller er tilgængelig.
3. **Anvendelse:** Endelig for det tredje spørgsmål om, hvorvidt der alene ønskes at fokusere på de konkrete ressourcetræk målt i fx sengedage og ambulante besøg og/eller der også ønskes opgørelse af omkostningerne forbundet med ressourcetrækket samt hvordan.

De første to forhold er betinget af det konkrete patientforløb og afviger derfor fra projekt til projekt. Hvad angår punkt 3, anvendelse, er der bred enig mellem delprojekterne om, hvordan der ønskes at anvende ressource- og omkostningsopgørelser:

- **Anvendelse af ressourceopgørelse:** Der er flere formål med at opgøre ressourcetrækket. Primært ønskes det at afklare, hvor mange ressourcer patienter samlet set trækker i deres forløb, herunder forskelle mellem hospitalet, patientsegmenter, kommunetilknytning m.v. Desuden ser delprojekterne en række muligheder for at kunne vurdere de ressourcemæssige implikationer af forskellige behandlingstiltag (sammenholdt med effekt). Fx hvad er konsekvensen ved at initialbehandlingen for en apopleksipatient er forskellig? Hvad betyder det for effekt og hvad betyder det for det efterfølgende ressourcetræk?
- **Anvendelse af omkostningsopgørelse:** Formålet med at opgøre omkostninger er at afklare ikke blot ressourcetræk, men også de afledte økonomiske konsekvenser af behandlingsaktiviteten, herunder til brug for en dialog om effekt af behandlingen i forhold til omkostninger forbundet hermed.

I sine anbefalinger fremhæver arbejdsgruppen, at der kan være stor nytte i at opgøre ressourceforbruget, uden at forbruget nødvendigvis omregnes til omkostninger i kroner og øre. Det er en enklere metode, der kan bidrage til at identificere mere effektive måder at tilrettelægge behandlinger og patientforløb. Konkret kan man fx opgøre forbruget på indikatorer for antal sengedage, ambulante kontroller og besøg hos fysioterapeut. Det har man bl.a. gjort i SVEUS-projektet – jf. eksempelboksen nedenfor.

Cases – opgørelse af ressourcer og omkostninger

SVEUS-projektet – opgørelse af ressourceforbrug

I SVEUS-projektet i Sverige har man analyseret ressourceforbruget forbundet til patientforløb for knæ- og hoftepatienter og på den baggrund har man formået at nedsætte indlæggelsestiden for patientgruppen fra 5,4 til 4,7 døgn på landsplan.

De har anvendt den såkaldte "indikatormodel" til opgøre ressourceforbruget, hvor man arbejder med at se på variationen i forbruget af ydelser som sengedøgn og ambulatoriebesøg i et patientforløb. På den måde er man blevet klogere på, hvilke faktorer man skal se på, hvis man ønsker at reducere ressourceforbruget, samtidigt med at man fastholder eller øger kvaliteten.

Rigshospitalet Hjertecenter - opgørelse af omkostninger

På Rigshospitalets Hjertecenter arbejder man bl.a. med at se på, hvordan omkostninger fordeler sig på forskellige typer af patientforløb, hvilket skal understøtte arbejdet med at re-designe patientforløb på måder, hvor man får mere kvalitet for pengene. Hjertecenteret anvender en metode, hvor ressourceforbruget omregnes til omkostninger. Det muliggør beregninger af besparelspotentialer og sammenligning af omkostninger mellem afdelinger og forskellige typer af patientforløb.

I forhold til emner, der har en national karakter, har arbejdsgruppen konstateret et potentiale i at arbejde videre med Sundhedsdatastyrelsens Omkostningsdatabase, som i dag især bruges til at beregne DRG-takster og til at opgøre sygehusenes produktivitet. Databasen giver et godt grundlag for at benchmarke og sammenligne ressourceforbrug på tværs af afdelinger og op mod landsgennemsnittet. Men der er behov for at arbejde på at udvikle databasen. Det skal blandt andet være nemmere for hospitaler og regioner selv at trække netop den kombination af data, de har brug for.

For den fremtidige udvikling af arbejdet med omkostninger i sundhedsvæsenet er det af afgørende samfundsmæssig interesse at få belyst omkostningerne på tværs af sektorer. Især for at få belyst om øget aktivitet og dermed øgede omkostninger i en sektor kan reducere omkostningerne i en anden sektor. I arbejdet har det dog været en udfordring at se på omkostningerne i et patientforløb på tværs af sektorer. Det skyldes blandt andet manglende registrering i almen praksis og kommuner, og at det lovgivningsmæssigt er vanskeligt at sammenkøre data på tværs sektorer.

Arbejdet med afregning

Formålet i VBS-projektet er ikke at udvikle en afregningsmodel, hvor afdelinger og sygehuse afregnes efter effekten af behandlingen, som det fx kendes fra USA. I USA er der også tale om et sundhedssystem, hvor forsikringselskaber betaler for at få udført opgaver på hospitalerne i et privat marked. Derved er der et meget anderledes behov end i Danmark. Vi har dog i mindre skala nogle behandlinger, som regionerne køber hos private sygehuse. Her kan der ses på, hvordan en værdibaseret tænkning i højere grad kan indarbejdes i afregningen med dem.

Arbejdsgruppen for afregning har udarbejdet forslag til, hvilke typer af afregningsmodeller der kan anvendes på forskelle behandlingsområder for at understøtte værdibaseret styring. Det skal ses i lyset af, at de fleste afdelinger i mange år har været styret og i mange tilfælde også afregnet efter aktivitet. Aktivitetsafregning og -styring understøtter ikke en bevægelse mod et værdibaseret sundhedsvæsen.

Grundlæggende skal afregning give plads til, at ledelse og klinikere kan fokusere på effektivitet, sammenhæng og patientnære resultater (eksempelvis livskvalitet, funktionsevne og færre kontrolbesøg på sygehuset) uden at blive "straffet" for det. Forskellige behandlingsområder har forskellige karakteristika, som afregningen skal forholde sig til. For kronisk syge patienter er udfordringen fx at prioritere forebyggelse og indrette sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuset. Her kan en populationsbaseret finansiering fx skabe tilskyndelse til styrket samarbejde med kommuner og almen praksis om forebyggelse og en tidlig indsats.

Eksempler på anbefalinger for arbejdet med afregning

Kronisk Sygdom (populationsbaseret finansiering)

For kronisk syge patienter er det vigtigt at prioritere forebyggelse og indrette sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuset. Det skal afregningen understøtte. Med populationsbaseret finansiering modtager sygehuset en samlet sum penge for sit befolkningsgrundlag. Det skaber tilskyndelse til at samarbejde med andre sektorer om at varetage befolkningens sundhed effektivt, frem for fx at fokusere på at maksimere aktiviteten på sygehuset.

Akutte funktioner (rammefinansiering)

På en akutmodtagelse skal patienter hurtigt udredes og visiteres af læge med det rette kompetenceniveau, herunder speciallæger. For at understøtte akutte funktioner anbefales afregningsmodeller baseret på rammefinansiering til at dække beredskabet og sikre udgiftskontrol. Rammefinansieringen kan eventuelt kombineres med resultatafregning, der belønner det rette samarbejde med praktiserende læger, kommuner og andre afdelinger på hospitalet.

Planlagte behandlingsforløb (afregning efter patientforløb)

I planlagte forløb er det vigtigt, at patientforløbet så vidt muligt ikke belaster patienterne, og at der skabes gode overgange og samarbejde på tværs af sektorer. Det kan udvikling af afregningsmodeller i retning af forløbsafregning, hvor man afregner for det samlede patientforløb understøtte.

Anbefalinger for udbredelse af værdibaseret sundhed

Hvordan tager vi de næste skridt og styrker arbejdet med at skabe værdi for patienterne? Der foreslås at fokusere anbefalingerne om 4 emner.

I det følgende præsenteres anbefalinger under fem overskrifter for, hvordan vi styrker arbejdet med effekt og omkostninger og understøtter en kulturforandring, hvor patienterne får mere indflydelse på indretningen af sundhedsvæsenet og deres eget patientforløb. Et sundhedsvæsen hvor målet for succes er de resultater, som er de vigtig-

Fem anbefalinger for vejen frem

1. **Politikerne** skal sætte **retningen** for arbejdet med værdi
2. **Stærke ledelser** og **dialog** skal styrke fokus på værdi for patienten
3. Der skal skabes **faglig konsensus om effektmål** og indikatorer, som har værdi for patienten
4. Der skal mere viden til om **omkostningerne** for patientforløb – både på hospitalet og på tværs af sektorer
5. Rammerne skal give **bedre plads til at fokusere på værdi** for patienten.

ste for patienterne. Og hvor sundhedspersonalet, politikerne og patienterne sammen driver forandringen – i tæt samarbejde på tværs af sektorer og regioner.

Opgaven er at løfte kvaliteten, men også at få sundhedsvæsenet til at løbe længst muligt på literen. At gøre tingene en smule klogere. Til gavn for det enkelte individ, som møder sundhedsvæsenet som patient og pårørende. Og til gavn for samfundet som helhed.

1. Politikerne skal sætte retningen for arbejdet med værdi

Det er vigtigt, at politikerne står i spidsen for at drive udviklingen mod et sundhedsvæsen, hvor fokus på værdi og patienternes resultater er i centrum. Det er en politisk opgave i regionerne at søsætte initiativer, der er retningsgivende i udviklingen, men det er også en opgave, som regionerne ikke kan løse alene. Det kræver tættere samarbejde mellem kommune, almen praksis og hospital, hvis vi for alvor skal kunne løfte dagsordenen, og her er det en politisk opgave at gå foran.

Politikerne er med til at drive en kulturforandring. Det er blandt andet gennem måden, vi måler sundhedsvæsenets resultater og samarbejder om at levere disse. Det handler om, at der politisk sættes en klar retning for, hvordan vi indretter arbejdet med styringsmål og kvalitet i sundhedsvæsenet. Det gælder nationalt i forhold til de indikatorer, der anvendes til at opgøre de nationale mål for sundhedsvæsenet. Og det gælder

i det lokale samarbejde mellem region, kommune og almen praksis og i forhold til at drive sygehuse.

For at understøtte udviklingen af et værdibaseret sundhedsvæsen anbefales det, at:

- ***At der sættes et højt ambitionsniveau for et værdibaseret sundhedsvæsen, som er styrende for arbejdet med planlægning og udvikling***
- ***De nationale mål (og indikatorer) udvikles så de bedre afspejler effekten for patienterne af hele sundhedsvæsenets indsats.***
- ***At der i implementeringen af sundhedsaftalerne er fokus på at skabe værdi og følge på effekt og omkostninger på tværs sektorer***

2. Stærke ledelser og dialog skal styrke fokus på værdi for patienten

Ledelse i et værdibaseret sundhedsvæsen handler om at stille skarpt på omkostningerne og den sundhedseffekt patienterne opnår. Det handler om at skabe løsninger, som giver værdi for patienten, og mening for medarbejderne. Vi skal i højere grad spørge og lytte til patienterne end i dag. Og vi skal samarbejde mere på tværs af sektorer. Den tankegang skal gennemsyre alle ledelsesniveauer i værdibaseret sundhedsvæsen, fra regionsgården til hospitalet og ledelsen på den enkelte afdeling.

Ledelserne skal gå forrest og starte den nødvendige dialog med medarbejderne om, hvordan fokus på effekt kan styrkes og gøres til integreret del af kvalitetsarbejdet. Og de skal gå forrest i at styrke patientens perspektiv i arbejdet med at løfte kvaliteten og forbedre den måde, vi tilrettelægger behandling og pleje i et patientforløb. Det gælder også i arbejdet på tværs sektorer, hvor samarbejdet med almen praksis og kommuner skal have høj prioritet hos ledelser og klinikere. En vigtig ledelsesmæssig opgave at sikre, at de rette kompetencer er til stede i organisationen. Medarbejdere og ledere skal klædes bedre på til at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse og integration af arbejdet på tværs af sektorer. Det skal arbejdet med kompetenceudvikling og efteruddannelse på hospitalerne og andre dele af sundhedsvæsenet understøtte.

For det videre arbejde med ledelse i et værdibaseret sundhedsvæsen anbefales det:

- ***At ledelser på sygehuse og resten af sundhedsvæsenet tilskynder og skaber plads til at fokusere på hele patientforløbet og samarbejde på tværs af sektorer i det faglige arbejde***
- ***At patienter i højere grad gøres til en mere integreret del af kvalitets- og forbedringsarbejde på hospitalerne***

- **At der kommer styrket fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer i at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse**

3. Der skal skabes faglig konsensus om effektmål og indikatorer, som har værdi for patienten

For at understøtte fokus på værdi for patienten og samarbejde på tværs af sektorer, er der behov for at udvikle mål, som gør det muligt at se effekten af det samlede patientforløb på hospitalet og på tværs sektorer. De effektmål, man vælger, skal give mening for det sundhedsfaglige personale at arbejde med – men allervigtigst – skal det være effektmål, som repræsenterer, hvad der er værdifuldt fra patientens perspektiv.

VBS-projektet viser, at der er behov for, at udviklingen af sådanne effektmål understøttes, da det kan være en ressourcekrævende proces. Og kræver involvering af mange parter. Skal effektmålene have gennemslag i indretningen af behandlingen skal der være klart fagligt ejerskab til målene. Desuden er der behov for, at data i højere grad samles et sted, så det bliver muligt at følge og understøtte arbejdet med patienten på tværs af sektorer.

Patienternes vurdering af egen sundhedstilstand er også en væsentlig kilde til at måle effekten af behandlingen og inddrage patienterne bedre. De såkaldte patientrapporterede oplysninger (PRO) indsamles ved hjælp af spørgeskemaer og kan anvendes til mange forskellige formål. Vigtigt er det, at de oplysninger, der samles ind fra patienterne, anvendes i den direkte patientbehandling, så patienten oplever, at der handles på indrapporterede oplysninger om fx bivirkninger og tilbagefald. De kan også anvendes til at indsamle data på tværs af sektorer, da de samme spørgeskemaer i princippet kan anvendes af hospital, kommune og almen praksis.

For det videre arbejde med udvælgelse af effektmål og indikatorer anbefales det:

- **At der laves en governance, som sikrer at arbejdet med PRO, VBS og kvalitetsdata integreres og understøtter fokus på effekt på tværs af sektorer**
- **At der lægges en plan for udvikling af effektmål på nye behandlingsområder, hvor valget af nye behandlingsområder baserer sig på.**
 - Forventet effekt på behandlingskvaliteten
 - Forventede udviklingsomkostninger
 - Størrelse på patientpopulation og udgiftspres forbundet til denne
 - At patientforløbet er tværsektorielt
 - Klinisk motivation for at arbejde med effekt på området
 - Internationale erfaringer
 - Eksisterende datagrundlag og udviklingsprocesser, der kan bygges videre på

- **At udvikling af effektmål sker i samarbejde med kommuner og almen praksis**
- **At udviklingen af effektmål på nye områder sker efter et fast koncept baseret på erfaringerne fra VBS-projektet. Det indebærer, at:**
 - Internationale erfaringer anvendes så vidt muligt (fx ICHOM)
 - Der er tæt inddragelse og repræsentation af patienter og fagpersoner på tværs af sektorer
 - De udviklede effektmål skal kunne anvendes nationalt – dvs. i alle regioner
 - Der maksimalt udvælges 10 effektmål på hvert behandlingsområde
- **At arbejdet med effektmål fortsætter på de otte patientgrupper i VBS-projektet og tager stilling til national udbredelse af effektmålene, når der opnået yderligere erfaring med disse på hvert område**
- **At der arbejdes på at udvikle generiske effektmål, som kan bruges på tværs af flere patientgrupper – fx mål for livskvalitet eller følelse af inddragelse i egen behandling**

4. Der skal mere viden til om omkostningerne for patientforløb – både på hospitalet og på tværs af sektorer

Værdibaseret sundhed handler ikke kun om at få mere viden om effekt, men også om omkostninger. Viden om ressourceforbrug og omkostninger er nødvendige, hvis vi skal blive bedre til at målrette ressourcerne til de indsatser og aktiviteter, som skaber mest sundhed for pengene. Det gælder også, når vi skal tilrettelægge indsatsen anderledes på tværs af sektorer, hvor det er vigtigt at kende ressourcetrækket, hvis en opgave flyttes ud. Får patienterne et bedre resultat? Og leverer vi det til flere eller færre omkostninger for samfundet? Det skal vide mere om, når vi indretter vores sundhedsvæsen.

Arbejdet under Projekt Værdibaseret Sundhed har vist, at statens Omkostningsdatabase, som samler data om omkostninger fra alle hospitaler i Danmark, er et godt fundament at bygge videre på i arbejdet med at se på omkostninger på hospitalet. Men der er også behov for nye initiativer, som kan stille skarpt på omkostningerne for hele patientforløbet – dvs. ikke kun på hospitalet, men også i kommuner og almen praksis.

For det videre arbejde anbefales det:

- **At regionerne arbejder videre med at få mere viden om omkostninger, så ressourcerne kan rettes mod de indsatser, der leverer mest sundhed for pengene**

- **At staten udvikler Omkostningsdatabasen, så den i højere grad giver regionerne viden om omkostninger, og mulighed for at sammenligne ressourcforbruget på tværs afdelinger og regioner**

At der på kort sigt arbejdes med lokale opgørelser af ressourcer og forbruget af ydelser i patientforløb

- **At der på tværs af stat, region og kommuner igangsættes et arbejde for at belyse omkostningerne af patientforløb på tværs af sektorer**
 - Dette indebærer, at der i langt højere grad etableres et datagrundlag i kommunerne, der omfatter omkostningerne ved de dele af indsatsen, der leveres i kommunerne

5. Rammerne skal give bedre plads til at fokusere på værdi for patienten.

Med afskaffelsen af produktivitets- og aktivitetskravet og indførsel af nærhedsfinansiering er der kommet bedre rammer for arbejdet med værdi for patienten. Nærhedsfinansiering tilskynder i højere grad hospitalerne til at vende opmærksomheden mod det nære sundhedsvæsen og samarbejde med kommuner og almen praksis. Dermed er der kommet en bedre økonomisk styringsramme for en omstilling mod mere samarbejde om fælles mål og løsninger på tværs af sektorer. I de kommende år bliver det en opgave for politikere og ledelser i regionerne at udvikle løsninger inden for den nye styringsramme, som holder styr på økonomien samtidigt med, at der gives et tilstrækkeligt frirum til at man udvikler fælles løsninger på tværs af sektorgrænser.

Udover økonomi er det vigtigt at arbejde for at skabe bedre juridiske rammer for arbejdet med værdibaseret sundhed. Der er behov for bedre muligheder for at bruge data til at følge patientforløb på tværs af kommuner, hospital og almen praksis. Og der er behov for, at vi i højere grad må bruge data til at lære fra hinandens resultater på tværs af regioner. Det skal vi, fordi data giver os viden, som er nødvendig, hvis vi skal løfte kvaliteten af de sundhedsydelser, vi leverer til borgerne, op på et endnu højere niveau. Det er viden om, hvor mange smerter patienter har, om hvor godt de går efter en operation, og om de fastholder forbedringen i sundhedstilstanden.

For det videre arbejde med VBS anbefales det:

- **At det løbende overvejes, hvordan arbejdet med værdi for patienten kan understøttes i takt med relevant lovgivning moderniseres. Fra regionerne er der rejst ønske om, at lovgivningen om sundhedsdata moderniseres, så herunder konkret gives bedre muligheder for, at:**
 - *Anvende det samme datagrundlag til flere formål, fx både til patientbehandling, kvalitetsopfølgning og ledelse*

- *Lave patient like-me analyser, hvor man bruger erfaringer fra tidligere patienter i databaser til at forbedre behandlingen af en eksisterende patient*
- *Dele data på tværs af sektorer til patientbehandling og kvalitetsarbejde*
- *At der skabes bedre juridiske muligheder for at analysere og anvende data til andre formål end forskning, så der kan opnås et bedre grundlag for løbende kvalitetsudvikling i driften*

- ***At regionerne arbejder for at forbedre mulighederne for at bruge data til VBS gennem informeret samtykke fra patienter***

- ***At stat, regioner og kommuner laver et fælles arbejde om, hvordan man kan udvikle hurtigere og enklere sagsge om adgang til at anvende data***

Relateret document 2/2

Dokument Navn: **Afrapportering af det tværregionale projekt om værdibaseret sundhed.pdf**

Dokument Titel: **Afrapportering af det tværregionale projekt om værdibaseret sundhed**

Dokument ID: **1260189**

McKinsey&Company

Det tværregionale projekt om værdibaseret sundhed

Endelig afrapportering | Januar 2019

FORTROLIGT. ALLE RETTIGHEDER FORBEHOLDSES
Enhver benyttelse af dette materiale kræver udtrykkelig
tilladelse fra McKinsey & Company.

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	2
1. Indledning	9
1.1 Baggrund	9
1.2 Formål	9
1.3 Projektets gennemførelse	10
1.4 Arbejdets tilrettelæggelse	13
1.5 Læsevejledning	13
2. Værdibaseret sundhed som koncept	16
2.1 Hvad er værdibaseret sundhed	16
2.2 Erfaringer fra udlandet	18
2.3 Værdibaseret sundhed i dansk kontekst	20
3. En metodisk tilgang	22
3.1 Metodisk tilgang	22
4. Erfaringer med værdibaseret sundhed	25
4.1 Arbejdsproces	25
4.2 Hvor langt er delprojekterne nået	26
4.3 Erfaringer med grundelementer	30
4.4 Erfaringer med Rammebetingelser	49
4.5 Kulturforandring	56
5. Konklusion og anbefalinger	58
5.1 Konklusion	58
5.2 Anbefalinger	60

Sammenfatning

INDLEDNING

Antallet af kroniske patienter og ældre vil vokse de kommende år, mens der vil være relativt færre i den arbejdsdygtige alder. Samtidig skal der finansieres nye, dyre behandlingsformer. Det presser økonomien i sundhedsvæsenet, som skal levere ydelser af fortsat højere kvalitet for begrænsede ressourcer. Der skal kort sagt leveres mere sundhed for pengene i fremtiden. Det er ikke kun Danmark, der står over for denne udfordring, men lande verden over, og flere steder peges der på værdibaseret sundhed som en central del af løsningen.

Som en del af økonomiaftalen 2016 mellem staten og regionerne blev det aftalt at igangsætte regionale forsøg med værdibaseret sundhed. Forsøg, der skulle bidrage til at afprøve muligheder for at flytte fokus fra behandlingsaktivitet til kvalitet, sammenhæng og de resultater, som har størst betydning for patienterne.

Danske Regioner igangsatte på den baggrund det tværregionale projekt om værdibaseret sundhed. Projektet er besluttet af Danske Regioners bestyrelse og har indgået i arbejdsplanen for 2017 og 2018.

FORMÅL

Formålet med det tværregionale projekt har været at opnå konkrete erfaringer med værdibaseret sundhed med særlig fokus på udviklingen og brugen af effektmål.

Dette er sket gennem syv delprojekter på tværs af regionerne, hvor der er indsamlet erfaringer inden for de kliniske områder; iskæmiske hjertesygdomme, hofte- og knæalloplastikker, epilepsi, prostatacancer, diabetes, apopleksi samt angst og depression.

Delprojekterne har således bidraget med praktiske erfaringer ved at besvare centrale spørgsmål som: Er der efterspørgsel efter nye effektmål - både i det kliniske forbedringsarbejde og i den administrative ledelse og opfølgning? Hvordan kan effektmål bidrage til at forbedre værdien for patienten? Og på hvilken måde kan effektmål på tværs af patientforløb bidrage til at fokusere på sammenhænge og indsatser på tværs af sektorer? Hvad kræver det at udvikle og arbejde mere systematisk med effektmål?

Det grundlæggende princip har været at teste mulighederne for at arbejde mere efter værdi for patienten. Hvor værdi er defineret som effekten af sundhedsvæsenets samlede indsats målt direkte på patienten.

HVAD ER VÆRDIBASERET SUNDHED

Værdibaseret sundhed som koncept eller ide er beskrevet og defineret på forskellige måder blandt forskere, klinikere og administratorer. Fælles for alle er fokus på patienten og netop værdien, der tilføres den enkelte patient i kontakten med sundhedsvæsenet.

Værdibaseret sundhed – eller ”Value Based Healthcare” – blev introduceret som koncept af den internationalt anerkendte professor Michael E. Porter, der gennem en årrække har beskæftiget sig med forskning inden for strategi og ledelse, herunder også inden for sundhedsvæsenet.

Porter introducerede og beskrev konceptet, bl.a. i en artikel i Harvard Business Review, oktober 2013, der efterfølgende har været en central inspirationskilde for udviklingen i mange internationale sundhedssystemer, også blandt politikere, klinikere og administratorer i Danmark.

Arbejdet i både Danmark og internationalt er således inspireret af Porters arbejde, men tilpasset de gældende lokale strukturelle og praktiske forhold i de respektive sundhedsvæsenet. Det har således været helt nødvendigt at bringe konceptet fra teori til praksis – hvilket Danmark, også internationalt set, har gode forudsætninger for, givet mangeårige traditioner for at arbejde databaseret med kvalitet og et klart patientperspektiv.

Arbejdet med værdibaseret Sundhed indgår i den samlede omstilling af sundhedsvæsnets fokus på alene produktion og stigende aktivitet til et bredere fokus på effekt og værdi til lavest mulige omkostninger.

INTERNATIONALE ERFARINGER SOM AFSÆT

Som en del af projektet er det indledningsvist søgt at indsamle relevante internationale erfaringer med værdibaseret sundhed, der har kunnet bidrage til arbejdet i den danske kontekst. Der er således indsamlet konkrete erfaringer fra to forskellige svenske studier, SVEUS og Karolinska, Martini Klinikken i Hamborg samt det hollandske hjerteregister. Dertil kommer en række mere generelle internationale erfaringer, som bl.a. ICHOM har bidraget med.

De internationale erfaringer viser, at der hovedsageligt er fokuseret på udvikling af effektmål, der viser nye sider af resultatet af en given behandling – og på den vis tilstræber at få et mere fuldkomment billede af behandlingen, der rækker udover typisk anvendte mål som mortalitet eller komplikationer. Herved søges at komme nærmere hvordan resultatet – værdien – opleves for patienten.

Disse effektmål understøttes i høj grad af oplysninger, der skal indsamles direkte fra patienterne. Klinikerne finder således effektmål mere relevante for det daglige kvalitetsforbedrende arbejde og for den mere overordnede styring af den kliniske enhed.

Sammenstilles de internationale erfaringer med arbejdet med værdibaseret sundhed i Danmark, er der umiddelbart gode forudsætninger for at komme endnu længere i Danmark. I Danmark har man tradition for at arbejde med data og følge op på resultater – der er eksempelvis kliniske databaser for mere end 80 behandlingsområder, hvilket er enestående i en international sammenhæng.

Desuden har man arbejdet med at styrke inddragelsen af patienter og pårørende i sundhedsvæsenet i flere år. Der er således et solidt grundlag for at bringe arbejdet med værdibaseret sundhed endnu længere.

GRUNDLAG FOR METODISK TILGANG FREMADRETTET

De syv delprojekter har gennem hele projektforløbet arbejdet med værdibaseret sundhed på forskellige måder og med mere eksplorative tilgange. Erfaringerne er forskellige, men danner samlet grundlag for en metodisk tilgang til arbejdet med værdibaseret sundhed. Denne tilgang er illustreret i nedenstående figur.

Udvikling og anvendelse af værdibaseret sundhed



Den metodiske tilgang består af fem forskellige grundelementer, der samlet danner grundlag for anvendelse (test og indsamling af praktiske erfaringer) af effektmål i det kliniske kvalitetsarbejde og det mere generelle ledelsesmæssige arbejde. Dertil kommer et sæt rammebetingelser, og et bredere behov for kulturforandring af værdibaseret sundhed, der ligeledes er centrale elementer for et videre arbejde.

Der er således opstillet en stringent tilgang til de centrale elementer, som skal behandles, hvis der ønskes at igangsætte yderligere projekter inden for andre sygdomsområder.

ERFARINGER FRA DELPROJEKTERNE

De syv delprojekter har haft forskellige udgangspunkter, og derfor også nået forskellige stadier i deres arbejde, herunder dybde og omfang af de erfaringer de har opnået med grundelementer, rammebetingelser og kulturforankring. To af delprojekterne – hofte- og knæalloplastikker samt angst og depression – er således startet flere år før det tværregionale projekt. De havde ved opstarten af de øvrige delprojekter allerede konkrete erfaringer med fx udvikling effektmål og

brug af patientrapporterede oplysninger. Desuden har begge delprojekter en stærk klinisk forankring.

De øvrige delprojekter er igangsat i forbindelse med det tværregionale projekt og har haft forskellige fremdrifter. Projekterne har dog alle opnået erfaringer med flere af grundelementerne, rammebetingelserne og behovet for kulturforandring. Dette er illustreret i nedenstående figur.

Oversigt over delprojekter

	Grundelementer						Rammebetingelser		Tovholder
	Effektmål	Patientforløb	Risikojustering	Datakilder	PRO-data	Ressourcer/omkostninger	Data-tilgængelighed	Datasamkøring	
Angst og depression	●	◐	◐	●	●	◐	●	●	Region Hovedstaden
Apopleksi	●	●	◐	●	●	◐	●	●	Region Midtjylland
Diabetes	◐	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	Region Nordjylland
Epilepsi	◐	◐	◐	●	●	◐	◐	◐	Region Sjælland
Hjertes	●	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	Region Hovedstaden
Hofte/knæ	●	●	●	●	●	◐	●	●	Region Nordjylland
Prostatakræft	●	◐	◐	●	●	◐	●	●	Region Syddanmark

● Har arbejdet med element/rammebet.
◐ Har påbegyndt arbejde med element/rammebet.
◐ Har ikke arbejdet med element/rammebet.

Figurer illustrerer alle delprojekter har gjort erfaringer med udvælgelse af effektmål og afgrænsning af patientforløb. Tilsvarende har alle delprojekter gjort erfaringer med datakilder – særligt patientrapporterede oplysninger, enten fordi data allerede var tilgængeligt, eller fordi der har været behov for at indsamle sådanne oplysninger. Dertil har alle delprojekter bidraget til et parallelt tværregionalt arbejde med analyse af muligheder for tilknytning af ressourcer og omkostninger til effektmål.

Delprojekterne har foruden grundelementer gjort sig erfaringer med de centrale rammebetingelser, der skal være på plads for at arbejde mere systematisk med værdibaseret sundhed. Der har primært været fokuseret på de juridiske muligheder og barrierer for adgang til og anvendelse af data til understøttelse af de definerede effektmål.

KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

De samlede erfaringer fra delprojekterne leder til en række konklusioner og anbefalinger.

Konklusioner

Det kan således helt overordnet konkluderes, at der er stor efterspørgsel efter arbejdet med effektmål, da det driver en ønsket forandring mod mere patientinddragelse og et mere tværsektorielt fokus, der afspejler det samlede patientforløb. Herunder kommer også brugen af patientrapporterede oplysninger, der bidrager med ny viden i både kvalitetsarbejde og

behandlingssituation. Der er således et umiddelbart behov for at fortsætte arbejdet og erfaringsindsamlingen med både effektmål og patientinddragelse.

Der er samtidig behov for et styrket og fortsat arbejde med at opgøre de ressourcer og omkostninger, der er forbundet med den konkrete behandling og effekt, så det kan opgøres, hvilken effekt der fås for pengene.

Det kan ligeledes konkluderes, at der kan være betydelige omkostninger forbundet med værdibaseret sundhed i forhold til udvikling og indsamling af data om effekt og omkostninger. Der bør således være en kritisk stillingtagen til omkostninger til indsamling og behandling af denne type data i forhold til det specifikke sygdomsområde og behandlingssituation. Hvordan er forholdet mellem ressourceindsatsen ved dataindsamling og værdien?

Sidst kan det konkluderes, at der er en række rammebetingelser, som skal håndteres fælles på tværs af de involverede parter for at sikre den fulde værdi af arbejdet med både effektmål og patientforløb på tværs af sektorer. Det handler primært om indsamling af nye dataområder samt bedre juridiske rammer for anvendelse af data. Der er således et behov for et videre arbejde med de nuværende rammebetingelser, der ikke til fulde understøtter behovene for et datadrevet sundhedsvæsen.

Det tværregionale projekt har vist, at det kræver klinisk forankring, samarbejde på tværs af regioner og sektorer samt inddragelse af patienter, hvis man ønsker den fulde effekt af arbejdet med effektmål. Der er et umiddelbart potentiale for, at arbejdet med netop effektmål kan understøtte en forandring i sundhedsvæsenet mod yderligere patientinddragelse og øget tværsektorielt samarbejde. Dertil kommer et yderligere potentiale for at koble ressourceopgørelser med effektmål – og dermed bidrage til udvælgelse af de mest omkostningseffektive behandlinger og patientforløb, som samtidig leverer den ønskede effekt for patienten.

Anbefalinger

Der kan desuden opstilles en række anbefalinger, som bidrager til et eventuelt videre arbejde med værdibaseret sundhed i forhold til at igangsætte flere projekter inden for andre sygdomsområder, og mere generelle anbefalinger relateret til organisatoriske og rammesættende forhold.

De væsentligste anbefalinger i forhold til igangsætning af yderligere projekter, der kan indsamle erfaringer med værdibaseret sundhed, er følgende:

- **Klinisk forankring:** Det anbefales, at udvikling af effektbaserede målinger er klinisk forankret for at blive tæt knyttet på det daglige kliniske arbejde og udvikling
- **Inddragelse af interessenter:** Det anbefales, at der nedsættes en arbejdsgruppe som består af klinikere, administratorer, repræsentanter fra

patienter, praktiserende læger, kommuner samt regioner. Det er således vigtigt at involvere alle interessenter i det samlede patientforløb

- **Patientinddragelse:** Det anbefales, at patienter inddrages i det specifikke arbejde med udvikling af relevante effektmål, så der balanceres mellem kliniske og forskellige fagligheder samt patientnære hensyn
- **Udgangspunkt i internationale metoder:** Det anbefales, at der, hvor det er muligt, tages udgangspunkt i internationalt testede og verificerede metoder til udvikling af effektmål, som kan tilpasses lokale danske forhold
- **Udvikling af effektmål:** Det anbefales, at antallet af effektmål begrænses for at sikre et overskueligt antal mål, som er mulige at følge op på. Dertil anbefales det, at effektmål kan anvendes for det fulde patientforløb
- **Juridiske rammer:** Det anbefales, at der bør ske en vurdering af de givne juridiske rammer med henblik på eventuel tilpasning i forhold til ønsket om et datadrevet sundhedsvæsen. Det gælder specifikt muligheden for adgang og anvendelse af forskellige datakilder med andre formål
- **Kobling af effektmål og ressourcer:** Det anbefales, at der tages udgangspunkt i den nationale omkostningsdatabase i et eventuelt videre arbejde med kobling af effektmål med ressource- og omkostningsopgørelser.

Der kan desuden opstilles nogle mere generelle anbefalinger, som er baseret på de samlede erfaringer fra delprojekterne:

- **Udvikling af patientrapporterede oplysninger:** Det anbefales, at der sikres et tæt nationalt samspil i arbejdet med patientrapporterede oplysninger. Dette anbefales for at undgå en ukoordineret og ressourcetung udvikling på tværs af organisationer, regioner og sektorer, herunder i forhold til koordinering af formulering af de konkrete spørgsmål
- **Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP):** Det anbefales, at der tages afsæt i RKKP's lange erfaringer for at skabe konsensus omkring kvalitetsmål i det kliniske miljø, når der udvikles nye (typer af) effektmål
- **Dataadgang:** Det anbefales, at det besluttet hvilken organisation som bedst kan varetage samkøring af data med henblik på sammenligning og læring mellem forskellige organisationer – på tværs af sektorer og regioner. Det kræver, at organisationen må have adgang til alle datakilderne på individniveau
- **Dataansøgning:** Det anbefales, at der laves klare retningslinjer for godkendelsesprocessen for udlevering af data imellem organisationer og dermed imødekomme usikkerhed om, hvornår det er lovligt at udlevere data
- **Kulturforandring:** For at drive kulturforandringen anbefales det, at styrke den kliniske og ledelsesmæssige forankring af værdibaseret sundhed, ved at skabe plads til at fokusere på samarbejde på tværs af sektore, således at

regioner i samarbejde med kommuner og almen praksis udvikler fælles mål for patienternes resultater.

1. Indledning

Dette kapitel beskriver indledningsvis baggrunden for det tværregionale projekt, hvad formålet har været, projektets gennemførelse, og hvem der har været involveret gennem arbejdsgruppen og styregruppen.

1.1 BAGGRUND

Sundhedsvæsenet vil i de kommende år opleve et øget økonomisk pres. Presset kommer af en voksende gruppe af kroniske patienter og ældre, samtidig med at der vil være relativt færre i den arbejdsdygtige alder. I takt med den teknologiske og medicinske udvikling skal der finansieres nye, dyre behandlingsformer. Sundhedsvæsenet skal således levere ydelser af fortsat højere kvalitet for begrænsede ressourcer. Der skal kort sagt leveres mere sundhed for pengene i fremtiden. Denne udfordring står Danmark ikke alene med, men lande verden over oplever samme pres. Internationalt peges der på værdibaseret sundhed som en central del af løsningen.

Det blev aftalt at igangsætte regionale forsøg med værdibaseret sundhed, som en del af økonomiaftalen 2016 mellem staten og regionerne. Formålet med forsøget var at bidrage til at afprøve muligheder for at flytte fokus fra behandlingsaktivitet til kvalitet, sammenhæng og resultater, som har størst betydning for patienterne.

Danske Regioner igangsatte på den baggrund det tværregionale projekt om værdibaseret sundhed. Projektet er besluttet af Danske Regioners bestyrelse og har indgået i arbejdsplanen for 2017 og 2018.

1.2 FORMÅL

Formålet med det tværregionale projekt har været at opnå konkrete erfaringer med værdibaseret sundhed med særlig fokus på udviklingen og brugen af effektmål.

Dette er forsøgt opnået gennem praktiske erfaringer ved at besvare centrale spørgsmål som: Er der efterspørgsel efter nye effektmål - både i det kliniske forbedringsarbejde og i den administrative ledelse og opfølgning? Hvordan kan effektmål bidrage til at forbedre værdien for patienten? Og på hvilken måde kan effektmål på tværs af patientforløb bidrage til at fokusere på sammenhænge og indsatser på tværs af sektorer? Hvad kræver det at udvikle og arbejde mere systematisk med effektmål?

Forud for projektets igangsættelse var det et særskilt formål at få udarbejdet et analyseværktøj, som kunne afprøves i drift. Det skulle bidrage til at besvare spørgsmål som: Hvordan kan opfølgning på effektmål anvendes i den daglige

planlægning og styring på forskellige organisatoriske niveauer? Det har ikke været muligt at gennemføre formålet til fulde. Analyseværktøjet er blevet udarbejdet og testet med dummy-data, hvilket har bidraget med nyttige erfaringer. Dog bør der arbejdes videre med at få erfaringer med test af anvendelsen af effektmål med rigtige data.

Hertil kommer mere overordnede spørgsmål som; Hvordan øges kvalitetsforståelsen i forhold til patientens samlede forløb og sundhedstilstand? Hvordan kan man følge op på effektmål med data, og hvilke muligheder og udfordringer er der i forhold til dataunderstøttelse og deling af data?

Der er desuden arbejdet med spørgsmålet om, hvordan man kan opgøre omkostningerne for de samlede patientforløb og ikke blot for enkelte ydelser. Hvilke data findes i dag om omkostninger? Hvilke metoder kan der være til at få mere viden om omkostningerne?

Det grundlæggende princip har været at teste mulighederne for at arbejde efter mere værdi for patienten, hvor værdi er defineret som effekten af sundhedsvæsenets samlede indsats målt direkte på patienten. Det betyder, at man på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal samarbejde om at skabe gode resultater og mere sammenhængende behandlingsforløb til gavn for patienten. Projektet har fokuseret på den del af patientbehandlingen, som sker på sygehusene, men har inddraget de øvrige aktører i arbejdet.

1.3 PROJEKTETS GENNEMFØRELSE

Projektet har indledningsvist hentet inspiration fra Professor Michael E. Porters¹ arbejde med konceptet "Value-Based Healthcare". Konceptet har vundet stor opmærksomhed rundt om i verden, og forskellige sundhedssystemer har arbejdet med at implementere elementer af konceptet. Det svenske projekt SVEUS er et eksempel på et af de projekter, som tidligt hentede erfaringer med værdibaseret sundhed, og som nærværende projekt også har hentet praktisk læring og inspiration fra.

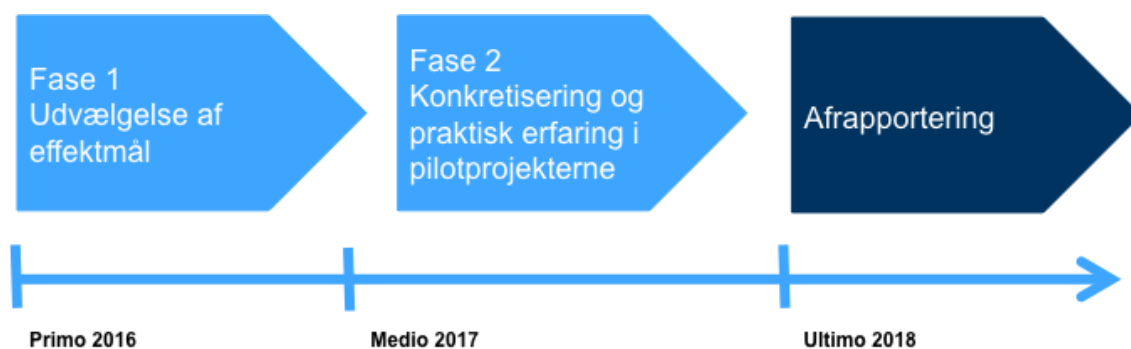
Projektet har således taget udgangspunkt i konceptets bagvedliggende ideer om værdi for patienten, men tilpasset til de forhold, der kendetegner et dansk sundhedsvæsen. Det gælder eksempelvis organisatoriske forhold, sektorgrænser og gældende lovgivning. Fokus har særligt været på de elementer, der bidrager til den kliniske kvalitetsudvikling, og som i højere grad tager udgangspunkt i patientens behov. Elementer, som engagerer og er meningsfulde for klinikerne, og som netop bidrager til at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet. Samtidig er der fokus på at udvikle omkostningssiden, så man kan koble omkostninger og

¹ Michael E. Porter, professor, Harvard Business School

indsatser som led i den løbende prioriteringsindsats, og dermed opgøre effekten af de brugte penge.

Projektet har været gennemført over to faser, som samlet bidrager til Danske Regioners beslutning om det videre arbejde med værdibaseret sundhed, jf. nedenstående illustration.

Figur 1: Det tværregionale projekt for værdibaseret sundhed



Fase 1 af projektet har bestået i at udvælge relevante effektmål, indikatorer og datakilder i hvert af de syv regionale delprojekter fordelt på de udvalgte sygdomsområder². Herunder ligger muligheden for at benytte internationale standarder for effektmål, som er udarbejdet af ICHOM³.

Parallelt med dette arbejde er der gennemført et analysearbejde af mulighederne for at opgøre omkostninger og tilknytte dem til effektopgørelser, ligesom der har været gennemført analyser i arbejdsgrupper med fokus på udvikling af mulige finansieringsmodeller, der kan understøtte mere værdi for pengene på sundhedsområdet.

Fase 1 blev gennemført som praktiske workshopforløb inden for syv kliniske sygdomsområder. På disse workshops udviklede klinikere samt repræsentanter fra lægevidenskabelige råd de kliniske kvalitetsdatabaser, patientforeninger, kommuner og praksissektoren et antal udvalgte effektmål. Udviklingen af effektmålene blev foretaget på tværs af regionerne indenfor de enkelte sygdomsområder. Nedenstående figur illustrerer delprojekter, og i hvilke regioner de har været forankret.

² Fase 1 er gennemført af Quorum Consulting (Bilag A)

³ ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement - www.ichom.org

Figur 2: Delprojekterne, og deres regionale forankring



Fase 2 i projektet har fokuseret på at indsamle virkelighedsnære og praktiske erfaringer med værdibaseret sundhed i det daglige kliniske og administrative arbejde. Fase 2 har bl.a. konkretiseret de valgte effektmål samt analyseret hvilke data, der eksisterer til opfyldelse af effektmålene i de enkelte delprojekter. Derudover er der opnået forståelse for, hvordan patientrapporterede data er væsentlige i forhold til effektmål samt klarhed over delprojekternes nuværende og ønskede tilstand i forhold til arbejdet med effektmål.

Fase 2 har været organiseret i forskellige ”spor”, hvor arbejdet med delprojekterne er gennemført som en kombination af løbende workshops og arbejds møder med klinikere og rådgivning til projektledelser. Hertil er der suppleret med møder med kliniske ekspertgrupper, regions- og hospitalsledelser, repræsentanter fra kommuner, praksis og patientforeninger samt fælles workshops, hvor viden er blevet delt mellem delprojektledelserne. Arbejdet har fokuseret på konkretisering og behovsaflarung, herunder i forhold til bl.a.

effektmål, datakilder, afgrænsning af patientforløb, samt omkostninger og ressourcer samt opsamling af relevante erfaringer⁴.

Parallelt med de enkelte delprojekter har der været tæt samarbejde med relevante eksterne parter, herunder Sundhedsministeriet, samt eksterne rådgivere, særligt i relation til klarlægning af de lovgivningsmæssige rammer for brugen af data.

1.4 ARBEJDETS TILRETTELÆGGELSE

Projektet har været tilrettelagt med en styregruppe og en projektgruppe. Dertil har der været lokale organiseringer omkring delprojekter i regionerne. Styregruppen har bestået af repræsentanter fra Danske Regioner, de fem regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Sundhedsdatastyrelsen samt Kommunernes Landsforening. Projektgruppen har bestået af repræsentanter fra Danske Regioner samt konsulentteamet.

Projektgruppen har varetaget det løbende samarbejde med de syv delprojekter i regionerne, der igen har bestået af en delprojektledelse og en tilknyttet arbejdsgruppe. Projektgruppen har på forskellig vis bidraget med processtøtte, tværgående vidensdeling og -opsamling, som samlet har gjort det muligt at udarbejde en endelig afrapportering om erfaringer, der kan danne grundlag for det videre arbejde med værdibaseret sundhed.

Omkostningssiden af projektet har været analyseret i en arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter for de fem regioner, Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og med bistand fra konsulentteamet, med afrapportering i 2018⁵.

Analyse af finansieringsmodeller med afsæt i værdibaseret styring blev gennemført som et arbejdsgruppearbejde med deltagelse af repræsentanter for de fem regioner, Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og KORA (nuværende VIVE), med afrapportering i november 2016⁶.

1.5 LÆSEVEJLEDNING

Afreporteringen er opbygget i en sammenfatning og indledning (*kapitel 1*) efterfulgt af tre centrale kapitler (*kapitel 2-4*) samt konklusioner og anbefalinger for det videre arbejde (*kapitel 5*).

⁴ For yderligere detaljer omkring samarbejdet i delprojekterne henvises til Kapitel 4

⁵ For yderligere information henvises til: <https://www.regioner.dk/media/9970/omkostninger-for-patientforloeb-afrapportering.pdf>

⁶ For yderligere information henvises til: https://www.regioner.dk/media/4147/arbejdsrapport-afregningsmodeller-vaerdibaseret-styring_2016.pdf

Kapitel 1 – Indledning introducerer rapporten og baggrunden for arbejdet.

Kapitel 2 – Værdibaseret sundhed som koncept beskriver hvordan værdibaseret sundhed er fortolket som koncept, og hvordan konceptet har fungeret som inspirationskilde for delprojekterne. Herunder beskrives også relevante internationale erfaringer, som også har fungeret som supplerende inspiration i projektet.

Kapitel 3 – En metodisk tilgang beskriver en systematisk tilgang til arbejdet med værdibaseret sundhed i kontekst af det tværregionale projekt, som kan anvendes i det videre arbejde med værdibaseret sundhed.

Kapitel 4 – Erfaringer med værdibaseret sundhed beskriver de konkrete erfaringer med værdibaseret sundhed, som er indsamlet på tværs af delprojekterne gennem projektets samlede levetid. Herunder beskrives erfaringer med centrale områder som effektmål, afgrænsning af patientforløb, indsamling og brug af patientrapporterede data, ressourceopgørelser samt risikjustering og muligheder med data inden for de lovgivningsmæssige rammer.

Kapitel 5 – Konklusioner og anbefalinger beskriver de samlede konklusioner og anbefalinger baseret på de praktiske erfaringer.

Til afrapporteringen er der desuden tilknyttet en række bilag, som uddyber afrapporteringens indhold og dermed udfolder baggrunden for afrapporteringens konklusioner og yderligere indsigter:

- Bilag A: Quorum-rapport, afrapportering fase 1
- Bilag B: Internationale erfaringer
- Bilag C: Oversigt over hvert delprojekt
- Bilag D: Gap-analyse
- Bilag E: Hvad kan man med data i dag?
- Bilag F: Dataansøgningsprocessen
- Bilag G: Omkostningsdatabasen
- Bilag H: Afrapportering – Omkostninger for patientforløb
- Bilag I: Arbejdsrapport – Beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret sundhed
- Bilag J: Analyseværktøj

1.5.1. Centrale begreber

I de følgende kapitler introduceres en række centrale begreber, som kort beskrives i det nedenstående:

- **Effektmål:** Effektmål (ofte også benævnt ”outcomemål” eller ”resultatmål”) handler i en sundhedskontekst om, hvorvidt behandling og pleje af patienten har givet den ønskede effekt på patienten
- **Patientrapporterede oplysninger:** Patientrapporterede oplysninger (PRO) er oplysninger fra patienten om egen helbredstilstand, herunder det fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau. Der er tale om patientens egen vurdering af helbredstilstanden og hermed indirekte af effekten af behandlingen
- **PRO-sekretariat:** PRO-sekretariatet er et administrativt sekretariat oprettet i Sundhedsdatastyrelsen med henblik på en national koordinering af arbejdet med PRO-data
- **Risikojustering:** Risikojustering (casemix-justering) handler om at fjerne ikke-relevant variation i data, så man kan sammenstille fx to grupper mod hinanden. Det er fx væsentligt at korrigere for forskelle i to gruppernes køns- og alderssammensætning og ko-morbiditet (tilstedeværelsen af flere sygdomme), såfremt dette måtte have betydning for fx dødelighed i forbindelse med hjerteoperationer
- **Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram:** Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udvikler og vedligeholder databaser om klinisk kvalitet på en lang række behandlingsområder. Det kan fx være data om mortalitet, komplikationer og overholdelse af retningslinjer på et behandlingsområde. Udvikling og vedligeholdelse af databaser sker i samarbejde med bl.a. kliniske styregrupper og RKKP’s eget videnscenter, som bl.a. arbejder med biostatistik, datamanagement, kvalitetsudvikling og klinisk metodologi⁷.

⁷ <http://www.rkkp.dk/>

2. Værdibaseret sundhed som koncept

Dette kapitel introducerer, hvor begrebet værdibaseret sundhed stammer fra. Dernæst beskriver kapitlet, hvordan værdibaseret sundhed som koncept eller metode er blevet fortolket og tilpasset både i Danmark og internationalt. Afslutningsvis præsenteres internationale erfaringer med arbejdet med Værdibaseret Sundhed og den centrale læring, der har tjent som inspirationskilder for arbejdet med værdibaseret sundhed i en dansk kontekst.

2.1 HVAD ER VÆRDIBASERET SUNDHED⁸

Værdibaseret sundhed som begreb eller idé er beskrevet og defineret på forskellige måder blandt forskere, klinikere og sundhedsadministratorer. Fælles for alle tolkninger er fokus på patientens effekt af kontakten til sundhedsvæsenet, defineret som den værdi, der tilføres den enkelte. Det vil sige forbedringen i patientens sundhedstilstand og livskvalitet som følge af sundhedsvæsenets indsats.

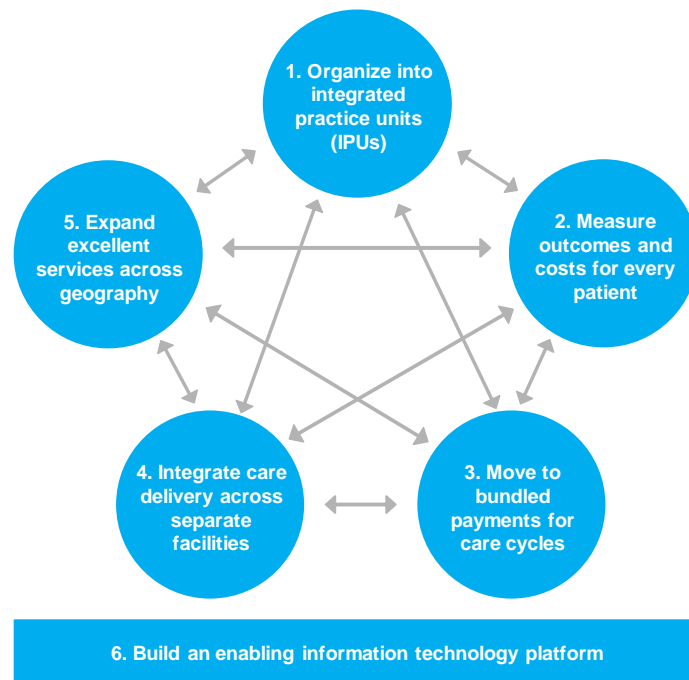
Værdibaseret sundhed – eller ”Value Based Healthcare” blev introduceret som koncept af den internationalt anerkendte professor Michael E. Porter, der gennem en årrække har beskæftiget sig med forskning inden for strategi og ledelse, herunder også inden for sundhedsvæsenet.

Porter introducerede og beskrev konceptet, bl.a. i en artikel i Harvard Business Review, oktober 2013, der efterfølgende har været en central inspirationskilde for udviklingen i mange internationale sundhedssystemer, også blandt politikere og sundhedsprofessionelle i Danmark.

Porters koncept baseres helt grundlæggende på seks dimensioner, der samlet skal bidrage til at maksimere værdien for patienten. Dimensionerne kan beskrives under overskrifterne; *organisering* (omkring patienten), *udvælge effektmål* (og *omkostninger* for hver enkelt patient), *afregning* (for det samlede patientforløb), *sammenhæng* (mellem forskellige aktører) og *geografisk udbredelse af ekspertise* samt *dataunderstøttelse*, jf. nedenstående figur.

⁸ Værdi for patienten – et pejlemærke for styring og udvikling af sundhedsvæsenet, Danske Regioner 2018

Figur 3: Michael E. Porters Value Based Healthcare



Kilde: The Strategy That Will Fix Healthcare, Porter & Lee, Harvard Business Review, oktober 2013

Figuren illustrerer, at der er klare sammenhænge mellem alle dimensioner, og at der er en samlet helhed omkring værdibaseret sundhed. De enkelte dimensioner, kan imidlertid også betragtes enkeltvis, og har også relevans som selvstændigt fokus. Internationale erfaringer viser da også forskellige tolkninger og måder at tilgå arbejdet med værdibaseret sundhed generelt.

Centralt i konceptet er definitionen af 'værdi' som værende en brøk med effekten over den tilknyttede omkostning, dvs. et omkostningseffektivitetsbegreb der udtrykker, hvad man får for den ressourceindsats, der er anvendt til behandlingen.

I Danmark er man generelt kommet langt på mange af dimensionerne i Porters model, fx på specialeplanlægning, data og informationsteknologi, men i det tværregionale projekt er der valgt primært at fokusere på effektdelen samt afledte fokusområder i form af organisering. Dette er et naturligt resultat af fokus på effekt for det samlede patientforløb, og den underliggende dataunderstøttelse af effektmålene. Parallelt med projektet har Danske Regioner som bekendt også gennemført et selvstændigt analysearbejde af mulighederne for at opgøre omkostninger og ressourcer som supplement til effektmål.

Arbejdet i både Danmark og internationalt er således inspireret af Porters arbejde, men tilpasset de gældende lokale strukturelle og praktiske forhold i de respektive sundhedsvæsen. Det har således været helt nødvendigt at bringe konceptet fra teori til praksis – hvilket Danmark, også internationalt set, har gode

forudsætninger for, givet mangeårige traditioner for at arbejde databaseret med kvalitet og et klart patientperspektiv.

2.2 ERFARINGER FRA UDLANDET⁹

Som en del af projektet, er det søgt at indsamle relevante internationale erfaringer med værdibaseret sundhed, der har kunnet bidrage til det videre arbejde.

Der er således indsamlet erfaringer fra fire forskellige case-eksempler:

- **SVEUS**¹⁰, der er et samarbejde i Sverige mellem (oprindeligt) syv forskellige regioner, med fokus på udvikling af et system for værdibaseret monitorering og afregning inden for en række kliniske områder. I SVEUS fokuserer man specielt på at have tidstro data, hvilket stiller krav til registrering af data, som samtidigt opleves af klinikerne som en forbedring af kvaliteten af data. Derudover har det vist sig at være let at videreføre erfaringer fra delprojekterne til nye sygdomsråder, da der anvendes samme metodik delprojekterne imellem
- **Karolinska Universitetsjukhuset** i Sverige, arbejder med reorganisering af patientforløb omkring værdi for patienten, den såkaldte teambaserede organisering. Reorganiseringen har været en omfattende transformation af ikke blot organisationen, men også hele måden hvorpå patientens vej gennem sygehuset planlægges og følges op, og har været fulgt tæt af både de involverede medarbejdere og faggrupper samt omverdenen. Reorganiseringen er fra flere aktører blevet kritiseret for at være for kompleks og bureaukratisk til at gennemføre
- **Martini Klinikken** i Tyskland, arbejder med patientrapporterede oplysninger, særligt i forbindelse med det kliniske udviklingsarbejde. Klinikken fremhæver brugen af effektmål som et middel til at løfte den kliniske kvalitet og personalets kompetencer gennem større viden om resultaterne af deres arbejde, herunder gennem sammenligning på tværs af klinikere. Det betyder i praksis, at alle resultater af behandlingen systematisk indsamles, og anvendes til opfølgning på den enkelte patient efter udskrivning
- **Det hollandske hjerteregister**, der er udviklet i 2017, indeholder specifikke effektmål direkte relateret til behandlingen inden for en række hjertesygdomme.

Samlet viser de internationale erfaringer, at værdibaseret sundhed skal forankres i det daglige kliniske arbejde – uanset hvordan der arbejdes med

⁹ Der henvises til bilag B om internationale erfaringer

¹⁰ Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvård

værdibaseret sundhed. Det skyldes, at det netop er det kliniske personale, som skal benytte fx (nye typer af) effektmål og patientrapporterede oplysninger til at styrke det kliniske kvalitetsarbejde og patientbehandlingen. Desuden besidder det sundhedsfaglige personale de kompetencer, som er afgørende for selve udviklingsarbejdet med definition af effektmål og datakilder, afgrænsning af patientforløb og lignende.

De internationale erfaringer viser også, at der hovedsageligt er fokuseret på udvikling af effektmål, der viser nye sider af resultatet af en given behandling – og på den vis tilstræber at få et mere fuldkomment billede af behandlingen, der rækker udover typisk anvendte mål som mortalitet eller komplikationer. Herved søges det at komme nærmere, hvordan resultatet – værdien – opleves for patienten.

Disse effektmål understøttes i høj grad af oplysninger, der skal indsamles direkte fra patienterne via spørgeskemaer (PRO). Klinikerne finder således effektmål mere relevante for det daglige kvalitetsforbedrende arbejde, og i den mere overordnede styring af den kliniske enhed.

Samlet viser erfaringerne – som det også har været gældende i Danmark – at værdibaseret sundhed har været diskuteret som koncept, og at diskussionen har afspejlet forskellige fortolkninger, typer af forsøg og tilgange til at arbejde med værdi for patienten.

De internationale erfaringer og eksempler har først og fremmest fungeret som ”konceptuelt” afsæt for det videre arbejde i den danske kontekst, men også bidraget med mere praktisk læring. Det gælder særligt erfaringer relateret til brug af kliniske kvalitetsmål, kliniske databaser, patientrapporterede oplysninger samt afgrænsning af patientforløb og organisering omkring værdi for patienten. Derimod har der kun været ganske få erfaringer med opgørelse af ressourcer og omkostninger i relation til værdi for patienten.

Som en del af arbejdet med at omsætte og anvende internationale erfaringer til det danske tværregionale projekt, har det internationale konsortium for måling af sundhedsresultater, ICHOM¹¹, bidraget med konkrete forslag til standardiserede effektmål, der er udviklet i samarbejde mellem patienter, lægefaglige eksperter samt repræsentanter for sundhedsudbydere og sundhedsregistre på tværs af forskellige patientgrupper. Målene har fungeret som afsæt for det konkrete arbejde i Danmark, og der er også på dette område sket en videreudvikling og tilpasning til dansk kontekst, særligt grundet et dansk klinisk behov for et højere ambitionsniveau for effektmålene.

Arbejdet med værdibaseret sundhed internationalt er inspireret af Porters model, men samtidigt har man alle steder anset det for givtigt at tilpasse konceptet til lokale forhold grundet forskellige sundhedssystemers meget

¹¹ www.ichom.org

forskellige organiseringer, finansieringsformer og særlige udgangspunkter for at arbejde værdibaseret ift. Porters forskellige dimensioner.

Hverken Porters model eller de internationale erfaringer, der er gået forud for det tværregionale projekt, har derfor skabt en færdig, afprøvet model, der blot har kunnet implementeres i Danmark eller andre steder.

2.3 VÆRDIBASERET SUNDHED I DANSK KONTEKST

I Danmark blev dagsordenen om værdibaseret sundhed (VBS) introduceret i 2013 af Danske Regioner på en konference i København, som også markerede startskuddet til det tværregionale og lokale regionale projekter.

Danmark har vist sig at have gode forudsætninger for arbejdet med værdibaseret sundhed i forhold til Porters dimensioner. Særligt i sammenligning med andre lande. Magasinet "The Economist" har således vurderet forudsætningerne for indførelse af værdibaseret sundhed på tværs af en række forskellige lande. Her indgår fx kriterier som anvendelse af evidensbaserede kliniske retningslinjer og udbredelse af kliniske databaser. Områder hvor Danmark i forvejen står stærkt – eksempelvis findes der databaser for klinisk kvalitet på over 80 behandlingsområder, hvilket er enestående i en international sammenhæng. Til forskel fra andre lande er klinikere lovgivningsmæssigt forpligtede til at indberette til databaserne, hvilket giver et solidt datagrundlag for arbejdet med at udvikle den kliniske kvalitet.

Hvor udviklingspotentialer og udfordringer varierer internationalt, er målet med dagsordenen og konceptet det samme i Danmark som i andre lande, der har arbejdet med værdibaseret sundhed - nemlig i højere grad at definere, skabe og måle den samlede sundhedsindsats, værdi for patienterne, så der er fokus på at levere det bedste resultat for patienten til de lavest mulige omkostninger.

De gode danske forudsætninger og mangeårige erfaring med fx kliniske databaser har betydet, at fokus for arbejdet med værdibaseret sundhed i en dansk kontekst – og arbejdet med at bringe konceptet fra teori til praksis i det tværregionale projekt – har været på den del af Porters koncept, som vedrører effekt, omkostninger og organisering omkring patienternes behov. Dvs. at identificere hvor der er behov for at udbygge informationer med mere patientnære mål, fx livskvalitet opsamlet fra patienten selv og på behovet for at få data fra praksissektor og kommuner samt viden om omkostningerne, der er forbundet med behandlingen af den enkelte patient.

Værdibaseret sundhed er imidlertid ikke omsat til en samlet styringsmodel, der kan anvendes på regionalt niveau, som egentlig var en del af det oprindelige ønske med det tværregionale projekt. Værdibaseret sundhed har vist sig nærmere at være en kulturforandring, der også understøttes af de styringsmæssige rammer, der med afskaffelsen af produktivitetskravet og aktivitetspuljen i højere

grad giver plads til, at regionerne kan arbejde med en styring, der fokuserer på værdi og effekt for patienterne.

Medarbejderne i sundhedsvæsenet arbejder hver dag på at levere værdi til patienten. På den måde er det ikke nyt at have fokus på patientens behov. Det værdibaseret sundhed tilfører, er, at man på flere områder får øget fokus på den reelle effekt af behandlingen herunder gennem bedre muligheder for at få patientens input ved at spørge dem direkte, og at man gennem tilknytningen af omkostninger får et bedre løbende grundlag for at sikre mest mulig sundhed for pengene.

Derudover har man hidtil ikke haft særligt fokus på, at egne indsatser ikke kan ses uafhængigt af indsatser på tværs af sektorer. Ligeledes har man ikke haft fokus på at sætte de samme mål for patienten på tværs af et forløb.

Sundhedsvæsenet har ikke tidligere haft mulighed for at følge op på, hvad der er vigtigst for patienten, og hvad patienten rent faktisk får ud af behandlingsforløbet. Det handler om at blive bedre til at bruge kliniske data og patientrapporterede oplysninger, hvor patienten selv vurderer og indmelder sin sundhedstilstand. Det handler også om, hvordan sundhedsvæsenet bliver bedre til at samarbejde om patientforløbet på tværs af aktørerne – særligt fordi alle dele af indsatsen bidrager til, at patienten opnår et godt slutresultat. Det handler også om store forbedringsmuligheder i forhold til at udvikle omkostningsbevidsthed omkring de enkelte indsatser. Det er i sidste ende netop slutresultatet, som alle aktører skal måles og vurderes på – det kan være konsultationen med praktiserende læge, operationen på sygehuset, såvel som den efterfølgende pleje og rehabilitering i kommunen.

Målet i Danmark er således at skabe et sammenhængende patientforløb på hospitalet og på tværs af sektorer og organisationer, hvor effekt og omkostninger således ideelt set skal anskues på tværs af hele patientforløbet, dvs. i mange tilfælde på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger. I praksis handler det dog også om at forbedre den løbende indsats i den enkelte klinik, i den enkelte praksis og i den enkelte kommune.

3. En metodisk tilgang

Dette kapitel beskriver en metodisk tilgang til arbejdet med værdibaseret sundhed med fokus på anvendelse af effektmål i kontekst af det tværregionale projekt. Kapitlet har til formål at beskrive nogle centrale 'grundelementer', som er blevet behandlet gennem arbejdet med de forskellige delprojekter – og som kan udgøre en stringent tilgang til et eventuelt videre arbejde med værdibaseret sundhed.

3.1. METODISK TILGANG

Delprojekterne har arbejdet med værdibaseret sundhed på forskellige måder, og med eksplorative tilgange. Erfaringerne med arbejdet kan (retrospektivt) kategoriseres i fem forskellige grundelementer, der samlet danner grundlag for anvendelse af effektmål i det kliniske kvalitetsarbejde og det mere generelle ledelsesmæssige arbejde. Dertil kommer et sæt rammebetingelser og et bredere behov for kulturforandring, der ligeledes er centrale elementer for et videre arbejde. Samlet kan disse erfaringer danne grundlag for en mere metodisk tilgang til arbejdet med værdibaseret sundhed i nærværende sammenhæng. Dette er illustreret i nedenstående figur.

Figur 4: Udvikling og anvendelse af værdibaseret sundhed



Erfaringerne fra delprojekterne viser således:

- **Governance:** Der bør indledningsvist fastlægges et veldefineret behandlingsfelt, der afspejler ønsket om at definere og arbejde med effektmål. Dette arbejde skal ledes og forankres i det kliniske miljø. Der bør etableres en arbejdsgruppe bestående af relevante interessenter i form af klinikere, administratorer, patienter, faggrupper, kommuner, praksissektor og lignende. Fokus bør være; Hvilket behandlingsfelt, eller sygdomsområde, skal indgå, er det klart defineret, og hvem skal involveres?
- **Behovsafklaring:** Dernæst bør der gennemføres en behovsafklaring, hvor ambitionen for og brugen af effektmål fastlægges. Fokus bør være: Hvordan bidrager brugen af effektmål til den kliniske udvikling og vurdering af værdi for patienten? Hvilke dele af organisationen skal anvende effektmål, og er

effektmålene både relevante for klinikere og administratorer? Hvilket ambitionsniveau skal der lægges for arbejdet?

- **Effektmål og forløb:** Efterfølgende bør de specifikke effektmål og tilhørende patientforløb defineres. Dertil kommer stillingtagen til brug af risikjustering. Fokus bør være: Hvilke effektmål er relevante, og hvilke effektmål kan realiseres på kort og længere sigt (i forhold til datagrundlag)? Hvor mange effektmål skal udvikles? Er patientforløbet præcist defineret, og er der klar sammenhæng til effektmål? Er der behov for justering, hvis effektmål (resultater) skal sammenlignes på tværs af enheder?
- **Data:** Sidst bør datakilder identificeres. Der skal skabes adgang til datakilder, såvel som at nye datakilder (måske) skal etableres og tages i anvendelse. Fokus bør være: Kan effektmålene understøttes af eksisterende datakilder? Er der behov for datakilder, som endnu ikke eksisterer, fx indsamling af patientrapporterede oplysninger?
- **Test og erfaringer:** Når de forudgående grundelementer er behandlet, er der etableret et samlet grundlag for at indsamle praktiske erfaringer med værdibaseret sundhed – i form af anvendelse af effektmål, og deraf fokus på værdi for patienten. Fokus bør være: Giver effektmål ny viden? Kan effektmålene bidrage til det kliniske kvalitetsarbejde? Bidrager effektmålene til at vurdere værdien set fra patienten?

Som et selvstændigt element på tværs af grundelementerne, kan der arbejdes med opgørelser af ressourcer og omkostninger forbundet med patientforløbet og effektmålene for at supplere med en ressource- og omkostningsmæssig dimension af værdien for patienten.

Der skal i arbejdet med grundelementerne imidlertid tages hensyn til de ydre rammebetingelser, som primært handler om adgangen og brugen af data i forhold til behov og ønsker til opgørelse af effektmål og deling af resultater mellem forskellige enheder. Konkret betyder det, at med de gældende juridiske rammer, kan det være vanskeligt at imødekomme de behov, som er identificeret i nærværende projekt.

Sidst er det relevant at forholde sig til behovet for kulturforandring. Transformation hen imod værdibaseret sundhed er en kulturforandring og en adfærdsændring, der i langt højere grad skal gennemsyre det danske sundhedsvæsen. Det handler bl.a. om nye samspil mellem faggrupper og sektorer for at understøtte det samlede patientforløb bedst muligt, og skabe den bedst mulige værdi for patienten. Med værdibaseret sundhed er det nødvendigt at forholde sig til patienten samt behandling og pleje på tværs af hospital, praksis og kommune. Dermed skal der også tages stilling til, hvordan effektmål reelt påvirkes, og dermed hvor og hvordan værdien for patienten skabes.

I det følgende kapitel beskrives, hvor langt delprojekterne er nået i deres arbejde med værdibaseret sundhed i nærværende kontekst, og efterfølgende de konkrete

erfaringer der er gjort med de enkelte grundelementer, rammebetingelser og kulturforandring.

4. Erfaringer med værdibaseret sundhed

Dette kapitel gennemgår de praktiske erfaringer med værdibaseret sundhed, som er indsamlet på tværs af delprojekterne gennem det tværregionale projekts levetid. Erfaringer er forskellige og mangeartede, og skaber et nuanceret grundlag for de følgende konklusioner og anbefalinger til et eventuelt videre arbejde.

Kapitlet indledes med en kort beskrivelse af *arbejdsprocessen* og de vigtigste aktiviteter der er gennemført i forbindelse med indsamling af erfaringer fra delprojekterne. Dernæst beskrives *hvor langt delprojekterne er nået*, herunder hvilke elementer som de respektive delprojekter har arbejdet med, og dermed gjort erfaringer med. Sidst beskrives de *konkrete erfaringer med værdibaseret sundhed* på tværs af grundelementer, rammebetingelser og kulturforandring, og der gives eksempler fra udvalgte delprojekter¹².

4.1. ARBEJDSPROCES

Delprojekterne har gennem hele projektforsløbet fungeret som selvstændige projekter inden for de udvalgte sygdomsområder. Delprojekterne har arbejdet med forskellige tilgange til værdibaseret sundhed, men samtidig fulgt en fælles overordnet arbejdsproces, og har løbende delt deres erfaringer i forskellige fora.

Som beskrevet indledningsvist er arbejdet gennemført som et antal workshops og arbejds møder, der har haft til formål at indsamle erfaringer, dele viden og læring mellem delprojekterne, og sikre der har været fremdrift gennem hele projektforsløbet. Dertil kommer, at der løbende fra konsulentteamet har været processtøtte til delprojekterne. De væsentligste aktiviteter gennem hele projektforsløbet kan beskrives som følgende:

- **Workshops – governance og effektmål:** Indledende workshops (to) med fokus på fastlæggelse af ambitioner, inddragelse, formål og mere generel governance. Desuden har det centrale punkt været at udarbejde første bud på effektmål
- **Workshops – ICHOM:** Workshops (to) med ICHOM med fokus på inspiration fra internationale projekter, som også arbejder med værdibaseret sundhed
- **Workshops – vidensdeling:** Workshops (fem) for delprojektledelserne, hvor formålet har været at dele viden mellem delprojekterne, og præsentere

¹² Der henvises til bilag C Oversigt over hvert delprojekt, hvor delprojekterne beskrives i flere detaljer

relevante emner til fælles diskussion, fx brug af risikojustering, omkostningsopgørelser, brug af kvalitetsdatabaser og lignende

- **Arbejds møder – behovsafløring:** Arbejds møder med de enkelte delprojekter, hvor formålet har været at afklare, hvordan delprojekterne har ønsket at arbejde med effektmål i det kliniske og ledelsesmæssige arbejde. Behovsafløringen har taget udgangspunkt i en bred interessentkreds af klinikere og administratorer
- **Arbejds møder – datakilder og patientforløb:** Arbejds møder med de enkelte delprojekter, hvor formålet har været at tilpasse datakilder og afgrænse patientforløb til de valgte effektmål. Herunder er der sket tilpasning af de effektmål, som indledningsvist blev defineret
- **Arbejds møder – dataansøgning:** Arbejds møder med udvalgte delprojekter (apopleksi, hjerter, epilepsi), som har arbejdet med dataansøgning. Formålet har været at afklare, hvordan der kan ansøges om data til de enkelte delprojekter og igangsætte ansøgningsprocessen
- **Arbejds møder – datapræsentation:** Arbejds møder med udvalgte delprojekter (apopleksi, hofte og knæ, angst og depression), hvor formålet har været at illustrere dataunderstøttede effektmål. Præsentationerne har været baseret på dummy-data, og har fungeret som grundlag for diskussion af potentielle mulighederne med nye typer af effektmål, herunder om de er relevante og reelt bidrager med ny viden
- **Workshops – gap-analyse:** Workshops og arbejds møder med de enkelte delprojekter, hvor formålet har været at gennemføre såkaldte ”gap-analyser”. Analyserne har bidraget til at belyse, hvor langt delprojekterne er kommet med datagrundlaget for effektmålene, herunder mulighederne for at bruge effektmål som oprindeligt ønsket, fx på tværs af enheder og sektorer (”gap” mellem behov og realiserede muligheder).

Desuden har der været en løbende dialog og samarbejde med delprojekter, regioner og de bredere interessentkredse. Samarbejdet har været tilpasset de enkelte delprojekters behov og fremdrift gennem hele projektet.

4.2. HVOR LANGT ER DELPROJEKTERNE NÅET¹³

Delprojekterne er nået forskellige stadier i deres arbejde, herunder dybde og omfang af de erfaringer de har opnået med grundelementer, rammebetingelser og kulturforandring. To af delprojekterne – hofte og knæ samt angst og depression – er således startet flere år før det tværregionale projekt. De havde ved opstarten af de øvrige delprojekter allerede konkrete erfaringer med fx

¹³ For detaljeret beskrivelse af delprojekterne henvises til Bilag C

udvikling af effektmål og brug af patientrapporterede oplysninger. Desuden har begge delprojekter en stærk klinisk forankring.

De øvrige delprojekter er igangsat i forbindelse med det tværregionale projekt, og har haft forskellig fremdrift. Flere delprojekter har knyttet det tværregionale projekt til mere lokale formål, fx har delprojektet vedrørende hjertebehandling samtidig omlagt et stort antal patientforløb.

Delprojekterne har således haft forskellige udgangspunkter, og har udviklet sig forskelligt gennem perioden. Delprojekterne har dog alle opnået erfaringer med flere af grundelementerne, rammebetingelser og behovet for kulturforandring.

Nedenstående figur illustrerer hvilke grundelementer og rammebetingelser delprojekterne har behandlet gennem projektets levetid.

Figur 5: Oversigt over delprojekter

	Grundelementer						Rammebetingelser		Tovholder
	Effektmål	Patientforløb	Risikojustering	Datakilder	PRO-data	Ressourcer/omkostninger	Data-tilgængelighed	Datasamkøring	
Angst og depression	●	◐	◑	●	●	◐	●	●	Region Hovedstaden
Apopleksi	●	●	◐	●	●	◐	●	●	Region Midtjylland
Diabetes	◐	●	◐	◐	◐	◑	◑	◑	Region Nordjylland
Epilepsi	◐	◐	◑	●	●	◐	◑	◑	Region Sjælland
Hjerter	●	●	◐	◐	◐	◐	◑	◑	Region Hovedstaden
Hofte/knæ	●	●	●	●	●	◐	●	●	Region Nordjylland
Prostatakræft	●	◐	◐	●	●	◐	●	●	Region Syddanmark

● Har arbejdet med element/rammebet.
◐ Har påbegyndt arbejde med element/rammebet.
◑ Har ikke arbejdet med element/rammebet.

Figuren illustrerer, at alle delprojekter har været gennem udvælgelse af effektmål og afgrænsning af patientforløb. Tilsvarende har alle delprojekter arbejdet med datakilder, særligt patientrapporterede oplysninger, enten fordi data allerede var tilgængeligt, eller fordi der har været behov for at indsamle sådanne oplysninger.

Delprojekterne vedrørende hofte og knæ samt til dels apopleksi, diabetes, hjerter og prostatakræft har desuden arbejdet med risikojustering og sammenligning mellem forskellige enheder. Herunder har der været særligt fokus på behovet for avanceret risikojustering i forbindelse med sammenligning på individniveau og for større patientgrupper.

Delprojekterne har alle været i dialog om fordele og ulemper ved ressource- og omkostningsopgørelser i forbindelse med effektmål. Med udgangspunkt i det arbejde, der er foregået sideløbende med projektet om brug af den nationale omkostningsdatabase, har delprojekterne generelt valgt at tage afsæt i omkostningsdatabasen.

Det har imidlertid ikke været muligt at opnå praktisk erfaring i det tværregionale projekts levetid, da delprojekterne ikke har fået adgang til omkostningsdatabasen i rette tid. Delprojektet vedrørende apopleksi har fra oktober 2018 fået adgang til

omkostningsdatabasen på Forskermaskinen i Sundhedsdatastyrelsen, og der arbejdes på nuværende tidspunkt med at få erfaringer med anvendelsen af den.

Delprojektet vedrørende diabetes har desuden gjort egne erfaringer med omkostningsberegninger ved brug af metoden ”Time-Driven Activity Based Costing”. Der er udviklet en beregningsmodel med udgangspunkt i lokale data¹⁴, og der arbejdes fortsat med at teste metoden i en klinisk kontekst.

Delprojekterne har tilsvarende arbejdet med rammebetingelserne, der skal være på plads for at arbejde mere systematisk med værdibaseret sundhed. Der har primært været fokuseret på de juridiske barrierer for adgang til og anvendelse af data til understøttelse af de definerede effektmål. Disse barrierer har således begrænset mulighederne for at opnå konkrete erfaringer med brugen af effektmål i den kliniske hverdag.

Erfaringerne med adgang til data bygger på en fokuseret fælles indsats på tværs af delprojekterne, hvor som tidligere nævnt er inddraget både regionale jurister og ekstern juridisk bistand. Erfaringerne er således omfattende, enslydende og et solidt grundlag for anbefalinger til det videre arbejde.

Delprojekterne har sidst erfaret behovet for klinisk forankring, der har været helt centralt for fremdriften i projekterne. De konkrete erfaringer hviler således på, at klinikerne oplever en reel nytte af arbejdet med særligt effektmål. Dertil viser erfaringerne, at der er stort behov for samspil mellem klinikere, administratorer og øvrige aktører, som alle bidrager til det samlede patientforløb – og som alle er vigtige for planlægning, gennemførelse og opfølgning på patientforløbet.

Som det fremgår har alle delprojekter opnået en række fælles generelle erfaringer, men de enkelte delprojekter udemærker sig også ved at have udviklet særlige løsninger og har forskellige ambitioner i forhold til det videre arbejde. Dette er præsenteret nedenfor.

Figur 6: Karakteristika for de enkelte delprojekter¹⁵

De syv delprojekter er kendetegnet ved forskellige tilgange og fokus og har dermed også forskellige behov i forhold til det videre forløb. Nedenfor er de vigtigste karakteristika gengivet for hver af de syv delprojekter:

- **Angst og depression (Region Hovedstaden):** Projektet har i projektperioden haft særlig fokus på at udvikle det eksisterende analyseværktøj, Behandlingseffekt, så anvendelsen af effektmålsdata kan udvides til at dække såvel den kliniske dagligdag og som ledelsesformål. I det videre arbejde fokuserer projektet på udbredelse og anvendelse af Behandlingseffekt til flere centre og flere patienter, og brugen af data i klinikken og til ledelsesformål, herunder benchlearning

¹⁴ Se Bilag C om diabetes-projektet for yderligere beskrivelse.

¹⁵ Se Bilag C for detaljeret beskrivelse af de syv delprojekter

- **Apopleksi (Region Midtjylland):** Projektet har i projektperioden haft særlig fokus på at indsamle klinisk rapporterede patientoplysninger vedr funktionsevne og trivsel i samarbejde med RKKP. Derudover har projektet arbejdet med kompositindikator for analyser af bl.a. sammenhæng mellem effekt og omkostninger. I det videre arbejde fokuserer projektet på anvendelse af data om effektmål og omkostninger, herunder brugen af et analyseværktøj
- **Diabetes (Region Nordjylland):** Projektet har i projektperioden arbejdet i to sideløbende spor. Det ene spor har haft særlig fokus på udvikling af et test-værktøj der kan sammenstille bl.a. omkostninger og kliniske kvalitetsmål til brug for fx klinikledelserne. Det andet spor har igangsat et langsigtet klinisk forankret forskningsprojekt (VBS PRO-DIA), som i projektperioden bl.a. har arbejde med udvikling af en løsning for patientrapporterede oplysninger. I det videre arbejde fokuserer VBS PRO-DIA-projektet på test af løsningen for patientrapporterede oplysninger samt videreudvikling af modeller og værktøjer for værdibaseret diabetesbehandling
- **Epilepsi (Region Sjælland):** Projektet har i projektperioden haft særlig fokus på, hvordan der meningsfuldt kan foretages afgrænsning af patientforløb for kroniske patienter samt anvendelse af eksisterende PRO-data. I det videre arbejde fokuserer projektet på udfordringer med dataadgang, herunder inden for hvilke rammer, PRO-data kan anvendes i udviklings- og ledelsesarbejdet
- **Hjertes (Region Hovedstaden):** Projektet har i projektperioden haft særlig fokus på at etablere en analysemodel, der er klinisk relevant, og som kan anvendes til vurdering af effekten af behandlingen med udgangspunkt i patientens samlede forløb set over en 5 årig periode. I det videre arbejde fokuserer projektet på indsamling af patientrelaterede oplysninger, i regi af Sundhedsdatastyrelsens PRO-sekretariat, der kan understøtte anvendelse og udbredelse af værdibaseret hjertebehandling
- **Hofte/knæ (Region Nordjylland):** Projektet har i projektperioden haft særlig fokus på, hvordan PRO -data kan anvendes som dialog- og beslutningsstøtte, hvordan data kan bidrage til at afdække effekten af behandlingen og endelig hvordan data kan danne grundlag for analyser af ”patients like me” med henblik på at kvalificere såvel beslutningen om behandling som dialogen med patienten. I det videre forløb fokuserer projektet på indsamling af PRO-data i samarbejde med udvalgte kommuner, så der kan opnås fælles erfaring med patientbehandling og rehabilitering på tværs af sektorer
- **Prostatakræft (Region Syddanmark):** Projektet har i projektperioden haft særlig fokus på at anvende eksisterende PRO-data til vurdering af effekten af behandling og pleje. Dette er sket i tæt samarbejde med RKKP. Delprojektet har således fået adgang til data via RKKP inden for rammen af kvalitetsarbejde. I det videre forløb fokuserer projektet på behandling af indsamlede data med henblik på at kunne præsentere effektmål, herunder vurdere anvendelsesmulighederne af de eksisterende PRO-data.

Samlet har delprojekternes arbejde bidraget med robuste erfaringer med centrale dele af værdibaseret sundhed, men der udestår stadig at opnå flere konkrete erfaringer med, hvordan effektmål og resultaterne heraf kan anvendes i den kliniske hverdag og til ledelsesmæssige beslutninger.

Det står dog klart, at både regioner og sygehuse er opmærksomme på, at skabe viden om effekten af patientbehandlingen, og at denne øgede viden kan anvendes

i det daglige kliniske arbejde lokalt på sygehusafdelinger, og på tværs af regioner, kommuner og praksis. I det følgende beskrives de vigtigste erfaringer med grundelementer, rammebetingelser og kulturforandring. Herunder gives konkrete eksempler på erfaring og læring fra de forskellige delprojekter.

4.3. ERFARINGER MED GRUNDELEMENTER

I det følgende beskrives de vigtigste erfaringer omkring grundelementerne, som er indsamlet i delprojekterne: behovsafklaring, effektmål, patientforløb, data i form af patientrapporterede oplysninger, risikojustering og erfaringer med opgørelser af ressourcer og omkostninger.

4.3.1. Governance

Erfaringerne fra delprojekterne viser, at hvis arbejdet med værdibaseret sundhed skal forankres i den kliniske hverdag og danne grundlag for dialog på tværs af sektorer, skal projektet organiseres derefter. Det betyder, at der skal opsættes en governance, der tager hensyn til klinisk forankring, involvering samt mandat og ledelsesmæssig support.

Klinisk forankring

De delprojekter, der fra starten har været klinisk forankret, er også de projekter, hvor fremdriften har været tydeligst. Den kliniske forankring sikrer, at arbejdet med effektmål tager udgangspunkt i de konkrete behov, som de respektive kliniske specialer arbejder med i dagligdagen, og opleves relevant.

Dermed kan de specifikke effektmål blive et naturligt supplement til det løbende kliniske arbejde. Det sikrer, at udvikling af effektmål knyttes direkte til den kliniske hverdag, og at resultater kan knyttes direkte til de konkrete arbejdsgange for patientbehandlingen.

Involvering

Det har vist sig afgørende for arbejdet med effektmål, at de udvikles med fokus på nationale løsninger på tværs af regioner og sektorer med tydelig patientinvolvering.

Det er en klar forudsætning, at de relevante regionale og nationale faglige miljøer, herunder klinisk faglige selskaber, repræsentanter for de kliniske kvalitetsdatabaser, forskningsmiljøer og andre relevante interessenter involveres i arbejdet, fx gennem arbejds- eller følgegrupper, hvor det er muligt at skabe den fornødne konsensus om indhold og omfang af effektmål, datakilder mv.

Det er endvidere vigtigt at sikre tværsektoriel sammensætning af deltagerkredsen, så der bliver en multidisciplinær tilgang til udviklingen af effektmål på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger, herunder på tværs af faggrupper. Omfanget af relevante faggrupper afhænger af patientpopulation og behandlingsområde.

Sidst er det afgørende at sikre patientinvolvering, da effektmålene (også) tager udgangspunkt i om behandling lykkes set fra patientens perspektiv. Erfaringerne fra delprojekterne viser, at involvering af patienterne bidrager til at skærpe patientfokus. Ligesom det bidrager til, at de sundhedsfaglige løsninger, herunder særligt om spørgeskemaer til indsamling af patientrapporterede oplysninger, giver mening fra patientperspektivet. Det vigtigste er, at patienter involveres så tidligt som muligt, så de er med i både udvikling og test.

Mandat og support

Delprojekterne har sidst vist, at rammerne for arbejdet med effektmål skal være på plads. Der skal være en klar ambition og mandat til, hvad man ønsker at udvikle. Der skal være tid og rum til at udvikle løsningerne. Og der skal være budget og ressourcer til rådighed for at sikre den rigtige udvikling.

Læringspunkter vedrørende governance

Erfaringerne med governance kan opsummeres i følgende overordnede læringspunkter:

- **Klinisk forankring:** Udvikling af effektbaserede målinger skal være klinisk forankret for at blive tæt knyttet på det fremadrettede, daglige kliniske arbejde og udvikling
- **Tværfaglig og tværsektoriel involvering:** Inddragelse af relevante fagpersoner på tværs af regioner og sektorer sikrer fremtidigt ejerskab til løsninger i det daglige, kliniske arbejde fremadrettet
- **Patientinddragelse:** Tidlig patientinvolvering sikrer, at effektbaserede målinger bliver værdifulde for patienterne samtidig med, at ejerskab til fx PRO-målinger skærpes. Dette er ligeledes medvirkende til at sikre kvaliteten af løsningerne, herunder at patienterne involverer sig i et kontinuert (livslangt) kroniske forløb
- **Tydeligt mandat:** Der skal være ledelsesopbakning til, at udvikling af effektmål prioriteres
- **Budget og ressourcer skal følge ambitionen:** Der skal være de rette økonomiske og tidsmæssige ressourcer til at udvikle effektbaserede målinger, så de laves grundigt og sikrer bred involvering og ejerskab. Det er en investering på den korte bane, men det vil have værdi, såfremt det bliver til landsdækkende og tværsektorielle løsninger på sigt.

4.3.2. Behovsafklaring

Behovsafklaringen i delprojekterne har afdækket en væsentlig forskel mellem det kliniske og det ledelsesmæssige perspektiv på værdibaseret sundhed. Behovene er forskellige afhængigt af, hvor man befinder sig i organisationen, og hvilke typer opgaver man skal løse. Mens klinikere efterspørger information om deres patienter og information til forbedringsarbejde i klinikken, har man i en ledelsesfunktion mere behov for overordnede resultater, der viser om der sker forbedringer på et overordnet plan og gerne med mulighed for at sammenligne sig med andre afdelinger, sygehuse eller regioner.

For både det ledelsesmæssige og kliniske perspektiv gælder det, at der skelnes mellem operationelle og strategiske behov, som viden om effekt og omkostninger kan understøtte.

Projektet har således afdækket to gange to dimensioner, som viser de primære anvendelsesbehov. Første dimension er den relevante målgruppe: klinisk perspektiv eller ledelses perspektiv. Anden dimension er det relevante formål: operationelt formål eller strategisk formål:

■ **Målgruppen:**

- **Klinisk:** Den kliniske dimension handler om, hvordan klinikere kan forbedre det kliniske arbejde og herigennem løfte værdien for patienten
- **Ledelse (administrativ):** Den administrative ledelsesmæssige dimension handler om, hvordan ledere på alle niveauer kan understøtte den kliniske udvikling og samtidig have fokus på at balancere mål og ressourcer såvel inden for som på tværs af organisatoriske enheder (afdeling, hospital, region).

■ **Formålet:**

- **Operationelt:** Den operationelle dimension handler om, hvordan medarbejdere og ledere i dagligdagen kan få nye og supplerende informationer og tilbagemeldinger til at tage endnu bedre – mere informerede – beslutninger, der understøtter patientbehandlingen, med udgangspunkt i værdien for den enkelte patient. Det kan være besvarelse af spørgsmål som; Skal patienten opereres, er det værdiskabende for patienten? Er der særlige eksterne forhold, der skal tages i betragtning inden patientbehandlingen tilrettelægges? Det operationelle perspektiv er primært kortsigtet
- **Strategisk:** Den strategiske dimension handler om, hvordan medarbejdere og ledere kan udvikle det samlede sundhedsvæsen i en retning, med særligt fokus på kontinuerligt at løfte værdien for patienten inden for de givne økonomiske ressourcer. Det kan være besvarelse af spørgsmål som; Hvordan er behandlingens effekt samlet set for alle

patienter? Hvilke indsatsområder bør der arbejdes med? Er der enheder, som andre kan lære fra? Det strategiske perspektiv er primært langsigtet.

De primære anvendelsesbehov er illustreret i nedenstående figur:

Figur 7: Anvendelsesbehov, værdibaseret sundhed

	Operationelt dimension (kort sigt)	Strategisk dimension (lang sigt)
Klinisk dimension	<p>Dagligt klinisk arbejde i direkte dialog med patienter</p> <p>Behov for at kunne tage bedre beslutninger i forhold til behandlingen (omfang og indhold) med hjælp af informationer.</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beslutningsstøtteværktøj / dialogstøtte / visitationsstøtte • Prædiktionsmodel 	<p>Klinisk forankret udviklingsarbejde</p> <p>Behov for at kunne vurdere behandlingens effekt samlet set for alle patienter. Behov for at værktøjet kan give svar på, hvilke indsatsområder der bør arbejdes med.</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sammenligne egen behandling over tid • Sammenligne behandling på tværs af hospitaler og regioner • Dialog på tværs af sektorer
Ledelsesdimension	<p>Hyppig opfølgning på ledelsesniveau</p> <p>Behov for - i den løbende drift - at kunne forholde sig til resultatet af behandlingen, herunder om behandlingen lever op til de ønskede standarder og mål for kvalitet, effekt og omkostningsniveau.</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løbende evaluering/månedsopfølgning • Grundlag for forbedringsarbejde og afklaring af indsatsområder 	<p>Langsigtet udviklingsarbejde på ledelses og administrativt niveau</p> <p>Behov for at kunne vurdere effekt i forhold til ressourceforbrug. Behov for informationer til planlægning og kapacitetsjusteringer på længere sigt.</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årlig planlægning af kapacitet • Årlig ressourcestyring • Sammenligning af ressourceforbrug over tid og på tværs af regioner • Dialog på tværs af sektorer

Figuren viser de forskellige perspektiver og dimensioner, som er relevante at tage i betragtning, når værdibaseret sundhed, særligt brugen af effektmål, vurderes i forhold til anvendelsesbehovet. Det har gennem hele projektet været nyttigt at illustrere disse forhold, når anvendelsesmuligheder og erfaringer har været diskuteret og indsamlet i delprojekterne.

Læringspunkter vedrørende behovsafklaring

Erfaringerne med behovsafklaring kan opsummeres i følgende overordnede læringspunkter:

- **Tidlig afklaring:** Værdibaseret sundhed er et sammensat koncept, og derfor bør man være tydelig om, hvilket del af konceptet, man ønsker at arbejde med. Det er således vigtigt, at projekter, som arbejder med værdibaseret sundhed tidligt afklarer, hvad formålet og ambitionsniveauet skal være for arbejdet. Er ambitionen med værdibaseret sundhed at kunne arbejde i den kliniske dagligdag med fx beslutningsstøtte og

prædiktionsværktøjer? Eller er det derimod i højere grad et behov for mere langsigtede løsninger, der kan understøtte det kliniske udviklingsarbejde og den overordnede planlægning og ressourcestyring, der ønskes imødekommet? Det ene formål udelukker ikke det andet, men en tidlig fastsættelse af projektets ambitionsniveau og mål er vigtig og bidrager til at øge sandsynligheden for succes

- **Beslutningsstøtte:** De identificerede effektmål imødekommer et hidtil udekket klinisk behov for beslutningsstøtte. De bidrager til øget klinisk indsigt i effekten af behandlingen og supplerer eksisterende ledelsesinformation og beslutningsstøtte godt
- **Præsentation:** Det har vist sig vigtigt, at forholde sig til forskellige ønsker til, hvordan effektmål skal præsenteres. Klinikerne ønsker typisk at få mere detaljeret viden om resultater, som kan bruges i den konkrete patientbehandling og til kvalitetsudvikling på deres eget behandlingsområde. Mens lederne og det administrative personale i højere grad ønsker at få præsenteret et overordnet og forenklet billede af resultaterne, så det bliver muligt at få overblik over udviklingen på patientgrupper. Enkelte delprojekter har efterspurgt et samlet ”kongeeffektmål” med henblik på at få et samlet mål for effekten for hvert sygdomsområde. Andre har peget på, at aggregering kan foregå ved at vise en samlet indikator for ”andel af effektmål, der er overholdt” eller alternativt et effektmål for ”all or none”
- **Vidensdeling:** Projekterne har en meget positiv indstilling til, at arbejdet med værdibaseret sundhed giver mulighed for vidensdeling på tværs af afdelinger, hospitaler, regioner og sektorer for så vidt angår ambitionsniveau, effektmål resultater, organisering, ressourceforbrug mv.

4.3.3. Effektmål og patientforløb

Som beskrevet indledningsvist har det samlede projekt primært fokuseret på effektdelen af værdibaseret sundhed. Effektmål skal bidrage til at ”måle” om behandling af patienten har givet patienten den ønskede effekt. Effektmål er definatorisk forskellige fra fx procesmål, hvor effektmål handler om at kunne måle direkte på effekten af en behandling (fx PRO spørgsmål om funktionsevne), mens procesmål handler om at måle på processer, der leder hen til effekt (fx ventetider, hvor stor en andel, der får en given behandling eller undgår genindlæggelse o.l.). I valget af konkrete effektmål og tilknyttede indikatorer i de syv projekter har det imidlertid været vigtigst at sikre, at målene giver klinisk (og patientmæssig) relevans i forhold til at vurdere om der opnås effekt med behandling og pleje. Ligeledes har ønsket om at anvende eksisterende datakilder sat nogle begrænsninger på mulighederne for effektmål. Der kan i den sammenhæng være valgt mål, der definatorisk forstand er procesmål og ikke effektmål. Dette delafsnit behandler effektmål, tilpasning af patientforløb til

effektmål, og sidst behovet for risikojustering ved sammenligning mellem enheder.

Effektmål

Det har været tydeligt i delprojekterne, at særligt klinikere har en større efterspørgsel efter effektmål, som kan indgå i både behandling og det løbende kvalitetsarbejde. Således arbejdes der allerede i dag med proces- og kvalitetsmål, samt nogle former for effektmål. Nye typer af effektmål, særligt baseret på patientrapporterede oplysninger, kan bidrage med yderligere viden, der kan benyttes i behandlingssituationen – og eventuelt løfte det løbende forbedringsarbejde.

Eksempler på mål til værdibaseret sundhed er illustreret i nedenstående figur.

Figur 8: Mål for værdi for patienten apopleksi

Effektmål	Beskrivelse
Overlevelse	At behandlingen bidrager til at patienten overlever den akutte apopleksi
Komplikationer	At patienten oplever færrest mulige komplikationer som følge af behandlingen
Ikke-planlagt genindlæggelse	At patienten undgår ikke-planlagte genindlæggelser efter behandlingen
Kontakt med almen praksis	At vise antallet af kontakter patienten har haft med almen praksis efter behandlingen (relateret til sammenhæng med praksis)
Funktionsniveau	At behandlingen bevirker, at patientens funktionsniveau ikke forværres efter den akutte apopleksi
Trivsel	At patientens trivsel ikke forværres efter den akutte apopleksi
Genoptræning	At patienten oplever at få udbytte af sin genoptræning

Figuren viser de effektmål, som er udviklet i forbindelse med delprojektet vedrørende apopleksi, og indeholder både effektmål, som allerede anvendes (fx overlevelse), og nye typer af effektmål baseret på oplysninger fra patienter (fx trivsel). Effektmålene er som tidligere beskrevet udviklet med afsæt i ICHOM-standarder, og efterfølgende tilpasset en lokal dansk kontekst.

Bred involvering, styrket patientfokus

Delprojekternes involvering af en bred interessentkreds, herunder patienter samt repræsentanter fra patientforeninger, praksissektor og kommuner, har bidraget til at styrke både det patientnære fokus og det samlede patientforløb.

Den brede involvering har dokumenteret en interesse for opfølgning på effekt, ikke kun blandt klinikere, men også en række andre relevante interessenter i sundhedssektoren. Der er helt overordnet skabt en konsensus blandt klinikere og andre interessenter: patientfokus skal styrkes, og der skal følges op på behandlingseffekt med et bredere sigte end tidligere.

Skiftet mod et mere tydeligt patientfokus illustreres bedst ved, at en større andel af de udvalgte effektmål – de mål som den samlede gruppe vurderede bedst egnet til at beskrive effekten set fra patientens perspektiv – er baseret på netop patientrapporterede oplysninger om helbredstilstand, trivsel, funktionsevne og lignende. Dette er illustreret i nedenstående figur.

Figur 9: Effektmål, baseret på patientrapporterede oplysninger

	Effektmål	Effektmål baseret på patientrapporterede oplysninger	Indikatorer, andel baseret på patientrapporterede oplysninger
Hjerter	20	4	20%
Angst og depression	5	5	100%
Epilepsi	8	5	63%
Apopleksi	7	2	29%
Hofte/Knæ	5	3	60%
Diabetes			
Prostata	5	3	60%

Figuren viser, hvordan de enkelte delprojekter har defineret effektmål, der er baseret på indsamling af oplysninger fra patienter. Oplysninger som typisk ikke er indsamlet tidligere og anvendt i både behandlingsbeslutninger, og det løbende kvalitetsarbejde. Det skal bemærkes, at flere delprojekter forventeligt havde defineret yderligere effektmål, hvis flere patientrapporterede oplysninger allerede blev indsamlet.

To af delprojekterne har som tidligere beskrevet arbejdet med effektmål gennem flere år. Det gælder delprojekterne vedr. hofte- og knæoperationer i Ortopædkirurgisk afdeling i Region Nordjylland, samt behandling for angst og depression i Region Hovedstadens psykiatri. Begge delprojekter arbejder med effektmål som en fast og naturlig del af patientforløbet, og danner grundlag for den kliniske beslutning i forhold til valg af behandling.

Læringspunkter vedrørende effektmål

Samlet har delprojekterne vist, at der er efterspørgsel efter nye typer af effektmål, men også at der er mange forskellige perspektiver på effektmål. Erfaringerne med effektmål kan opsummeres i følgende læringspunkter:

- **Patientinddragelse:** Inddragelse af patienter bidrager til at balancere mellem det kliniske og patientnære fokus – der skabes på sin vis et mere helhedsorienteret perspektiv på patientbehandlingen
- **Inddragelse af øvrige interessenter:** Inddragelse af øvrige interessenter fra en bredere kreds af klinikere, repræsentanter fra kommuner, praksis og lignende bidrager til at afspejle det fulde (tværsektorielle) patientforløb i

forbindelse med udvikling af effektmål – der fokuseres ikke kun snævert på effekten af den sygehusspecifikke del af patientbehandlingen

- **Udgangspunkt i internationale standarder:** Internationale standarder kan med fordel danne grundlag for definition af effektmål (tilpasset dansk kontekst), så metode og mål allerede er videnskabeligt testet og verificeret
- **Datatilgængelighed:** Der bør i forbindelse med definition af effektmål tages kritisk hensyn til datagrundlaget, herunder om data findes og der er adgang til dem, fx patientrapporterede oplysninger (dette behandles yderligere i senere afsnit).

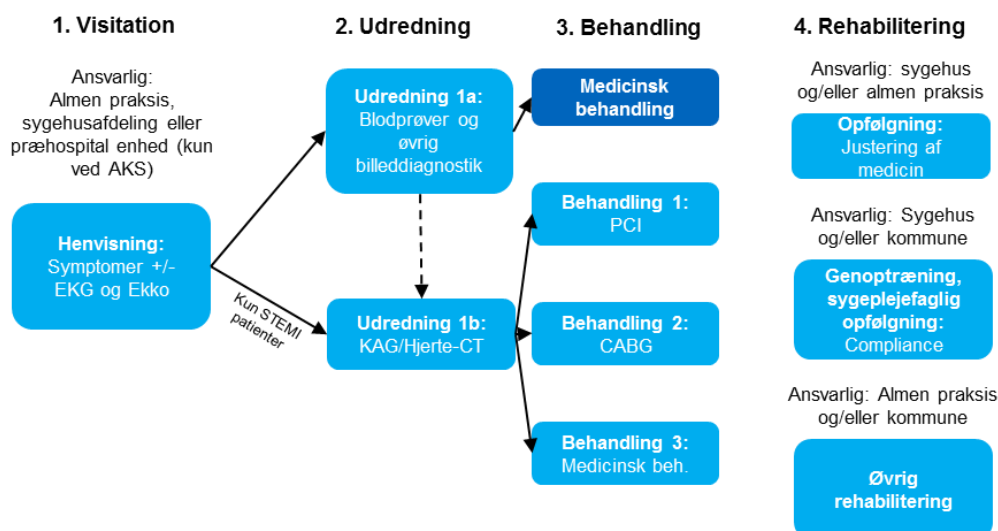
Patientforløb

Delprojekterne har arbejdet med meget forskellige behandlingsområder og deraf følger også forskellige typer af hensyn og udfordringer i forhold til at definere patientforløb. Samtlige delprojekter har brugt tid på at definere patientgrupper og afgrænse patientforløb, herunder forholde sig til patientforløb på tværs af sektorer, og hvordan effekt måles i sådanne tværsektorielle forløb.

Delprojekterne har i det videre arbejde fokuseret på den eller de dele af patientforløbet, som foregår på de involverede afdelinger og hospitaler, men som senere kan udvides til at involvere andre aktører.

Erfaringerne viser generelt, at øget fokus på effekt for patienten (den værdibaserede tilgang) medfører et skærpet patientfokus; Er der fuld sammenhæng mellem patientgruppe, behandling og effekt i form af værdi for patienten? Et godt eksempel er delprojektet vedrører hjertesygdomme, hvor projektet har været en løftestang til at skifte det traditionelle fokus på effekt af behandling ud med værdi – eller effekt – i et patientperspektiv. Forløbet er illustreret nedenfor.

Figur 10: patientforløb for iskæmisk hjertesygdom



Tidligere har man som udgangspunkt fokuseret på effekt af behandling et år efter ballonudvidelse med afsæt i de kliniske databaser på hjerteområdet. Arbejdet har imidlertid medført et ændret perspektiv på patientforløbet, hvor man nu planlægger at følge den enkelte patient i 5 år efter behandlingsstart – uanset hvilket patientforløb patienten gennemgår. Dette fordi patienter som gentagne gange oplever en iskæmisk hjertesygdom, vil se de behandlinger de modtager i en sammenhæng, og ikke som isolerede hændelser.

Som en del af arbejdet med at definere patientforløb, er det blevet fremført, at brugen af effektmål alene er relevant i forhold til "simple" forløb med klart afgrænsede start- og slutpunkter. Det er eksempler som Martini Klinikken i Hamborg, som alene fokuserer på lokal prostatakræft, eller delprojektet som vedrører hofte- og knæoperationer, som fremhæves. Erfaringerne viser imidlertid, at de delprojekter der primært vedrører kroniske patienter, har formået at afgrænse både patientforløb og patientpopulationer, og dermed også forholde sig til effekt og værdi for patienten.

Problemstillinger omkring afgrænsning

Der er naturligt en række problemstillinger relateret til fastlæggelse af patientforløb, særligt hvad angår afgrænsning af patientforløb i forhold til behandlingsmetode, behandlingsomfang og efterfølgende sygdomsforløb. Det er således vigtigt at afklare, hvordan det konkret definerede patientforløb er afgrænset for at resultater og effektmål kan sættes i rette kontekst.

Som eksempel kan fremhæves delprojektet vedrørende prostatakræft, hvor det er besluttet at afgrænse patientforløbet til *lokal prostatakræft behandlet ved operation*. Denne behandling udgør kun en andel af det samlede patientforløb relateret til lokaliseret prostatakræft, hvor man alternativt kunne modtage en medicinsk behandling eller kemoterapi. Effektmålene for lokal prostatakræft

behandlet ved operation giver således mening for en del af det samlede sygdomsforløb prostatakræft, men ikke for de dele, hvor behandlingen for prostatakræft er andet end operation.

Eksemplet illustrerer behovet for kritisk stillingtagen, når der skal arbejdes med afgrænsning af patientforløb til patientgruppen, patientforløb og direkte sammenhæng til effektmål. Denne problemstilling er tilsvarende relevant i forhold til forløb uden for hospitalet, og mere komplicerede og uklare forløb, hvor patienter parallelt behandles for konkurrerende lidelser.

Et andet eksempel er delprojektet vedrørende angst og depression, der forholder sig til konsekvensen ved frafald af patienter under behandlingsforløbet. Her er patientforløbet afgrænset til ambulant behandling af ikke-psykotiske lidelser, hvor der erfaringsmæssigt sker frafald af patienter undervejs. Det vil alt andet lige påvirke effektmålene. Delprojektet forholder sig således til den samlede behandlingseffekt, under hensyntagen til netop denne afgørende faktor.

Læringspunkter vedrørende patientforløb

Erfaringerne med afgrænsning af patientforløb, så arbejdet med effektmål bliver relevant og meningsfuldt, kan opsummeres i fire overordnede læringspunkter, der er tæt relateret til hinanden. De to første læringspunkter relaterer sig til tolkningen af behandlingseffekt, mens de to sidste læringspunkter relaterer sig til den reelle sammenhæng mellem patientforløb og effektmål:

- **Forståelse af patientforløb:** Det er afgørende, at det er klart om hele eller kun en delmængde af patientforløbet er relateret til specifikke effektmål. Er et givet effektmål kun relevant for dele af patientforløbet?
- **Selektionsbias:** Det er afgørende, at det ikke kun er de patienter med de bedste forudsætninger for reel effekt, som medtages i en given patientgruppe. Vurderer vi den reelle effekt af behandlingen, eller overvurderes effekt?
- **Kausalitet:** Det er afgørende at forstå kausaliteten mellem patientforløb og effekt. Er der klar (entydig) sammenhæng mellem behandling og effektmål, og kan resultater anvendes i det videre arbejde?
- **Samlet vurdering:** Det er afgørende at forstå, hvor præcist patientforløbet relaterer sig til patientens samlede tilstand. Har patientforløbet kun delvis indflydelse på patienten samlede tilstand og oplevelse af behandling?

Risikojustering

Gennem hele projektforløbet, og blandt alle delprojekterne, har særligt muligheden for sammenligning af resultater – forskelle i effektmål – været diskuteret. Det gælder specifikt, når forskelle i effektmål skal anvendes i det videre kliniske kvalitetsarbejde. Der kan således være behov for, at benytte

statistiske metoder til at sikre, at effektmål reelt er sammenlignelige mellem fx afdelinger, sygehuse og regioner – der kan være behov for risikojustering.

Erfaringerne fra delprojekterne viser, at der kan være forskellige holdninger til, hvorvidt og hvordan resultater kan sammenlignes på tværs af populationer og deraf organisatoriske enheder. Det vil sige, hvordan resultater kan eller skal risikojusteres for at være anvendelig til sammenligning, og dermed bidrage til læring på tværs af de involverede organisatoriske enheder (og reelt også de enkelte klinikere).

For de fleste klinikere er det afgørende, at resultater risikojusteres på et 'tilstrækkeligt' niveau, og i forhold til den specifikke sammenligning. Det kan være i dialogen om effekten af den enkelte patients behandling, eller i forbindelse med sammenligning af behandlingsresultater på patientpopulationer mellem fx hospitaler og regioner. Nedenstående figur illustrerer forskellige tilgange til risikojustering.

Figur 11. Risikojustering – hvad er vigtigt?

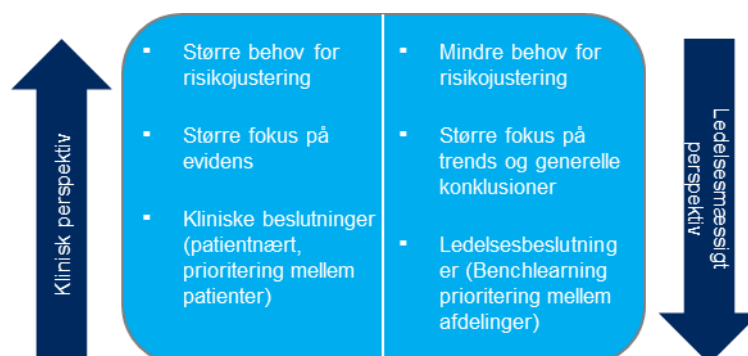
Der er mange metoder til risikojustering. Der kan ikke opstilles en entydig formel op for, hvordan man skal risikojustere. Metoderne spænder lige fra 1) ikke at justere overhovedet, 2) simpel køn- og aldersstandardisering, 3) justering for køn, alder samt udvalgte risikofaktorer, fx ko-morbiditet til 4) omfattende risikojustering, der inkluderer avanceret statistisk metode og analyse til at fjerne al ikke-relevant "støj".

Et vigtigt udgangspunkt for at finde den mest hensigtsmæssige metode er at tage udgangspunkt i, "hvad er det for et spørgsmål, der ønskes svar på?", og hvad medfører det af naturlige justeringer. Der er fx forskel på at spørge om 1) "Hvad er den overordnede forskel på effekt af apopleksibehandlingen mellem Region Hovedstaden og Region Midtjylland?" Og at spørge om "Hvad er forskellen på effekt af apopleksibehandlingen mellem patienter uden ko-morbiditet med patienter med ko-morbiditet?" Hvor førstnævnte analyse ikke nødvendigvis skal korrigeres for ko-morbiditet, så skal sidstnævnte korrigeres herfor.

Vigtigheden i at afdække det rette niveau for risikojustering ligger i problemstillingen, at både en for lille risikojustering og en for stor risikojustering medfører risiko for skæve resultater. I forhold til at skulle anvende sammenligning af resultater i både en klinisk og ledelsesmæssig sammenhæng, er det afgørende, at beslutninger ikke træffes ud fra 'forkerte' resultater og derfor er det nødvendigt med et rimeligt niveau af risikojustering.

Delprojekterne har vist, at der er en generel enighed om at afveje ønsket om en simpel metode på den ene side, og på den anden side kravet til at resultater reelt er sammenlignelige. Dette afspejler sig særligt i forskellen mellem et klinisk og en ledelsesmæssig synsvinkel, og er illustreret i nedenstående figur.

Figur 12. Forskellige syn på risikojustering fra en klinisk og ledelsessynsvinkel



Figuren viser, at der fra et ledelsesperspektiv ikke er brug for detaljeret risikojustering, hvor høj frekvens af data, samt trends og generelle konklusioner er vigtigere. Derimod er evidens og reel sammenligning vigtigere i et klinisk perspektiv, hvilket netop fordrer en mere præcis og grundig risikojustering.

Læringspunkter vedrørende risikojustering

Erfaringerne med behovet for risikojustering kan opsummeres i følgende læringspunkter:

- **Risikojustering nødvendigt:** Risikojustering er relevant og nødvendigt, således at effektmål og resultater af behandling sammenlignes på et korrekt og anerkendt grundlag – og derved kan bidrage til tværgående læring
- **Enkelthed:** Der er stor risiko for, at risikojustering bliver meget avanceret og reelt forhindrer sammenligning, og hvor metode og resultater kan være uklare for modtagerne. Der bør således findes et realistisk niveau for risikojusteringen inden for de specifikke sygdomsområder, og i forhold til modtagere, der afvejer balancen mellem sammenlignelig og anvendelighed.

4.3.4 Data

Data og datakilder er 'grundstenen' i arbejdet med værdibaseret sundhed med fokus på effektmål. Delprojekterne har alle skulle forholde sig til, hvilke datakilder som kan understøtte de definerede effektmål. Dette delafsnit behandler således de primære datakilder generelt, og specifikt patientrapporterede oplysninger som kilde til nye oplysninger.

Datakilder

Der er en lang tradition for at indsamle data i det danske sundhedsvæsen, det gælder eksempelvis Landspatientregisteret (LPR) og de kliniske databaser inden

for mange forskellige specialer. Der er således et rigtig godt grundlag for sundhedsdata, og både LPR og de kliniske databaser anses desuden som værende af høj kvalitet. Delprojekterne har derfor haft et godt udgangspunkt for at dataunderstøtte de effektmål de har defineret, baseret på eksisterende datakilder.

Erfaringerne fra delprojekterne viser imidlertid, at hvis de kliniske databaser skal understøtte effektmål, er der behov for en højere opdateringsfrekvens. Som beskrevet tidligere under behovsanalyse, er målgrupper og behov forskellige, men det er nødvendigt med en højere opdateringsfrekvens. Skal de kliniske databaser fx bidrage til kliniske kvalitetsarbejde i dagligdagen, kan det være nødvendigt med mindst en ugentlig opdatering af data.

Flere af delprojekterne har desuden valgt, at anvende LPR i stedet for lokale data fra de patientadministrative systemer. Det gør det muligt, at få data fra flere forskellige regioner opgjort på samme måde.

Samlet gælder for de primære datakilder, at de er kendetegnet ved, at data alene handler om den del af patientforløbet, som foregår på sygehusene. Alle delprojekter er derfor stødt på den samme forhindring, at der mangler data der beskriver, hvad der sker i den del af patientforløbet, som foregår i almen praksis og kommune. For reelt at kunne følge op på det samlede patientforløb mangler der således en vigtig del af beskrivelsen for de forløb, som krydser sektorgrænser en eller flere gange.

Læringspunkter vedrørende datakilder

Erfaringerne viser således, at der er behov for både tilpasninger til det eksisterende datagrundlag, de kliniske kvalitetsdatabaser, i form af højere opdateringsfrekvens, samt en dedikeret indsats for at forbedre datagrundlaget i både primærsektor og kommune. Læringspunkterne er:

- **Kliniske kvalitetsdatabaser:** De kliniske databaser kan være centralt omdrejningspunkt for arbejdet med effektmål, men det er afgørende, at data indsamles og gøres tilgængelige med højere frekvens end på nuværende tidspunkt. Der kan således være behov for at ændre en række processer i forbindelse med vedligeholdelse af de kliniske databaser, hvis de mere systematisk skal understøtte arbejdet med effektmål
- **Nye datakilder:** Det er afgørende, at der igangsættes indsatser for at forbedre datagrundlaget for de dele af patientforløbene der foregår i primærsektoren og kommunerne, hvis arbejdet med effektmål skal være reelt dækkende for patientforløbet. Det er evident, at handlinger der påvirker effekten af behandlingen sker både på og uden for sygehuset (som har været primært fokus i denne kontekst)

Foruden de primære eksisterende datakilder, er der som beskrevet efterspørgsel efter patientrapporterede oplysninger, som en vigtig kilde til at beskrive effekten

af behandlingen set fra patientens perspektiv. Patientrapporterede oplysninger eksisterer på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang inden for få sygdomsområder. Dette behandles som særskilt nedenstående.

Patientrapporterede oplysninger

Delprojekterne har på forskellig vis arbejdet med patientrapporterede oplysninger. Særligt de to delprojekter i Region Nordjylland og Region Hovedstaden har erfaringer med systematisk indsamling af disse oplysninger.

Delprojektet vedrørende behandling af angst og depression viser, at patientrapporterede oplysninger er en vigtig kilde til to forskellige formål; beslutningsstøtte i forbindelse med behandling samt opfølgning på effekt af behandling. Det kan være beslutning om, hvorvidt en given patient skal indkaldes til kontrolbesøg, eller patienten har opnået den forventede effekt efter endt behandling.

Patientrapporterede oplysninger baseres typisk på spørgeskema (fx udleveret i venteværelse eller elektronisk) eller direkte via interviews med klinikere. Patienterne besvarer spørgsmål om demografi samt selvoplevet helbred, funktionsevne eller livskvalitet. Dette er illustreret i nedenstående eksempel.

Figur 13. Indsamling af patientrapporterede oplysninger, angst og depression

Psykiatrisk Center Stolpegaarden i Region Hovedstadens Psykiatri har i flere år systematisk anvendt patientrapporterede oplysninger i den psykoterapeutiske behandling af ikke-psykotiske patienter med angst eller depression. Dette koncept er efterfølgende udrullet til hele Region Hovedstadens Psykiatri.

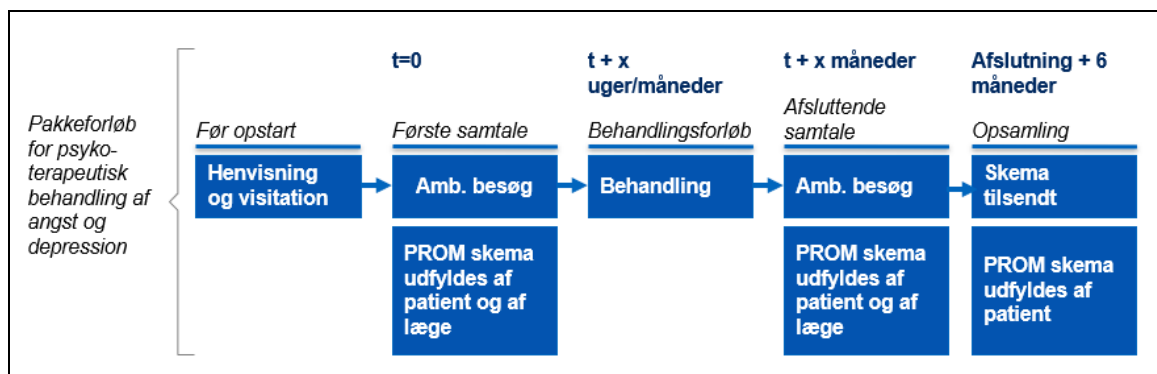
Der er udviklet to spørgeskemaer i tilknytning til patientforløbet. Det første spørgeskema besvares umiddelbart før første samtale (behandlingsstart) og det andet spørgeskema besvares umiddelbart før sidste samtale (behandlingsslut).

Første spørgeskema giver dels svar på (effektmål som) livskvalitet, symptombyrde, bivirkninger og lignende, og dels grundlag for en baselinevurdering for den efterfølgende behandling.

Andet spørgeskema giver ligeledes input til den konkrete samtale, men herudover giver det mulighed for at vurdere patientens tilstand ved afslutning af behandlingen, og det giver svar på, hvorvidt løftet i patientens tilstand har været tilstrækkeligt i relation til forventningerne af behandlingens effekt.

Fremadrettet ønskes det at udvide med et spørgeskema, der udsendes et halvt år efter endt behandling for at afklare, om patienten kan fastholde tilstanden eller har oplevet tilbagefald. Dertil planlægges anvendelse af flere spørgeskemaer i forbindelse med behandlingssamtaler (et patientforløb består af flere samtaler udover første og sidste samtale) for løbende at kunne vurdere effekten undervejs, og give et input til eventuelle justeringer til behandlingen.

Proces for klinisk dataindsamling af patientrapporterede oplysninger



Patientrapporterede oplysninger bidrager med ny viden

Delprojekterne har alle vurderet, at patientrapporterede oplysninger er afgørende for at forstå patientens oplevelse af netop helbred, trivsel, funktionsevne og lignende. Det skyldes, at der ikke kan følges op på sådanne udtryk, uden at patientens vurdering af egen sundhedstilstand inddrages. Patientrapporterede oplysninger er derfor en central og nødvendig del af den videre udvikling, hvis man ønsker at understøtte flere af de effektmål, som klinikere og patienter har valgt som de vigtigste.

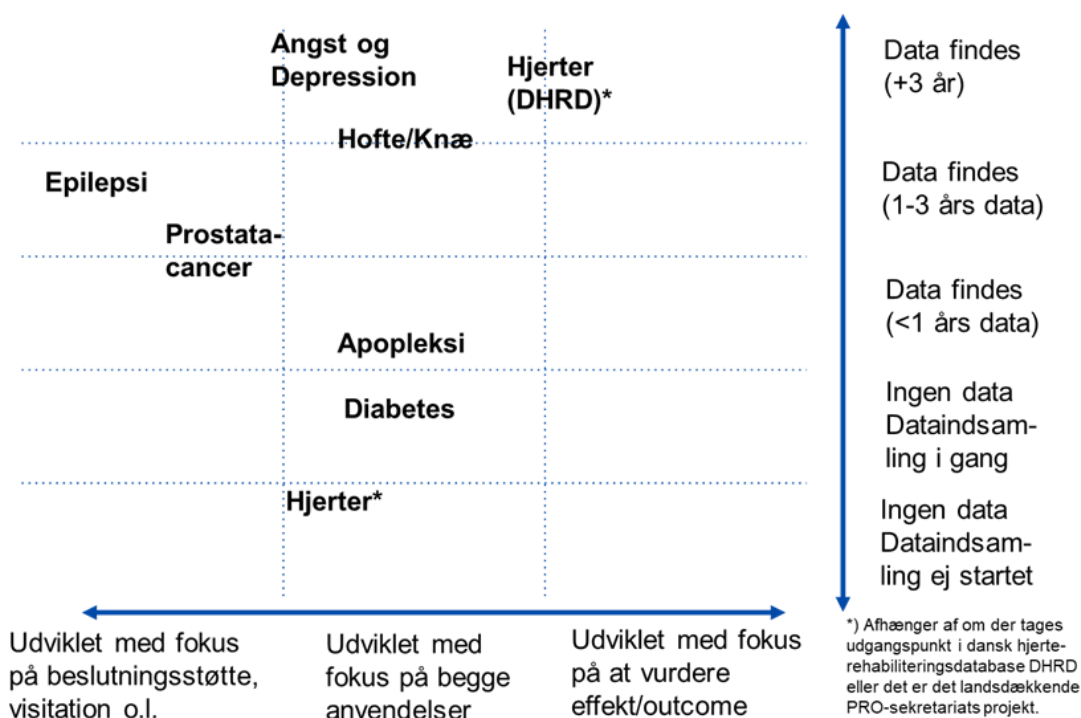
De enkelte delprojekter ønsker således at (videre-)udvikle patientrapporterede oplysninger, og der er igangsat arbejde på alle de involverede områder, hvor der ikke i forvejen var udviklet løsninger. Dertil kommer, at flere delprojekter samarbejder med det såkaldte PRO-sekretariat i Sundhedsdatastyrelsen.

Anvendelse af patientrapporterede oplysninger i de konkrete delprojekter kan opdeles i to forskellige spor:

- **PRO-sekretariatet:** Udgangspunkt i eksisterende landsdækkende PRO-data baseret på PRO-sekretariatets arbejde – typisk indsamlet med fokus på beslutningsstøtte, visitationsstøtte mv.
- **Specifikke løsninger:** Udgangspunkt i tidligere udviklede løsninger relateret til specifikke behov for integration af patientinformationer – typisk indsamlet med fokus på svar på effekt.

Nedenstående figur illustrerer de forskellige udgangspunkter og ønsker til anvendelse af patientrapporterede oplysninger for de enkelte delprojekter, og hvor langt delprojekterne er med indsamling af data.

Figur 14. Oversigt over PRO-løsninger og formål for indsamling



Erfaringerne viser, at delprojekterne søger at anvende patientrapporterede oplysninger både i forbindelse med beslutningsstøtte og vurdering af effekt, hvor de hidtidige løsninger, udviklet i regi af PRO-sekretariatet, typisk fokuserer på visitations- og beslutningsstøtte alene, herunder om en patient har brug for et ambulant kontrolbesøg eller ej.

For at understøtte det fremadrettede arbejde med værdibaseret sundhed er der brug for, at der ligeledes fokuseres på effekt af behandlingen. Det fremgår også af erfaringerne fra de delprojekter, som endnu ikke arbejder med patientrapporterede oplysninger, men som forbereder arbejdet. Der er således stort fokus på at sikre både bredde og ensartethed, således at patientrapporterede oplysninger kan anvendes til begge formål. Erfaringerne har ligeledes vist, at de delprojekter som har arbejdet med patientrapporterede oplysninger i længere tid, har gode erfaringer med at anvende spørgeskemaer, som er international anvendt og forskningsmæssigt funderet.

Konkret er der indsamlet patientrapporterede oplysninger i delprojekterne vedrørende hofte- og knæoperationer, prostatakræft, epilepsi samt angst og depression. De øvrige delprojekter har gennem projektperioden igangsat arbejdet med indsamling af data, og forbereder anvendelsen heraf i det kliniske arbejde.

Samarbejde med RKKP

For delprojektet vedrørende apopleksi gælder, at arbejdet med patientrapporterede oplysninger sker i samarbejde med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Det er formålet, at patientrapporterede oplysninger på sigt skal kunne indbygges i kvalitetsdatabasen på området, og tilknyttes Dansk Apopleksiregister.

Nedenstående beskrives samarbejdet mellem delprojektet og RKKP i forbindelse med indsamling og anvendelse af patientrapporterede oplysninger.

Figur 15. Indsamling af patientoplysninger, apopleksi

Da delprojekt apopleksi startede i foråret 2017 med fastlæggelse af patientforløb og effektmål var der et ønske fra både ekspertgruppe og delprojektgruppe om, at indsamling og anvendelse af patientrapporterede oplysninger ville kunne bidrage med afgørende ny viden til at vurdere effekten af behandling for apopleksi.

Det blev i løbet af 2017 besluttet, at der skulle igangsættes et pilotprojekt med indsamling af data om trivsel og funktionsevne. Pilotprojektet udarbejdes i samarbejde med RKKP og gennemføres som interviews med patienter, der har været indlagt med en akut apopleksi. Disse selvoplevede vurderinger af trivsel og funktionsevne indsamles for to hospitaler i Region Midtjylland (Århus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest) i en periode i 2018. Informationerne registreres i en database i tilknytning til Dansk Apopleksiregister/RKKP.

Formålet med pilotprojektet er grundlæggende at vurdere værdien af de patientrapporterede oplysninger i den kliniske sammenhæng, særligt i forhold til ressourceindsatsen ved netop indsamlingen af oplysningerne gennem interviews med hver enkelt patient.

Udover apopleksi har prostata projektet arbejdet på at få adgang til data i samarbejde med RKKP. Det lykkedes projektet at få adgang til data under kvalitetsarbejde-formålet i Sundhedsloven ultimo oktober 2018. Der er givet adgang til PRO-data for OUH for prostata-patienter og disse oplysninger er udleveret til RKKP, som sammenkører det med Prostata Cancer databasen.

Læringspunkter vedrørende patientrapporterede oplysninger

De samlede læringspunkter med patientrapporterede oplysninger på tværs af delprojekterne kan beskrives som følgende:

- **Baseline:** Det er væsentligt at skaffe en baselinemåling for at have et bedre grundlag for at vurdere effekten af en given behandling. Dette er mere simpelt for patienter, hvor behandling er mulig at planlægge, dvs. hvor der er et ikke-akut forløb (fx hofte- eller knæoperation) frem for et akut forløb (fx akut hjerteoperation)
- **Patientens egen vurdering:** Patientrapportering forudsætter patienterne er i stand til at svare, herunder vurdere egen situation og effekt af

behandling. For flere patientforløb er dette ikke entydigt opfyldt. Det gælder fx i forbindelse med apopleksipatienter, ældre demente patienter og lignende

- **Klinisk indsamling:** Visse patientgrupper, og deraf visse spørgsmål og vurderinger, forudsætter, at det er klinisk personale, der har direkte ansvar for indsamling af oplysninger (modsat fx mere automatisk indsamling af oplysninger, der ikke tilgår klinisk personale direkte). Det gælder i situationer, hvor patienter angiver fx smerte eller bekymringer over eget helbred, og hvor der skal være sikkerhed for klinisk handling
- **Systematisk indsamling:** For at vurdere effekten af en given behandling, kan der være behov for indsamling af oplysninger fx 1/2, 1, 2 eller 5 år efter behandlingens start. Det kan være vanskeligt at indsamle disse oplysninger, særligt hvis patienterne oplever sig raske og derfor ikke er interesseret i at følge op på et sygdomsforløb de har overstået. Det forudsætter derfor en systematisk opfølgning, at indsamle de ønskede data. Martini Klinikken i Hamborg søger eksempelvis at løse dette ved, at oplyse patienterne om vigtigheden for disse oplysninger i forhold til forskning og løbende kvalitetsudvikling af behandlingen
- **Ressourceindsats:** Det rette niveau for indsamling af patientrapporterede oplysninger skal vurderes for det enkelte patientforløb, herunder ressourceindsatsen ved indsamling i større skala (for at sikre et dækkende grundlag). Det gælder særligt i de tilfælde, hvor der er brug for sundhedsfagligt personale til indsamling oplysninger via interviews.

Supplerende har erfaringerne vist, at der er en efterspørgsel efter mere koordinering af udviklingen af patientrapporterede oplysninger for så vidt angår ensretning af metode og spørgsmål, hvilke patientforløb der dækkes, hvordan data indsamles og opbevares og lignende. Dertil kommer mere praktisk behov for, at patienter i parallelle forløb, ikke skal besvare samme spørgsmål flere gange, fx om livskvalitet.

4.3.5. Test og erfaringsindsamling

Sidste grundelement i den metodiske tilgang er indsamling af praktiske erfaringer med brugen af effektmål – både i en klinisk hverdag og i forbindelse med mere overordnede ledelsesmæssige beslutninger.

Angst og depressions-projektet har i december 2018 rullet deres model ud i en driftssituation og kan således igangsætte erfaringsindsamlingen. Herudover har hofte/knæ-projektet opnået konkret erfaring med at aktivere data om effektmål i en behandlingssituation. De øvrige delprojekter har imidlertid ikke indsamlet sådanne erfaringer i praksis, hvor "rigtige" data er indsamlet og anvendt i de daglige kliniske og administrative beslutninger i løbet af projektets levetid. Dette grundelement beskrives derfor ikke yderligere.

4.3.6. Ressourceopgørelser

Delprojekternes arbejde med afgrænsning af patientforløb tillader reelt at opgøre det tilhørende ressourceforbrug, fx antallet af sengedage der indgår i forløbet, medicin der gives til patienten, antal ambulante besøg samt besøg hos praktiserende læge, genoptræning i kommunen og lignende. Det er således muligt at få en samlet oversigt over hvilke ressourcer – og dermed omkostninger – der medgår i det pågældende patientforløb. I projektet er der skelnet mellem ressourceopgørelse og omkostningsopgørelse i forhold til, hvilken målgruppe opgørelsen skal målrettes. Ressourceopgørelse forholder sig som sagt til de aktiviteter og ydelser, som er givet til patienten under forløbet.

Omkostningsopgørelsen beregner omkostninger forbundet med disse aktiviteter/ydelser. Der er således en sammenhæng mellem ressource- og omkostningsopgørelser.

Erfaringer med ressourceopgørelser

Det samlede projekt har tydeliggjort forskellige ledelsesbehov, særligt hvad angår opgørelser af ressourcer og omkostninger. Erfaringerne viser, at klinikere har et naturligt fokus på ressourceopgørelser i deres daglige arbejde i klinikken – og gerne på individ- og forløbsniveau, mens administratorer typisk har fokus på omkostningsopgørelser på aggregeret niveau. Tilsvarende er behovet for frekvensen af opgørelser forskellige på ledelsesniveauerne; ressourceopgørelser anvendes typisk i den daglige styring, mens omkostningsopgørelser anvendes i den mere overordnede styring, fx af klinikken eller sygehuset, og med lavere opgørelsesfrekvens.

Projektet har gjort en række erfaringer med opgørelser af ressourcer og omkostninger, der er beskrevet i nedenstående figur.

Figur 16. Opgørelse af ressourcetræk og omkostninger

Processen med at opgøre ressourcer og omkostninger for et givent patientforløb afspejler tre primære forhold/spørgsmål, der skal afklares i delprojekterne:

1. **Patientforløb:** For det første spørgsmålet om, hvordan patientforløbet er defineret. Patientforløbet sætter rammen for, hvordan ressourcer og økonomi kan opgøres
2. **Ressourcetræk:** For det andet spørgsmålet om, hvilke ressourcer der kan knyttes op på det pågældende patientforløb. Herunder hvorvidt data registreres i tilstrækkelig grad og/eller er tilgængelig
3. **Anvendelse:** Endelig for det tredje spørgsmål om, hvorvidt der alene ønskes at fokusere på de konkrete ressourcetræk målt i fx sengedage og ambulante besøg og/eller der også ønskes opgørelse af omkostningerne forbundet med ressourcetrækket samt hvordan.

De første to forhold er betinget af det konkrete patientforløb og afviger derfor fra projekt til projekt. Hvad angår punkt 3, anvendelse, er der bred enig mellem delprojekterne om, hvordan der ønskes at anvende ressource- og omkostningsopgørelser:

- **Anvendelse af ressourceopgørelse:** Der er flere formål med at opgøre ressourcetrækket. Primært ønskes det at afklare, hvor mange ressourcer patienter samlet set trækker i deres forløb, herunder forskelle mellem hospitalet, patientsegmenter, kommunetilknytning mv. Desuden ser delprojekterne en række muligheder for at kunne vurdere de ressourcemæssige implikationer af forskellige behandlingstiltag (sammenholdt med effekt). Fx hvad er konsekvensen ved at initialbehandlingen for en apopleksipatient er forskellig? Hvad betyder det for effekt, og hvad betyder det for det efterfølgende ressourcetræk?
- **Anvendelse af omkostningsopgørelse:** Formålet med at opgøre omkostninger er at få afklaret ikke blot ressourcetræk, men også de afledte økonomiske konsekvenser af behandlingsaktiviteten, herunder til brug for en dialog om effekt af behandlingen i forhold til omkostninger forbundet hermed.

Der findes i dag en national omkostningsdatabase¹⁶ for sygehusenes del af patientforløbene, der muliggør opgørelser af både ressourcer på det individuelle patientforløb, og omkostninger på aggregeret niveau. Derimod er der ikke samme muligheder for detaljeret ressourceopgørelser af de dele af patientforløb, som foregår uden for hospitalet. For at vurdere mulighederne med den nationale omkostningsdatabase, har Danske Regioner fortaget en særskilt analyse¹⁷.

4.4. ERFARINGER MED RAMMEBETINGELSER

Dette afsnit gennemgår de rammebetingelser, som skal tages i betragtning i forbindelse med det videre arbejde med værdibaseret sundhed – særligt hvis man i større skala ønsker at arbejde med effektmål i den kliniske dagligdag. Formålet er således at beskrive de udfordringer og muligheder, der er for at adgang og anvendelse af de relevante datakilder.

Delprojekterne har i deres arbejde med data afdækket en række barrierer, hvor rammebetingelserne endnu ikke er optimale for at arbejde med et fuldt datadrevet sundhedsvæsen. Foruden manglende datakilder, drejer det sig specifikt om adgang til data, og de juridiske muligheder for at anvende data til de ønskede formål – understøttelse af effektmål, og deling af data til sammenligning og læring.

4.4.1. Adgang til data

Gennem hele projektforløbet er det søgt at afdække, hvordan der skabes adgang til data. Problemstillingen er i korte træk, at data der er indsamlet til ét formål, ikke umiddelbart kan anvendes til et andet formål. Data fra forskellige datakilder kan fx ikke umiddelbart sammenkøres. Dertil kommer at data umiddelbart ikke kan deles mellem forskellige organisatoriske enheder. Det stiller en række

¹⁶ Se bilag G for beskrivelse af Sundhedsdatastyrelsens nationale omkostningsdatabase

¹⁷ Der henvises til Bilag H for Afrapportering – omkostninger for patientforløb

forhindringer for arbejdet med effektmål, som efterspørges blandt klinikere og administratorer.

For at anvende personfølsomme oplysninger, skal der således ansøges om adgang og anvendelse af data til det ønskede formål. For yderligere at belyse denne problemstilling blev det i styregruppen for værdibaseret sundhed besluttet, at fire delprojekter (apopleksi, epilepsi, hjerter, hofte og knæ) skulle fortsætte som forskningsprojekter, da det tillader at arbejde med data inden for bredere sæt af rammer – og dermed mulighederne for at arbejde med data til effektmål som oprindelig ønsket. Derudover har delprojekt prostatakræft arbejdet med dataansøgning med udgangspunkt i egne data i Region Syddanmark.

Erfaringerne med ansøgning om adgang og brug af data fra disse fire delprojekter er beskrevet i det følgende delafsnit, og er et centralt element for det videre arbejde med værdibaseret sundhed og brug af effektmål. Der tages udgangspunkt i erfaringen ved at ansøge om adgang til data som et forskningsprojekt.

Erfaringer med dataansøgningsprocesser

I arbejdet på tværs af de fire delprojekter har lange og uklare processer for at få adgang til data vist sig at være en generel barriere for at arbejde datadrevet i sundhedsvæsnen.

For hver dataansøgning har det enkelte projekt skulle igennem en proces med flere skridt, og der har generelt vist sig meget lange procestider uanset, om det er regionernes egne processer for godkendelse af dataanmeldelse, Forskerservice i Sundhedsdatastyrelsen eller Styrelsen for Patientsikkerhed. RKKP har imidlertid været hurtigere til at håndtere dataansøgninger.

Det er således kun ét af de fire delprojekter (apopleksi), som igangsatte dataansøgningsprocessen, der har fået adgang til data. Denne proces har samlet set taget i omegnen af 10 måneder fra den interne afklaring, til ansøgning indledes og der foreligger endeligt svar. For delprojektet vedrørende epilepsi gælder, at de fik godkendt deres dataanmeldelse internt i Region Sjælland, men fik afslag på deres ansøgning til Styrelsen for Patientsikkerhed efter ca. seks måneders behandlingstid.

Delprojektet vedrører hjertesygdomme oplevede 6 måneders behandlingstid ved Region Hovedstadens egen dataanmeldelsesgodkendelse. Det sidste delprojekt vedrørende hofte- og knæoperationer fik ligeledes deres ansøgning afvist i egen region og kunne derfor ikke udvide datagrundlaget med data fra Region Hovedstaden som ønsket.

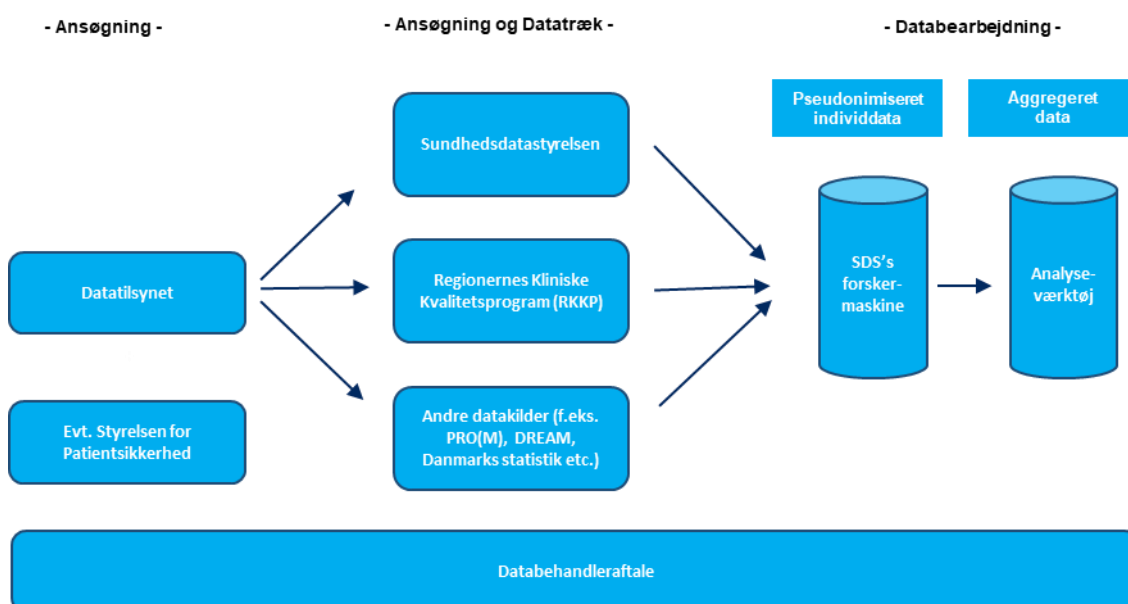
Endelig fik delprojekt prostatakræft efter en sagsbehandlingstid på omkring 6-8 måneder adgang til data via et tæt samarbejde med RKKP. Det lykkedes at få godkendt og etablere adgang til data og samkøre PRO-data fra Region

Syddanmark med en klinisk kvalitetsdatabase ved bl.a., at etablere en særskilt database på Odense Universitetshospital indeholdende PRO-data.

De samlede erfaringer viser, at procestiderne i forbindelse med dataansøgning ikke er hensigtsmæssige. Der er behov for hurtigere afklaring i forhold til brug af data. Selv i meget centrale projekter med fokus på den kliniske kvalitetsudvikling og den oplevede kvalitet for patienten, er processen lang og kompliceret. Også i en situation, hvor der allerede er defineret en klar proces for, hvordan man ansøger om data i fx et forskningsprojekt, kan det tage lang tid at få adgang til data til det ønskede formål.

Nedenstående figur illustrerer den proces, der er fulgt for dataansøgning i delprojektet vedrørende apopleksi.

Figur 17. Ansøgning om adgang til data (forskningsprojekt)



Ansøgningsprocessen er defineret som "forskningsprojekt", da projektet har belyst de manglende muligheder for at kunne ansøge om data til analyser på tværs af regionerne og sektorer, som ikke er forskningsprojekter. Det har således også vist sig at være en udfordring, at delprojekterne ikke er forskningsprojekter i 'klassisk forstand', herunder indgår der ikke forsøg med mennesker i projekterne. Det var blandt andet baggrunden for afslaget fra Styrelsen for Patientsikker for epilepsi-projektet.

Læringspunkter vedrørende dataansøgning

De væsentligste læringspunkter i forbindelse med ansøgningsprocessen for de fire delprojekter, som helt eller delvist har gennemført processen er følgende:

- **Minimer antal datakilder:** Under de nuværende regler og processer bør antallet af datakilder holdes til det absolut nødvendige. Dette er for at minimere antallet af dataansvarlige hos hvem, der skal ansøges om tilladelse til adgang og anvendelse af data. Derved forenkles processen med at få data og mulighederne for godkendelse bliver større
- **Individdata:** Det bør overvejes, om det er nødvendigt med adgang til individdata, og hvordan eventuelle individdata skal opbevares. Dette er vigtigt i forhold til udarbejdelsen af databehandleraftalen, da det kun er nødvendigt at udarbejde en databehandleraftale, når der arbejdes med individdata
- **Projektbeskrivelse:** Der bør laves en stringent og velbeskrevet projektbeskrivelse af forskningsprojektet. Det bidrager til at projektet bliver præcis på formål og behov for data. Til hver ansøgning om dataadgang skal der indgå en beskrivelse af projektets formål og ønsket brug af data.

4.4.2. Muligheder med data inden for gældende lovgivning

Som naturlig forlængelse af delprojekternes udfordringer og erfaringer med at ansøge om adgang til data, er de konkrete muligheder for brug af data inden for den gældende lovgivning søgt afdækket

Det har været et helt centralt element i delprojekterne – og den bredere vision for værdibaseret sundhed – at arbejde datadrevet med opfølgning, forbedringsarbejde og tilrettelæggelse af behandlingen. Delprojekterne har afdækket forskellige barrierer for netop den datadrevne tilgang. Som eksempel er det ikke muligt at anvende det samme datagrundlag til at arbejde med effektmål både på afdelingsniveau og til sammenligning mellem regioner.

Derimod kan klinikere i vid udstrækning arbejde med data for egne patienter, så længe det er inden for samme afdeling. Det er således muligt at arbejde med ét formål ad gangen, men til gengæld kan det samme datagrundlag ikke nødvendigvis anvendes til flere formål, som beskrevet ovenfor.

Det kræver typisk patienternes samtykke at anvende data til flere samtidige formål. Patientsamtykke åbner for at kunne anvende fx patientrapporterede oplysninger både til patientbehandling og kvalitetsopfølgning. Samtykke-tilgangen løser imidlertid ikke alle juridiske barrierer¹⁸. Et patientsamtykke gælder fremadrettet og skal indhentes ved indsamlingen af data. Det betyder at samtykke ikke kan gives bagudrettet på et senere tidspunkt, efter data allerede er blevet indsamlet. Fx kan data der oprindeligt er indsamlet til afregning ikke anvendes til patientbehandling - også selvom patienten på et senere tidspunkt skulle ønske at give sit samtykke til dette. Gives samtykke fremadrettet åbnes der

¹⁸ Der henvises til bilag E for en uddybning om, hvad vi kan med data i dag

for, at den samme data kan anvendes til flere forskellige af de formål, man ønsker at arbejde med under værdibaseret sundhed. Samtykke kan således tænkes ind ved fremtidig indhentning af ny data, men det kan ikke alene løse alle de juridiske barrierer.

Lovens formål, og formål med værdibaseret sundhed

I hele projektforslaget har der været fokus på at afdække barrierer og muligheder for at anvende sundhedsdata og helbredsoplysninger i arbejdet med værdibaseret sundhed. Senest er et udkast til nyt lovforslag sendt i høring ultimo september 2018, jf. nedenstående.

Figur 18. Udkast til lovforslag

Sundheds- og Ældreministeriet har sendt et udkast til lovforslag i høring d. 25. september 2018, der dog ikke løser alle de juridiske barrierer for brug af data til værdibaseret sundhed. I dette kapitel gennemgås de barrierer, som projektet er stødt på, ud fra hvordan lovgivningen er i dag. I anbefalingerne tages der med i overvejelserne, hvordan det nye lovforslag ser ud til at kunne håndtere disse barrierer. De juridiske forhold gennemgås mere uddybende i bilag.

Den grundlæggende udfordring er et manglende entydigt formål med værdibaseret sundhed, herunder brugen af effektmål, i juridisk forstand. Når der henvises til et juridisk formål i forhold til, hvad man kan med data, findes der kun de formål, som er beskrevet i loven i dag, og her indgår de forskellige formål og ønsker til værdibaseret sundhed ikke direkte.

Det er dog muligt at passe eller fortolke delelementer af arbejdet med værdibaseret sundhed ind i de fire eksisterende formål i Sundhedsloven; patientbehandling, kvalitetsarbejde, forskning og statistik. Det er imidlertid ikke muligt at levere et samlet datasæt, der dækker alle formål, da der ikke må veksles imellem formål, medmindre der findes en konkret hjemmel eller patientsamtykke, som giver tilladelse til dette.

Formålene med værdibaseret sundhed beskrives grundlæggende ikke i forhold til juridiske termer, men i forhold til mere praktiske formål, herunder beslutningsstøtte (fx prædiktionsmodel), tilrettelæggelse af behandlingen (fx hvilke patienter skal indkaldes til kontrol), forbedringsarbejde på tværs regioner og sektorer samt mere overordnede ledelsesformål.

På den baggrund er det nødvendigt, at 'oversætte' formålene med værdibaseret sundhed til juridiske formål. Nedenstående figur illustrerer de fire juridiske formål i forhold til forskellige typiske formål med værdibaseret sundhed.

Figur 19: Oversigt over hvordan formålene i værdibaseret sundhed passer med de juridiske formål i Sundhedsloven

		Formål i visionen for Værdibaseret Sundhed					
		Beslutningsstøtte	Tilrettelæggelse af behandling	Forbedringsarbejde i klinikken	Forbedringsarbejde på tværs af regioner	Forbedringsarbejde på tværs af sektorer	Styring
Juridiske formål i Sundhedsloven	Patientbehandling	■	■				
	Kvalitetsopfølgning	■		■			
	Statistik				■	■	■
	Forskning			■	■	■	

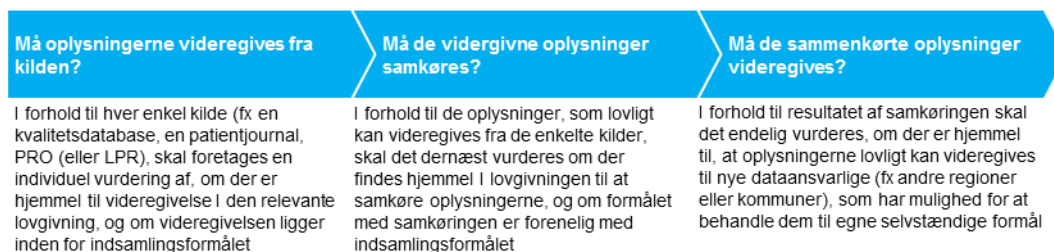
Foruden formålene med værdibaseret sundhed, skal der også tages stilling til, om den enkelte datakilde er indsamlet til det formål, som man ønsker at anvende datakilden til. Det gælder eksempelvis, at hvis patientrapporterede oplysninger er indsamlet med henblik på patientbehandling, kan selvsamme data ikke anvendes til tværregionalt benchlearning.

Landspatientregisteret er et andet eksempel på en datakilde, hvor data indhentes fra patientjournaler, som er indsamlet til formål af patientbehandling, og derefter omdannes et nyt register, som er anmeldt som et administrativt register. Det betyder, at Landspatientregisteret derfor ikke må anvendes til patientbehandling.

I det videre arbejde skal det derfor grundigt overvejes, hvordan datakilder anmeldes og samles for at sikre at data kan anvendes til både patientbehandling og forbedringsarbejde. Der er umiddelbart to tilgange til håndtering af denne problemstilling. Den første tilgang er færdigt samtykke, hvor patienter giver samtykke til at data, fx patientrapporterede oplysninger, kan anvendes til både patientbehandling og kvalitetsopfølgning. Den anden tilgang er at oprette en ny database, som godkendes til kvalitetsopfølgning, og hvori fx patientrapporterede oplysninger, indsamlet til patientbehandling, kopieres til.

Et konkret eksempel kan være at udvide de eksisterende kvalitetsdatabaser til også at indeholde patientrapporterede oplysninger indsamlet til patientbehandling. Nedenstående figur illustrerer de forskellige step forud for anvendelse af sundhedsdata på individniveau.

Figur 20: Forsimplet illustration af de tre overordnede steps, som skal foretages i forbindelse med vurdering af anvendelse af sundhedsdata på individniveau¹⁹



For at konkretisere mulighederne med data yderligere er gengivet en såkaldt 'use case' nedenfor i figur 20. Dog skal det i hvert enkelt tilfælde vurderes, hvad formålet med dataanalysen er, hvilke data kilder der skal anvendes, og hvem der udfører dataanalysen.

Figur 21. 'Use case': Beslutningsstøtte - prædiktions- "patient like mine"²⁰

En Karkirurgisk afdeling ønsker at anvende anonymiserede oplysninger på alle patienter i Danmark fra Landsregisteret Karbase (en kvalitetsdatabase) kombineret med PRO-oplysninger fra de samme patienter. Ved at have sådan en samlet database kan kirurgen på Karkirurgisk afdeling ved hjælp af en mønsteranalyse søge i databasen, om der er patienter i databasen med samme karakteristika som den aktuelle patient. Disse informationer kan kirurgen bruge til at understøtte sin diagnosticering, risikovurdering og behandling af den aktuelle patient.

Er det muligt?

Det kan i dag ikke lade sig gøre i drift, da det samme datagrundlag skal anvendes til to formål i relation til Sundhedsloven nemlig både kvalitetsopfølgning og patientbehandling. Der er en særlig paragraf i Databeskyttelsesloven, som giver mulighed for at anvende data fra forskningsprojekter eller kvalitetsprojekter til konkret patientbehandling, men det er kun i de tilfælde, at det er i patientens vitale interesse, hvilket det ikke umiddelbart kan argumenteres for i dette tilfælde.

I delprojektet vedrørende hofte- og knæoperationer arbejdes der med en prædiktionsmodel. Her er valgt alene at arbejde med data, som klinikerne på den pågældende afdeling i forvejen har adgang til. Herudover bliver patienter spurgt om samtykke forud for besvarelse af PRO-skema på, at disse data må anvendes til en prædiktionsmodel. I dette tilfælde kan det lade sig gøre. Men det betyder også at datagrundlaget i modellen kun kan indeholde data for hofte/knæ afdelingen i Region Nordjylland.

¹⁹ Figur er taget fra Bech-Bruun rapporten "Juridiske barrierer for deling og anvendelse af sundhedsdata" af Charlotte Bagger Tranberg.

²⁰ Use casen er inspireret fra Devoteam og HerbertNathan & Co's arbejde med use cases til Danske Regioner. Vurderingen om hvad der juridisk kan lade sig gøre er med udgangspunkt i Bech-Bruun rapporten "Juridiske barrierer for deling og anvendelse af sundhedsdata" af Charlotte Bagger Tranberg.

Læringspunkter vedrørende juridiske barrierer

Der er i dag juridiske barrierer for at lave et samlet datagrundlag, som kan anvendes til alle formål og ønsker for værdibaseret sundhed. Det er ikke muligt at samkøre alle de relevante datakilder. Og selv hvis man kan samkøre alle de relevante datakilder, må resultaterne ikke anvendes til flere formål, fx både til opfølgning i forhold til den enkelte patient, forbedringsarbejde på afdelingen og på tværs af regioner, ledelse på sygehusniveau og på tværs af sektorer.

- **Ikke muligt med et samlet datagrundlag til kvalitetsopfølgning, patientbehandling og benchlearning:** Det er ikke muligt inden for lovgivningen at anvende det samme datagrundlag til flere formål. Det kan give udfordringer, når data anvendes, da klinikere og administratorer vil have forskelligt datagrundlag at arbejde ud fra
- **Fokus på formål for dataanalysen:** Da det kun er lovligt at arbejde efter et formål, skal der forud for dataanalysen vurderes om formålet er entydigt, og hvilke datakilder som kan anvendes til det formål
- **Gode muligheder for dataanalyse på afdelingsniveau:** I den enkelte afdeling på sygehusene er der gode muligheder for at udføre dataanalyser med henblik på forbedrings- og kvalitetsarbejde. Særligt når der tages udgangspunkt i data, som afdelingen selv har adgang til. Det kan give udfordringer at få adgang til data til kvalitetsarbejde fra andre sektorer eller andre sygehuse vedrørende de patienter afdelingen har i behandling
- **Gode muligheder for dataanalyse til benchlearning:** Der er gode muligheder for at lave dataanalyser, som skal anvendes til benchlearning, da resultaterne kan være på et aggregeret niveau. Det forudsætter dog, at der er en instans, som må arbejde med de relevante datakilder på individniveau for at kunne gennemføre en relevant dataanalyse.

4.5. KULTURFORANDRING

Dette afsnit beskriver kort delprojekternes erfaring med behovet for kulturforandring, hvis arbejdet med værdibaseret sundhed på tværs af klinikere, patienter, administratorer samt mellem sektorer skal have succes.

Delprojekterne har erfaret, at netop samspillet mellem klinikere, administratorer og ledelser er vigtigt for at få succes med udvikling af værdibaserede løsninger. Det er vigtigt, at der opstår en fælles forståelse og ambition for arbejdet blandt disse funktioner eller medarbejdergrupper – og det kræver en tæt dialog og ofte ændringer i kultur og adfærd på tværs af både personale og ledelse. Det gælder lige fra klinikken, hvor sundhedspersonalet skal have mere viden om, hvilket resultat patienterne får ud af behandlingen, til de overordnede ledelsesmæssige og politiske beslutninger, som i højere grad skal kunne basere sig på viden om

effekt og omkostninger. Det kan fx være beslutninger om at flytte og reorganisere opgaver mellem sektorer.

Erfaringerne fra delprojekterne peger på, at brugen af effektmål ikke nødvendigvis kommer af sig selv, særligt når det kommer til samarbejde på tværs af sektorer. Det kan skyldes, at den måde resultater i sundhedsvæsenet måles på i dag, ikke nødvendigvis afspejler det fulde patientforløb, og hvordan effekten af en given behandling, eller et givent patientforløb, kan afhænge af forskellige aktører.

Der kan således være behov for, at fokus på effekt og værdi i højere grad er en integreret del af opgaveløsningen i det samlede sundhedsvæsen. Det stiller krav til den ledelsesmæssige opgave i sundhedsvæsenet, hvor der er behov for en klar fælles ambition på tværs af både faggrupper og sektorer for, hvordan netop fokus på effekt og værdi kan styrkes. Herunder at skabe en kultur, hvor bedre effekt er omdrejningspunktet for samarbejde om at skabe gode patientforløb på tværs af kommune, almen praksis og hospital.

Delprojekterne har vist, at ledelserne i regioner og på sygehuse er blevet mere opmærksomme på behovet for viden om effektmål. Der er allerede en kulturforandring i gang, som med fordel kan styrkes og bakkes yderligere op, hvis arbejdet med effektmål og værdi for alvor skal gøre en forskel i fremtiden.

En kombination af både nye og bedre data, stærk ledelse og klinisk engagement vurderes at være vejen frem for at skabe et styrket værdifokus i sundhedsvæsenet. Data bidrager til at skabe ledelsesmæssig bevågenhed og engagement blandt særligt klinikere i forbindelse med kvalitetsudvikling. Erfaringerne viser, at de delprojekter, der har opnået de bedste resultater, er dem, hvor der har været størst klinisk- og ledelsesmæssigt engagement. Det er således en tæt dialog mellem en stærk ledelse og det kliniske personale, der især kan skabe den rigtige kultur og engagement omkring arbejdet med effektmål – og værdi for patienten.

5. Konklusion og anbefalinger

Værdibaseret sundhed er en overordnet beskrivelse af mange forskellige muligheder for at arbejde med fokus på værdien for patienten. De syv delprojekter startede ud fra forskellige udgangspunkter, og det har ført til en række forskelligartede erfaringer og læringspunkter - som generelt peger i samme retning.

Samlet har delprojekterne således vist en stor efterspørgsel efter arbejdet med nye typer af effektmål, der supplerer det eksisterende kvalitetsarbejde og planlægning af patientbehandling – og som bidrager til at sætte patienten i centrum. Det blandt både klinikere og administratorer. Delprojekterne har også vist behovet for klinisk forankring og nye typer af datakilder samt juridiske barrierer, der på nuværende tidspunkt står i vejen for brugen af data til de ønskede formål.

Et centralt læringspunkt omhandler indsamling og brug af patientrapporterede oplysninger, der supplerer allerede eksisterende informationer og mål for patientbehandlingen. Disse oplysninger bidrager med ny viden og indsigt. Det gælder i forbindelse med kvalitetsarbejde og patientbehandling, men også i forbindelse med vidensdeling og sammenligning mellem afdelinger, sygehuse og regioner – og bedre forståelse af det samlede patientforløb mellem sygehus, praksis og kommune.

Konklusionen fra arbejdet er, at der er efterspørgsel efter opfølgning på effekt af behandlingen – og et samtidig ønske om større patientinddragelse og tværsektorielt samarbejde. Der er således et umiddelbart behov for at fortsætte arbejdet og erfaringsindsamlingen med både effektmål og patientinddragelse.

5.1. KONKLUSION

5.1.1. Metode til videre arbejde med effektmål og patientinddragelse

Erfaringerne fra delprojekterne har samlet bidraget til at opstille en metodisk tilgang til arbejdet med værdibaseret sundhed. Metodens omdrejningspunkt er arbejdet med udvikling og brug af effektmål, som har været det generelle formål med det tværregionale projekt. Metoden tænkes at kunne anvendes på andre behandlingsområder, hvor man ønsker at udvikle og bruge effektmål.

I arbejdet med at udvikle effektmål er det vigtigt fra start at fastlægge en klar governance og sikre en tidlig behovsafklaring, så arbejdet med effektmål bliver målrettet og fokuseret. Dernæst skal de konkrete effektmål udvikles, og patientforløbet man ønsker at arbejde med afgrænses. Med udgangspunkt i

effektmålene skal det afdækkes hvilke datakilder, der kan understøtte disse. Til sidst skal effektmålene testes i en praktisk klinisk og administrativ hverdag.

Den metodiske tilgang vil i praksis være en iterativ proces, hvor der typisk vil være behov for løbende justeringer i takt med at ny viden opstår. Samtidig er det evident fra erfarinerne i delprojekterne såvel som fra udlandet, at arbejdet med effektmål skal give mening i en klinisk hverdag. Det er afgørende for, at arbejdet forankres og videreudvikles i samspil mellem klinikere og patienter, og derved også gør en reel forskel med betydning for kvaliteten og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb mv.

Til dem som ønsker at arbejde med at udvikle effektmål, er der vejledning og inspiration at hente i nærværende rapport og de tilknyttede bilag, som berører de forskellige elementer i metoden mere dybdegående.

5.1.2. Ressourceopgørelser og omkostninger ved indsamling af data

Tilknytningen af omkostninger til de konkrete behandlinger og effekter er en integreret del af udviklingen af værdibaseret sundhed. Det skaber mulighed for at vurdere, hvilken effekt man får ved en given ressourceindsats, og dermed også for at vurdere om en løsning er fornuftig og bæredygtig fra såvel et økonomisk som et sundhedsfagligt perspektiv.

Det samlede tværregionale projekt har afdækket en interesse hos både klinikere og administratorer for at få mere viden om ressourcetrækket forbundet med patientforløb. En af flere indgange til dette kan være den nationale omkostningsdatabase. Det anbefales derfor, at der arbejdes videre med at sikre, at den nationale omkostningsdatabase kan levere de relevante omkostningsdata og dermed bidrage til at vælge omkostningseffektivt, så der opnås mest sundhed for pengene, når behandlinger og behandlingsforløb planlægges

Det samlede tværregionale projekt har desuden vist, at der kan være en betydelig omkostning forbundet med at udvikle og indsamle særligt patientrapporterede oplysninger. Det bør således overvejes om indsamling af disse oplysninger er relevant for alle sygdomsområder og behandlingssituationer. Nogle patientforløb (fx operation for åreknuder) er så simple, at det ikke umiddelbart er nødvendigt at lave en avanceret opfølgning på effektmål. Andre patientforløb kan være så komplekse og svære at afgrænse (fx patienter med konkurrerende sygdomme), at det ikke er muligt at opstille effektmål, der entydigt afspejler den specifikke behandling.

Der bør således være en kritisk stillingtagen til omkostninger til indsamling og behandling af data i forhold til den værdi de reelt bidrager med, før der igangsættes større dataindsamlingsprojekter.

5.1.3. Juridiske rammer

Delprojekterne har afdækket en række rammebetingelser, som skal håndteres fælles på tværs af sygehuse, regioner, praktiserende læger og kommuner for at sikre den fulde værdi af at arbejde med effektmål og patientforløb på tværs af sektorer. Det drejer sig primært om indsamling af nye dataområder samt bedre juridiske rammer for anvendelse af data.

Der kan således være behov for et fælles videre arbejde med de nuværende rammebetingelser, der ikke til fulde understøtter behovene for et datadrevet sundhedsvæsen.

5.1.4. Overordnet konklusion

Den overordnede konklusionen på det tværregionale projekt er, at det kræver samarbejde på tværs af regioner og sektorer samt inddragelse af patienter, hvis man ønsker den fulde effekt af arbejdet med effektmål, og herunder brug af patientrapporterede oplysninger. Der er et umiddelbart potentiale for, at arbejdet med netop effektmål, kan understøtte en forandring i sundhedsvæsenet mod yderligere patientinddragelse og øget tværsektorielt samarbejde. Dertil kommer et yderligere potentiale for at koble ressourceopgørelser med effektmål – og dermed bidrage til udvælgelse af de mest omkostningseffektive patientforløb, som samtidig leverer den ønskede effekt for patienten.

5.2. ANBEFALINGER

Som indledningsvist beskrevet, har det tværregionale projekt indsamlet mange og forskellige erfaringer på tværs af delprojekterne. Disse erfaringer leder samlet til en række anbefalinger, der præsenteres i det nedenstående. Anbefalingerne er struktureret efter de grundelementer som er identificeret som centrale for arbejdet, såvel som de rammebetingelser som ligeledes har vist sig afgørende for det videre arbejde. Sidst beskrives anbefalinger til en bredere kulturforandring.

5.2.1 Grundelementer

Nedenstående anbefalinger fremhæver, hvordan projekter, der ønsker at arbejde med effektmål og PRO-data, bør gribe opgaven an.

Governance

Forud for at et projekt igangsættes med fokus på udvælgelse af effektmål skal governance på plads. Det anbefales:

- At der nedsættes en arbejdsgruppe som består af repræsentanter fra patienter, praktiserende læger, kommuner samt regioner. Her er det vigtigt,

at der er både administratører og klinikere med fra regionerne og klinikerne repræsenterer landet bredt. Dette er vigtigt, for at få det samlede syn på det hele patientforløb

- At der for projektet, som skal arbejde med værdibaseret sundhed, gives et klart mandat og en tydelig ambition for hvad der skal opnås
- At der i projektet er klinisk projektleder, som sikrer klar klinisk forankring af projektet
- At projektet har et klart organisatorisk ejerskab med administrativ og ledelsesmæssig opbakning
- At projektet får dedikerede ressourcer og budget til at løse opgaven. Det er vigtigt, at ressourcerne bliver købt fri fra andre opgaver, for at have fokuseret tid til at løse opgaven.

Behovsafklaring

Næste skridt i den anbefalede metode er behovsafklaring. Det anbefales:

- At der bør ske en behovsafklaring tidligt i arbejdet. Dette skal gøres, da det har betydning for udvælgelsen af effektmål og fastlæggelse af PRO-spørgsmål til hvilke formål det skal anvendes
- At behovsafklaringen genbesøges og valideres løbende med interessenterne i projektets løbetid.

Effektmål og forløb

Efter behovsafklaring skal der ske en udvælgelse af effektmål, afgrænsning af patientforløb og beslutning om niveau for risikjustering.

Effektmål

Det er vigtigt at få udvalgt de rigtige effektmål med den rette involvering af relevante interessenter. Det anbefales:

- At patienterne inddrages i udvælgelsen af relevante effektmål, så der balanceres mellem kliniske og forskellige fagligheder samt patientnære hensyn
- At antallet af effektmål bør begrænses til højst 10 mål. Dette er vigtigt for at have et overskueligt antal mål, som det er muligt at følge op på
- At effektmålene bør kunne anvendes for det fulde patientforløb, der skal således tænkes tværsektorielt, når effektmålene udvælges. Derfor bør alle dele af sundhedsvæsenet, som bidrager til patientforløbet, inddrages i udvælgelsen af effektmål

- At internationale anerkendte metoder for effektmål anvendes, hvor det er muligt samt eventuelt tilpasset danske forhold, så metoden er testet og verificeret
- At effektmål, der udvælges for et sygdomsområde, bør være ens på tværs af landet.

Patientforløb

Det er ikke en enkel øvelse af få afgrænset patientforløbet hensigtsmæssigt. Erfaringerne fra projektet leder til at anbefale følgende:

- At patienten involveres i udformning og afgrænsning af patientforløb for at sikre, at der tages udgangspunkt i patientens oplevelse af forløbet
- At der er fokus på, at de patientforløb, der udvælges, har mulighed for at bidrage til ny viden, som kan føre til forbedring i behandling og pleje. Visse patientforløb er så simple, at indsatsen ikke bør lægges der i første omgang
- At når patientforløb udvælges inden for kronikerområdet, skal der tages højde for den ekstra kompleksitet, der er for dem. Udfordringen med kroniske forløb er, at der ikke altid entydigt kan defineres et starttidspunkt og et sluttidspunkt. Derfor er det svært at opgøre, hvordan effekten skal måles. I udformningen af kroniske-patientforløb skal der således besluttes, hvilke tidspunkter eller hændelser, der giver mening at bruge som målepunkter for effekten
- At når et patientforløb afgrænses, fravælges en række patienter også til at indgå i opgørelsen. Det bør der tages højde for, når effektmålene skal evalueres for det pågældende patientforløb, hvilke konklusioner der kan drages for den samlede patientgruppe. Det skyldes, at fravælgelsen af patienter kan påvirke resultater i både negativ og positiv retning
- At afgrænsningen af patientforløbet skal være meningsfuld for såvel klinikere (til vurdering af sammenhæng mellem behandling og effekt) som for patienter (til vurdering af patientens samlede tilstand).

Risikojustering

I delprojekterne er der blevet drøftet fordele og ulemper ved forskellige risikojusteringsmodeller. På baggrund af erfaringerne herfra anbefales det:

- At der bør arbejdes med risikojustering, når resultaterne af effektmålene anvendes, for at sikre at sammenligning på fx tværs af sygehusene sker på et rigtigt grundlag
- At der bør findes et realistisk niveau for risikojusteringen, da det nemt kan blive en meget kompleks metode der anvendes, hvorved modtagerne af

resultaterne kan have svært ved at forstå dem. Det vil konkret sige, at der skal udvælges få parametre.

Data

Anvendelsen af effektmålene kræver, at der gennemføres en dataanalyse som sammenstiller effektmålene inden for det udvalgte patientforløb. Det er således et vigtigt skridt i metoden at forholde sig til, hvilke datakilder som skal anvendes. Dette er særligt interessant i forhold til patientrapporterede oplysninger.

Datakilder

Når effektmålene udarbejdes, skal der tages stilling hvilke datakilder som er mulige at anvende. Det anbefales derfor:

- At der bør ske en udvælgelse af effektmål baseret på, hvilke datakilder der er tilgængelige
- At der bør ske en vurdering af hvilken hjemmel i lovgivningen dataanalysen kan foretages under, og hvilke datakilder der kan anvendes indenfor pågældende hjemmel.

Patientrapporterede oplysninger

Det er stadig nyt i Danmark at anvende patientrapporterede oplysninger (PRO). Der hvor PRO-data endnu ikke er etableret, anbefales det:

- At PRO-spørgsmål bør følge internationale og/eller nationale standarder, så det sikrer sammenlignelighed -også internationalt - og at metoderne er velafprøvede
- At PRO-løsningerne skal testes og udvikles, så man sikrer, at de giver svar på effekt og ikke alene er et redskab til beslutningsstøtte og visitation.

Ressource/omkostningsopgørelse

Der findes flere metoder til at opgøre ressourcer/omkostninger. Det anbefales:

- At der tages udgangspunkt i den nationale omkostningsdatabase for at få flere erfaringer med ressource/omkostningsopgørelser.

5.2.2. RAMMEBETINGELSER

Følgende anbefalinger fremhæver, hvilke rammer der skal være på plads for at kunne give de bedste betingelser for at kunne understøtte et videre arbejde med værdibaseret sundhed.

Effektmål

Der skal skabes konsensus omkring kvalitetsmål og koordinering ske på tværs af sygdomsområder. Det anbefales derfor:

- At RKKP's lange erfaring for at skabe konsensus omkring kvalitetsmål i det kliniske miljø bør inddrages i arbejdet med at skabe konsensus om effektmål
- At der bør tænkes på tværs af sygdomsområder for effektmål, som kan anvendes generisk. Fx kan effektmål om livskvalitet være ens både for hjertepatienter og apopleksipatienter.

PRO-data

For at få det fulde udbytte af PRO-data bør der ske en tæt koordinering af de forskellige initiativer, der er i gang. Det anbefales:

- At der sikres tæt samspil i udviklingen af PRO-data, således at der ikke sker en ukoordineret udvikling på tværs af organisationer, regioner og sektorer, herunder i forhold til formulering af de konkrete spørgsmål
- At der i planlægning af PRO arbejdet bør udvikles værktøjer, som kan sikre, at patienter ikke behøver at besvare flere spørgeskemaer end højst nødvendigt. Det betyder, at svar vil kunne anvendes til flere sygdomsområder, hvis de følger samme spørgemetode, og der er en teknisk løsning, hvor svarene kan deles
- At der tages stilling til, hvorvidt og hvordan PRO kan udbredes til hele landet/til flere patientforløb i forhold til omkostninger, risiko for mange spørgeskemaer, der rammer særligt kronikere og dermed fald i responsrate og datakvalitet. For hvert PRO-projekt bør der således nøje vurderes, hvad værdien er ved at indsamle data i forhold til omkostningerne ved at indsamle PRO
- At det skal afklares, hvilken organisering PRO data skal have fremadrettet for at sikre en omkostningseffektiv og driftssikker løsning, både når det gælder indsamling og opbevaring af data. Løsningen skal også sikre, at informationerne hurtigt og effektivt stilles til rådighed i klinikken i den daglige drift, herunder patientbehandlingen. Det stiller krav til oppetider, responsrater, metode mv.. PRO data skal kunne anvendes både til patientbehandling, benchlearning og kvalitetsarbejde.

Datakilder

Der er vigtige områder i sundhedsvæsenet, hvor der fortsat ikke er et tilstrækkeligt datagrundlag til at kunne lave en datadrevet opfølgning på behandlingskvaliteten. Det anbefales:

- At der laves indsatser for at forbedre datagrundlaget i kommunale sundhedstilbud
- At mulighederne afdækkes for bedre datagrundlag fra praksissektoren
- At det vurderes, om der er tilstrækkelig hyppig datafrekvens for de datakilder, der indgår i arbejdet med værdibaseret sundhed. Hvor datafrekvensen er for lav, anbefales det, at der igangsættes initiativer for at øge denne.

Juridiske forhold

I dag er der juridiske barrierer for en række af de ambitioner, der er for et datadrevet sundhedsvæsen. Det anbefales:

- At det afklares om det seneste udkast til lovændring af Sundhedsloven (25/9-2018) i tilstrækkelig omfang forbedre vilkårene for at drive et datadrevet sundhedsvæsen med fokus på værdi for patienten, uanset hvor patienten behandles. Følgende spørgsmål kan fremhæves som særligt relevant at tage stilling i relation til lovændringen:
 - Hvordan kan patient-like-mine dataanalyser håndteres?
 - Hvordan kan deling af data på tværs af sektorer til anvendelse af patientbehandling og kvalitetsarbejde håndteres?
 - Er det muligt at lovliggøre, at man kan anvende det samme datagrundlag til flere formål?

Adgang til data

Erfaringerne fra delprojekterne har vist en række udfordringer omkring at få adgang til data, når der skal anvendes data fra andre organisationer end ens egen. Det anbefales:

- At det besluttet, hvilken organisation som bedst kan varetage datasamkøring med henblik på benchlearning opgaven samt data til styringsformål – på tværs af sektorer og regioner. Det kræver, at organisationen må have adgang til alle datakilderne på individniveau
- At lave klare retningslinjer for godkendelsesprocessen for udlevering af data imellem organisationer. Projektet har oplevet at indførelsen af den nye dataforordning har medført usikkerhed om, hvornår det er lovligt at udlevere data, hvorved tendensen måske blive at holde igen for en sikkerheds skyld
- At give mulighed for en tilsvarende ordning som Forskermaskinen i Sundhedsdatastyrelsen, hvor dataanalyser kan udføres som ikke er et forskningsprojekt. Der er fx kvalitetsprojekter, som juridisk set godt må lave dataanalyser på tværs af regioner og sygehusene, men som i dag oplever

praktiske barrierer for at få udleveret data. Det kunne eventuelt løses, hvis der er et sikkert sted, hvor der kan arbejdes med individdata, svarende til Forskermaskinen

- At forkorte dataansøgnings-procestiden i alle led. Samlet procestid på mellem 6-10 måneder, før der er givet adgang til data, er alt for lang tid uanset om, det er et forskningsprojekt eller et kvalitetsprojekt.

5.2.3. KULTURFORANDRING

Disse anbefalinger går på hvordan kulturforandring bedst kan understøttes. Det anbefales:

- At de nationale mål (og indikatorer) udvikles så de bedre afspejler effekten for patienterne af hele sundhedsvæsenets indsats
- At regioner og kommuner aftaler fælles mål for indsatsen, der giver værdi for patienterne
- At ledelser på sygehuse tilskynder og skaber plads til at fokusere på hele patientforløbet og samarbejde på tværs af sektorer i det faglige arbejde
- At regionerne i samarbejde med kommuner og almen praksis udvikler fælles mål for patienternes resultater
- At der i arbejdet med værdibaseret sundhed er et særligt fokus på at sikre ejerskabet blandt læger og det øvrige kliniske personale, så de bliver en faglig drivkraft for kulturforandringen
- At patienter i højere grad gøres til en integreret del af kvalitets- og forbedringsarbejdet på hospitalerne
- At der igangsættes yderligere initiativer på tværs af regionerne, som styrker fokus på patienternes resultater
- At der sættes fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer i at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse.

Bilag Titel:	Oversigt over kvalitetsfondsstøttede og regionalt finansierede sygehusbyggerier
Dagsordens titel	Status for sygehusbyggeri
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Oversigt over kvalitetsfondsstøttede og regionalt finansierede sygehusbyggerier

Projekt	Projektperiode	Projektsum	Finansiering
Region Hovedstaden			
Ny retspsykiatri Sct. Hans	2009-2021	656 mio. kr.	Kvalitetsfond
Det Nye Rigshospital	2009-2019	2,1 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Nordsjælland	2010-2022	4,5 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Herlev	2009-2020	2,6 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Hvidovre	2009-2021	1,7 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Bispebjerg	2010-2025	2,95 mia. kr.	Kvalitetsfond
Ny Psykiatri Bispebjerg	2010-2024/25	1,2 mia. kr.	Regionalt finansieret
Nyt Hospital Glostrup	2011-2021	859 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regional Sterilcentral Rigshospitalet	2011-2019	392 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regional Sterilcentral Herlev	2013-2019	385 mio. kr.	Regionalt finansieret
BørneRiget	2016-2024	2,1 mia. kr.	Regionalt finansieret og Ole Kirks Fond
Steno Diabetes Center Copenhagen	2016-2021	700 mio. kr.	Regionalt finansieret og Novo Nordisk Fonden
Ny Psykiatri Ballerup	2010-2018	293 mio. kr.	Regionalt finansieret
Region Sjælland			
Projekt Universitetshospital Køge	2011-2024	4,75 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Psykiatrisygehus Slagelse	2009-2015	1,28 mia. kr.	Kvalitetsfond
Slagelse Sygehus fase I, akutmodtagelse	2009-2013	348 mio. kr.	Kvalitetsfond
Slagelse Sygehus fase II, OPP	2012-2018	467 mio. kr.	Regionalt finansieret (OPP)
Nykøbing Falster Sygehus fase I	2012-2018	297 mio. kr.	Regionalt finansieret
Nykøbing Falster Sygehus fase II	2019-2028	659 mio. kr.	Regionalt finansieret
Region Syddanmark			
Kolding Sygehus	2009-2017	1,08 mia. kr.	Kvalitetsfond
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	2010-2021	1,41 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Universitetshospital Odense, somatik	2008-2022	7,41 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Universitetshospital Odense, psykiatri	2008-2022	760 mio. kr.	Regionalt finansieret
Aabenraa Psykiatri	2008-2015	541 mio. kr.	Regionalt finansieret
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	2010-2023	958 mio. kr.	Regionalt finansieret
Esbjerg Psykiatri	2008-2015	283 mio. kr.	Regionalt finansieret
Middelfart Psykiatri	2008-2013	272 mio. kr.	Regionalt finansieret
Vejle Psykiatri	2008-2017	490 mio. kr.	Regionalt finansieret (OPP)
Specialsygehus Sønderborg	2012-2023	303 mio. kr.	Regionalt finansieret
Steno Diabetes Center Odense	2017-2022	600 mio. kr.	Regionalt finansieret og Novo Nordisk Fonden
Region Midtjylland			
Regionshospitalet Viborg	2007-2020	1,34 mia. kr.	Kvalitetsfond

Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup, somatik	2007-2020	3,73 mia. kr.	Kvalitetsfond
Det Nye Universitetshospital i Aarhus, somatik	2005-2019	7,43 mia. kr.	Kvalitetsfond
Det Nye Universitetshospital i Aarhus, psykiatri	2012-2018	1,35 mia. kr.	Regionalt finansieret (OPP)
Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup, psykiatri	2014-2020	419 mio. kr.	Regionalt finansieret
Dansk Center for Partikelterapi	2014-2019	750 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regionshospitalet Horsens	2007-2023	767 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regionshospitalet Randers	2010-2017	417 mio. kr.	Regionalt finansieret
Region Nordjylland			
Nyt Aalborg Universitetshospital, somatik	2010-2020	4,86 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Aalborg Universitetshospital, psykiatri	2016-2021	276 mio. kr.	Regionalt finansieret
Fælles akutmodtagelse, Thisted	2009-2013	132 mio. kr.	Regionalt finansieret
Nyt kvinde-/barnhus, Hjørring	2017-2020	222 mio. kr.	Regionalt finansieret
Fælles akutmodtagelse, Hjørring	2009-2013	114 mio. kr.	Regionalt finansieret
Renovering af 9 etagers sengebygning, Hjørring	2014-2018	121 mio. kr.	Regionalt finansieret
Ny behandlingsbygning, Hjørring	2021-2026	265 mio. kr.	Regionalt finansieret

Note: Alle priser er i 2018 pris- og lønniveau. Kun sygehusbyggerier på over 50 mio. kr. er medtaget på listen.

Bilag Titel:	Oversigt over europæiske fora som Danske Regioner deltager i
Dagsordens titel	Danske Regioners EU-prioriteringer 2019
Dagsordenspunkt nr	18
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

03-05-2018
EMN-2018-00867
1159038
Asger Andreasen

Kort beskrivelse af arbejdet i de europæiske fora, hvor Danske Regioner er repræsenteret.

Danske Regioners EU-interessevaretagelse foregår i flere forskellige fora – både på politisk niveau og på embedsmandsniveau.

1. Det Europæiske Regionsudvalg

Det Europæiske Regionsudvalg er regioners og byers talerør i Den Europæiske Union. Regionsudvalget skal sikre regionale og lokale repræsentanter i EU-landene indflydelse på udformningen af ny EU-lovgivning.

Europa-Kommissionen har pligt til at høre Regionsudvalget i både den lovforberedende fase, og når et lovforslag er fremlagt, hvis forslaget omfatter et af de mange politikområder, der direkte berører de regionale og lokale myndigheder. Regionsudvalget udarbejder politiske udtalelser og afholder møder, konferencer og seminarer.

Danmark har ni faste pladser og ni suppleantpladser i Det Europæiske Regionsudvalg. Danske Regioner udpeger tre medlemmer og tre suppleanter; KL udpeger de øvrige medlemmer og suppleanter. Arbejdet for de danske medlemmer fokuserer naturligt nok på de emner, som de danske decentrale myndigheder har interesse i at påvirke. Det sker på ca. 40 møder årligt, hvor en eller flere danske medlemmer af Regionsudvalget deltager.

2. Council of European Municipalities and Regions - CEMR

CEMR er den største europæiske organisation for lokale og regionale myndigheder. Organisationen arbejder for et Europa baseret på lokalt og regionalt

selvstyre. Danske Regioner interessevaretager sammen med CEMR direkte i forhold til relevant EU-lovgivning.

CEMR's medlemmer er nationale organisationer for lokale og regionale myndigheder fra 41 lande i det geografisk Europa og strækker sig dermed udover EU. CEMR deler kontorbygning med mange af de nationale repræsentative organisationer for regionale og lokale myndigheder, herunder Danske Regioner i Bruxelles.

Danmarks politiske repræsentation i CEMR består af fire medlemmer og fire suppleanter i, som deles ligeligt mellem KL og Danske Regioner.

3. Europarådets kongres for lokale og regionale myndigheder - CLRAE

CLRAE arbejder for lokalt og regionalt samarbejde og for at fremme demokrati blandt de lokale og regionale myndigheder. Kongressen har 318 udpegede folkevalgte politikere fra kommuner og regioner i alle Europarådets 47 medlemslande.

Kongressen overvåger desuden, om de lande, der har underskrevet og ratificeret Europarådets Charter for Lokalt Selvstyre, efterlever principperne heri.

Arbejdet sker bl.a. gennem udarbejdelsen af overvågningsrapporter, som udgør et vigtigt redskab til at indgå i en politisk dialog med medlemslandene om forhold, der påvirker det lokale og regionale demokrati. Der udarbejdes en overvågningsrapport for det enkelte medlemsland cirka hvert femte år.

Danmark har det seneste halve år haft formandskabet i Europarådet.

Den danske politiske delegation ved Kongressen består af fem medlemmer og fem suppleanter, som deles mellem KL og Danske Regioner.

4. Den Europæiske organisation for offentlige arbejdsgivere - CEEP

Danske Regioner varetager en række opgaver på embedsmandsniveau i CEEP. Det er bl.a. i regi af CEEP, at Danske Regioner bidrager til og deltager i forhandlingen af aftaler mellem arbejdsmarkedets parter på europæisk niveau. Herudover spiller CEEP en ikke ubetydelig rolle som officiel høringspart for EU-Kommissionen i arbejdsmarkedsrelaterede spørgsmål.

5. Sammenslutning af arbejdsgiverorganisationer inden for sundhedsområdet - HOSPEEM

Danske Regioner deltager også i HOSPEEM, der består af sammenslutning af arbejdsgiverorganisationer inden for sundhedsområdet i EU/EØS landene. HOSPEEM samarbejder i den sociale dialog med EPSU, der repræsenterer arbejdstagerorganisationerne. Samarbejdet blev iværksat i 2006 og der er vedtaget en række fælles initiativer og udtalelser vedr. rekruttering og fastholdelse, aftale om stikskader, retningslinjer om forebyggelse af vold og chikane og retningslinjer vedr. den aldrende arbejdsstyrke. Parterne er senest enedes om retningslinjer om løbende professionel udvikling (Continuing Professional Development, CPD) og livslang læring (Life Long Learning, LLL).

6. European Hospital and Healthcare Federation - HOPE

Danske Regioner medlem af HOPE, der udvikler og formidler information om organisering af medlemsstaternes sundhedsvæsen. Danske Regioner har p.t. formandsposten i HOPE. HOPE iværksætter og indgår i en række projekter på sundhedsområdet og udøver lobbyvirksomhed over for de europæiske institutioner i relation til sundhedspolitiske emner.

HOPE har via organisationens ekspertise og brede medlemskab opnået en god position i relation til EU-Kommissionen og indgår i flere af EU-Kommissionens arbejdsgrupper. Danske Regioner har bl.a. brugt sin position i HOPE til at bringe spørgsmålet om en sektorspecifik aftale om arbejdstidsdirektivet op overfor sundhedskommissæren. Desuden har vi fået mulighed for at præsentere det danske arbejde med Personlig Medicin på en international konference, og profilere det danske arbejde med eHealth, i samarbejde med Sundhed.dk.